

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

DEBORA BESSA MIEIRO

**PREVENÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO EM AMBIENTE
HOSPITALAR NA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM**

SÃO CARLOS - SP

2019

DEBORA BESSA MIEIRO

**PREVENÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO EM AMBIENTE
HOSPITALAR NA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: **Profa. Dra. Vivian Aline Mininel**

São Carlos - SP

2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Debora Bessa Mieiro, realizada em 27/02/2019:

Prof. Dra. Vivian Aline Mininel
UFSCar

Prof. Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva
UFSCar

Prof. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves
USP

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ão) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

Prof. Dra. Vivian Aline Mininel

DEDICATÓRIA

Ao meu marido Bruno, por toda ajuda e paciência antes e durante a realização deste trabalho. Por acreditar em mim até quando eu não acreditava. Obrigada. Te amo!

Aos meus amados filhos Bia e Bento que compartilharam comigo a construção deste trabalho, nem que fosse para fazer bagunça e me tirar do foco!!! Mas que do jeitinho de vocês compreenderam os momentos que a mamãe precisou ficar um pouquinho quietinha para estudar. Perdão pelos momentos de irritabilidade e falta de paciência, eu também me culpava por não estar dando a atenção que vocês mereciam. Desculpa meus amores... Tudo o que faço, é por vocês!!!

A minha mãe Angela e minha avó Isis que mesmo distantes, estavam sempre comigo me dando muito incentivo. Muito obrigada por tudo! Cada vitória minha, sei que era vitória de vocês também. Amo vocês!!!

Ao Sograo Ricardo, mais que um sogro, um pai que Deus me deu.

A minha cunhada Cintia, sempre muito preocupada e torcendo por mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus que iluminou meu caminho durante essa longa caminhada.

À minha orientadora, professora Vivian Aline Mininel pelos ensinamentos, paciência, correções, pelos puxões de orelha, orientações e incentivos que tornaram possível a conclusão desta dissertação. Dizer muito obrigada é pouco para expressar o que sinto. Desejo que Deus te abençoe sempre. Certa vez li que os verdadeiros heróis não usam capas, dão aula. Minha eterna gratidão, respeito e admiração.

A Ana Paula Griggio pelas horas e horas de estudo, por dividir alegrias e tristezas, pelos risos e choros, pelas milhões de mensagens pelo WhatsApp, pela amizade conquistada durante o mestrado. Levo você para vida, Tatu!!!

As queridas Fernanda Miranda e Maria Ferreira, pessoas muito especiais que tive o prazer de conhecer, estudar, dar boas risadas e aprender muito. Obrigada pela parceria. Vocês são demais!

A Larissa Alves, pela ajuda antes da coleta de dados. Pelas conversas sobre as etapas da TIC, hoje tão claras na minha mente, mas no momento das reuniões milhões de dúvidas existiam. Muito obrigada pela disponibilidade.

A Professora Jaqueline Marcelino, muito obrigada pelos ensinamentos e apoio sempre.

A Professora Lucieli Dias P. Chaves pelas reflexões durante a análise dos dados. Muito obrigada.

Ao grupo de estudos GFST pela parceria sempre. Vocês são especiais!

Meu agradecimento especial aos participantes desse estudo, pela disponibilidade e contribuições.

Obrigada à Capes pela bolsa de estudos.

“O primeiro requisito de um hospital é
que ele jamais deveria fazer mal ao
doente”

Florence Nightingale

MIEIRO, Debora Bessa. Prevenção de erros de medicação em ambiente hospitalar na perspectiva da enfermagem. 2019, 78 f. Dissertação de mestrado – Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. São Carlos, 2019.

RESUMO

Os erros de medicação constituem uma séria ameaça à saúde dos indivíduos, representando um grande desafio aos profissionais e instituições de saúde. Reconhecer aspectos que colaboram com a prevenção de tais erros, no sentido de assegurar uma assistência segura e livre de danos ao paciente é primordial, especialmente aos serviços hospitalares. Dada a relevância desta temática, o presente estudo teve como objetivo caracterizar os aspectos que contribuem e dificultam a prevenção de erros de medicação em ambiente hospitalar, na perspectiva da enfermagem. Tratou-se de uma pesquisa descritiva exploratória, com abordagem qualitativa de dados. A amostra foi composta por 19 enfermeiros e técnicos de enfermagem de um hospital universitário localizado no interior do Estado de São Paulo. A coleta e análise dos dados foram norteadas pela Técnica do Incidente Crítico (TIC), que consiste em uma estratégia de análise do comportamento humano como subsídio para resolução de problemas práticos. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais, guiadas por roteiro semiestruturado de questões e transcritas pela própria pesquisadora. A análise obedeceu às etapas propostas na TIC, sendo os dados sistematizados em planilha no Excel, para a identificação das Situações, dos Comportamentos e das Consequências dos Incidentes Críticos. Das entrevistas, foram extraídas 35 Situações, 72 Comportamentos e 35 Consequências que permitiram identificar fragilidades e potencialidades nos serviços. Destacam-se como fragilidades: inconsistências na prescrição medicamentosa; falta de atenção e pressa dos profissionais envolvidos no processo de medicação; quantitativo inadequado de pessoal que, por sua vez, gera sobrecarga de trabalho, intensificação do ritmo de trabalho e adoecimento do profissional; não observância dos nove certos da medicação (paciente certo, medicamento certo, via certa, horas certa, dose certa, registro certo, orientação correta, forma certa e resposta certa); problemas na comunicação; pacientes homônimos na mesma enfermagem; falta de capacitação; prescrição verbal; caligrafia do prescritor e orientação ineficaz. E como potencialidades foram identificadas: notificação do incidente à enfermeira; não administrar a medicação em caso de dúvidas; aplicar os nove certos da medicação; comunicação efetiva entre as equipes assistenciais; trabalho interprofissional; utilização da prescrição eletrônica; estudo do erro como forma de prevenção de recidivas; planejamento do cuidado; orientação dos enfermeiros e capacitação. As estratégias referidas foram: a utilização dos nove certos da medicação no dia a dia de trabalho, ler a prescrição

médica mais de uma vez, perguntar sempre que houver dúvidas sobre a prescrição, preparar a medicação com a prescrição em mãos, assinada e carimbada pelo médico evitando a prescrição verbal, informar ao paciente a medicação que será administrada, só realizar a checagem da medicação após a administração, dupla checagem da medicação, cumprir com os protocolos da instituição e confirmar o quadro clínico do paciente com a indicação da prescrição. Este estudo permitiu identificar que a enfermagem é a última barreira para a prevenção do erro de medicação, devendo estar capacitada para realizar a identificação precocemente a possibilidade de erro ao paciente.

Descritores: Erros de medicação; Prevenção de acidentes; Enfermagem; Hospital; Estratégias; Segurança do paciente.

MIEIRO, Debora Bessa. Prevention of medication errors in hospital by under nursing's perspective. 2019, 78 f. Master's dissertation - Federal University of São Carlos - UFSCar. São Carlos, 2019.

ABSTRACT

Medication errors constitute a serious threat to the health of individuals, representing a great challenge to health professionals and institutions. Recognizing aspects that collaborate with errors prevention, in the sense of assuring assistance that is safe and free from harm to the patient, is primordial, especially in hospital services. Given the relevance of this theme, the present study aimed to characterize the aspects that contribute and hinder the prevention of medication errors in the hospital environment, under nursing perspective. It was a descriptive-exploratory research, with data qualitative approach. The sample was composed by 19 nurses and nurse technicians at a university hospital in São Paulo state countryside. Data collection and analysis were guided by the Critical Incident Technique (CIT), which is a strategy of human behavior analysis as subside for the resolution of practical problems. Data collection was performed through individual interviews, guided by a semi-structured script with questions and transcribed by the researcher herself. Analysis followed the steps proposed by CIT, systematizing the data on a Excel spreadsheet in order to identify the Situations, Behaviors and Consequences of the Critical Incidents. 35 Situations, 72 Behaviors and 35 Consequences were extracted from the interview, which allowed the identification of frailties and potentialities in the services. Among the frailties, it is possible to highlight: inconsistencies in medical prescription; lack of attention and hurry of the professionals involved in the medication process; inadequate number of people, which results in work overload; work pace intensification and professional's illness; non observance of the nine rights of medication administration (right patient, right medication, right route, right time, right dose, right documentation, right orientation, right way and right response); communication problems; patients with the same name in the same nursery; lack of training; verbal prescription; prescriptors handwriting and ineffective orientation. Among the potentialities, it was possible to identify: incident notice to the nurse; not administering medication when one is not sure; applying the nine rights of medication administration; effective communication among assistential teams; interprofessional work; use of electronic prescription; error studying as a way of reincidence prevention; care planning; nurses orientation and training. The referred strategies were: use of nine rights of medication administration in everyday work, reading the medical prescription

more than once, asking whenever there are questions about the prescription, preparing medication with prescription in hands, signed and stamped by the doctor, avoiding verbal prescription, informing the patient about the medication which will be administered, medication double-checking, following the institution's protocols and confirming the patient's clinical condition with the prescription indication. This study identified nursing as the last barrier to prevention of medication error, so it must be trained to perform an early identification of the error possibility to the patient.

Descriptores: Medication Errors; Accident Prevention; Nursing; Hospital; Strategies; Patient Safety.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo do Queijo Suíço	25
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos participantes do estudo. São Paulo, Brasil, 2018.....	33
Tabela 2 – Situações extraídas dos Incidentes Críticos referidos pela equipe de enfermagem. São Paulo, Brasil, 2018.....	34
Tabela 3 – Comportamentos extraídos dos Incidentes Críticos referidos pela equipe de enfermagem. São Paulo, Brasil, 2018.....	43
Tabela 4 - Consequências extraídas dos Incidentes Críticos referidos pela equipe de enfermagem. São Paulo, Brasil, 2018.....	53

LISTA DE SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

EPS – Educação Permanente em Saúde

EV – Endovenoso

IM – Intramuscular

IOM – Institute of Medicine

NOTIVISA – Sistema Nacional de Notificação para Vigilância Sanitária

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SC – Subcutâneo

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Live e Esclarecido

TIC – Técnica do Incidente Crítico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Justificativa.....	21
2 OBJETIVO	23
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	24
3.1 Gestão de Riscos.....	24
4 MÉTODO	27
4.1 Tipo de estudo	27
4.2 Cenário de estudo	27
4.3 Participantes do estudo	27
4.4 Procedimento para coleta e análise de dados.....	27
4.5 Aspectos éticos	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
5.1 Caracterização dos participantes do estudo	33
5.2 Identificação dos Incidentes Críticos.....	34
5.2.1 Identificação das Situações.....	34
5.2.2 Identificação dos Comportamentos	42
5.2.3 Identificação das Consequências	53
5.3 Identificação das estratégias para prevenção do erro de medicação	57
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
7 REFERÊNCIAS	64
APÊNDICES	73
ANEXO	77

APRESENTAÇÃO

A Segurança do Paciente esteve presente na minha vida desde o primeiro dia de estágio, quando entrei no hospital. E passou a exercer influência desde a minha formação. Percebi durante meus estágios, pessoas deitadas em macas sem qualquer tipo de identificação. Vi muitas vezes pacientes rebaixarem nível de consciência e os profissionais não saberem de quem se tratava, pacientes aglomerados em salas e corredores. Isso me incomodava muito. E desde então queria fazer alguma coisa, mínima que fosse para ajudá-los. Confesso que algumas vezes consegui e outras não!

Tive a oportunidade de ingressar no mercado de trabalho logo após a graduação e desde então, sempre trabalhei para que os pacientes estivessem o mais seguro possível durante meus plantões. Minha trajetória na assistência foi rápida, logo comecei a trabalhar na Coordenação de Unidades de Emergência, posteriormente, fui para as Unidades de Internação e Semi-Intensiva. Até que recebi o convite para ser Gestora da Qualidade de um grande hospital particular na Cidade do Rio de Janeiro.

Na Gestão da Qualidade conheci formas e ferramentas para trabalhar a Segurança do Paciente, estimular equipes e lideranças para um trabalho em conjunto. Formamos equipes de trabalho interprofissional, elaboramos estratégias, criamos metas, protocolos, e no final, conseguimos a acreditação hospitalar.

Como sempre gostei muito da assistência, procurava estar perto dos pacientes. Trabalhei muito para ser uma referência para minhas equipes, sempre estava à beira leito vendo os pacientes mais graves ou os que precisavam de mais cuidados, elaborando junto com as equipes assistenciais planos de cuidados para cada necessidade dos pacientes.

E como a assistência ao paciente sempre foi a minha grande paixão, principalmente o atendimento de emergência, trabalhei durante alguns anos em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Sempre prezei por um serviço seguro desde a abordagem ao paciente até a chegada a unidade hospitalar. Era algo incrível de fazer!

Em 2011 me tornei instrutora certificada de protocolos internacionais e fui convidada a ingressar no corpo de Instrutores de ACLS (Suporte Avançado de Vida em Cardiologia) na Sociedade Brasileira de Cardiologia. Durante os anos trabalhando, trocando experiências com profissionais incríveis que tive o prazer de conhecer, vi uma oportunidade de crescimento profissional. Entretanto, era um imenso desafio atuar nos cursos de capacitação de profissionais de saúde já experientes e que carregavam conceitos bem estruturados sobre a profissão, isso me mostrou a necessidade de voltar a estudar e aprender mais sobre o que eu fazia, como fazia e

por que fazia. Precisava de respostas e encontrar caminhos que me respaldassem a continuar ou mudar o caminho que estava percorrendo.

Presenciei o erro de medicação algumas vezes durante minha vida profissional. Principalmente na Gestão da Qualidade, quando precisávamos elaborar estratégias para mitigar qualquer possibilidade de recidiva do evento. Estratégias que, muitas vezes, não resolveram o problema. Sempre foi algo angustiante.

Em 2015 mudei de Cidade e entendi que era a minha oportunidade de voltar a estudar e fazer o mestrado. Mesmo assim, não foi fácil depois de 10 anos dedicados à assistência ao paciente e a Gestão Hospitalar recomeçar a estudar, vi um mundo novo, repleto de desafios (que pensei que seriam mais fáceis e menos desafiadores), atualizações, dúvidas, incertezas. Eu definitivamente não sabia o caminho que iria percorrer.

Durante esses dois anos de mestrado, tanta coisa eu aprendi, quantas respostas encontrei, quantas dúvidas esclareci, e quantas pessoas especiais eu conheci. Conhecimentos que levarei para vida profissional e pessoal.

Assim, nesse momento estou concluindo o curso de pós-graduação, nível mestrado estudando o tema Segurança do Paciente. Tendo como desafio profissional criar estratégias, estimular pessoas, implementar os conhecimentos da vida acadêmica na prática e contribuir para a promoção da Segurança do Paciente no ambiente hospitalar.

1 INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente é definida como a redução, até um mínimo aceitável, do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde, com base no conhecimento atual, na utilização de recursos disponíveis e no contexto em que a assistência é realizada; refere-se a redução de atos inseguros nos processos assistenciais e uso de boas práticas, com intuito de se alcançar os melhores resultados possíveis ao paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

A Segurança do Paciente conquistou importância mundial no início do ano 2000, após a publicação do relatório do *Institute of Medicine (IOM)*, “*To Err is Human*”, o qual apontou que cerca de 98 mil pessoas morriam em hospitais a cada ano, vítimas de eventos adversos nos Estados Unidos da América (KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 2000). A partir destes resultados, o IOM passou a reconhecer a Segurança do Paciente como uma dimensão fundamental da qualidade do cuidado (REIS, MARTINS, LAGUARDIA, 2013).

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, criada em outubro de 2004 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com o objetivo de coordenar, disseminar e acelerar melhorias para a Segurança do Paciente, por meio de medidas que aumentassem a segurança e a qualidade dos serviços em saúde, tem sido fomentada pelo comprometimento político dos Estados Signatários, do qual o Brasil faz parte (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b).

Esta Aliança, responsável pela formulação dos desafios globais para a Segurança do Paciente, identificou seis áreas prioritárias de atuação, subdivididas em seis metas, sendo: 1) identificar os pacientes corretamente; 2) melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência; 3) melhorar a segurança de medicações de alta vigilância; 4) assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; 5) reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; 6) reduzir o risco de lesões aos pacientes, decorrentes de queda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b).

Alinhado às metas mundiais, foi criado pelo Ministério da Saúde, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que aborda a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos do território nacional, com o objetivo de promover segurança aos pacientes, profissionais de saúde e ambientes de assistência à saúde (BRASIL, 2013a). Este Programa preconiza a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nas instituições de saúde, demonstrando o compromisso e planejamento institucional para promoção de ambientes seguros do cuidado e para a sistematização de práticas que incorram em menor ou nenhum risco aos pacientes (BRASIL, 2015).

Com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tornou-se obrigatória a implementação do NSP em serviços de saúde, com foco na prevenção, controle e mitigação de ocorrências ou risco de ocorrências inesperadas que podem envolver óbito, lesão física ou psicológica (BRASIL, 2013b).

A proposta é que os Núcleos trabalhem com ferramentas de gestão de risco, protocolos de segurança e instrumentos que favoreçam a incorporação de indicadores e promovam a cultura de segurança do paciente. Com a implantação de protocolos direcionados à segurança do paciente, a ocorrência de erros ou quase erro (*near miss*) pode diminuir, considerando-se a sistematização de ações a serem seguidas durante o processo de cuidado (CALDANA et al, 2015).

A OMS conceitua os incidentes como eventos ou circunstâncias que poderiam resultar ou resultaram em danos desnecessários ao paciente, distinguindo-os em quatro grupos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a), que foram incorporados no PNSP (BRASIL, 2014):

- Circunstância Notificável (*Reportable Circumstance*): incidente com potencial para dano ou lesão, mas que não aconteceu.
- “Quase Erro” (“*Near-Miss*”): incidente que não atingiu o paciente.
- Incidente sem lesão: incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
- Evento adverso: incidente que resulta em danos ao paciente.

A análise dos incidentes possibilita a compreensão das causas que favoreceram sua ocorrência, subsidiando o desenvolvimento e acompanhamento de ações de melhoria, para minimizar as possibilidades de recidiva.

É importante que as instituições reconheçam os fatores organizacionais que influenciam a ocorrência do incidente, buscando uma abordagem sistêmica para evitá-los, sem direcionamentos a culpabilização individual. A abordagem sistêmica abrange a avaliação desde as decisões da alta cúpula da estrutura organizacional, percorrendo o caminho das ações até o local de trabalho. Nesse contexto, fatores ambientais, estruturais, capacitação da equipe, relações interpessoais, esgotamento profissional e demais fatores que influenciam na prática clínica (como a condição do paciente) devem ser considerados (ADAMS; VINCENT, 2004).

A notificação do incidente é de extrema importância para que a instituição reconheça as fragilidades dos processos e priorize ações para mitigar riscos e danos. Destacam-se como consequências do evento adverso a prolongação da internação, aumento do risco de infecções hospitalares, danos temporários ou permanentes e óbito, na perspectiva do paciente;

orientações, capacitação, advertências e demissão, para os profissionais de saúde; e aumento de custos assistenciais e comprometimento da acreditação para os serviços de saúde (BOHOMOL; RAMOS, 2007).

O reconhecimento dos incidentes ocorridos em ambiente hospitalar, assim como a implementação de ações e estratégias para a compreensão das causas e mudanças de práticas devem ser prioritárias, no sentido de consolidar a cultura de segurança dentro das instituições hospitalares.

Como estratégia para minimizar os riscos de erros de medicação e oferecer melhor qualidade no atendimento, foram descritos pelos autores os “nove certos” da administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa (ELLIOTT; LIU, 2010).

Para fortalecer a Segurança do Paciente, uma estratégia potencial é promover a cultura de segurança, definida como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamentos individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração saudável e segura (NIEVA; SORRA, 2003). Também é compreendida como os valores compartilhados entre os membros de determinado grupo sobre o que é importante, suas opiniões sobre como as coisas funcionam dentro da organização e a interação com as unidades de trabalho e sistemas organizacionais, que juntos produzem normas para promover a segurança da organização (SCHEIN, 2004).

Nesta perspectiva, o erro de medicação constitui-se em um dos responsáveis pelo potencial risco à Segurança do Paciente, sendo compreendido como um evento evitável, que pode ocorrer em qualquer fase da terapia medicamentosa e causar danos ou não ao paciente (NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION, 2001). Este é o conceito adotado nesta pesquisa, que considera como erro de medicação quaisquer falhas que tenham ocorrido durante quaisquer etapas do processo de medicação, desde a prescrição médica até o momento posterior à administração no paciente, independente da ocorrência de danos.

Estima-se que os erros de medicação causem, pelo menos, uma morte todos os dias e que, aproximadamente, 1,3 milhões de pessoas são prejudicadas, anualmente, por esses equívocos nos Estados Unidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017a).

No Brasil, ainda não estão disponíveis estatísticas exclusivas de óbitos relacionados a erros de medicação. No entanto, por meio do Sistema Nacional de Notificações para Vigilância Sanitária (NOTIVISA), no período compreendido entre janeiro de 2014 a dezembro de 2018,

foram realizadas 7019 notificações relacionadas a incidentes envolvendo medicações (BRASIL, 2018).

Deve-se levar em conta que nacionalmente as notificações de incidentes, com ou sem danos, são realizadas voluntariamente no NOTIVISA pelas instituições ou por profissionais liberais cadastrados, assim como por qualquer cidadão que tenha presenciado ou vivenciado algum procedimento que tenha provocado ou não dano à saúde durante a internação/atendimento (BRASIL, 2018).

Estudo demonstrou que, anualmente, ocorrem cerca de 421 milhões de hospitalizações e, aproximadamente, 42,7 milhões de eventos adversos no mundo (JHA et al 2013). Isso significa que 10 a cada 100 pacientes sofrerão algum tipo de evento adverso durante o período de hospitalização, proporção significativa, uma vez que este incidente implica em danos ao paciente.

Estima-se que, em média, um paciente hospitalizado esteja sujeito a um erro de medicação por dia e, portanto, este assunto deve ser prioridade para intervenções visando à Segurança do Paciente (INSTITUTE OF MEDICINE, 2007).

Os erros relacionados à administração de medicamentos, o último estágio do processo de medicação, são mais difíceis de serem interceptados e, portanto, mais fáceis de acometerem o paciente (KOPP et al, 2006).

Volpe et al (2014) realizaram um estudo internacional no qual foram observadas 484 doses de medicação. A frequência de erro foi de 86% e, dentre estes, 70% ocorreram durante o processo de administração; em apenas 68 doses nenhum erro foi detectado.

Um estudo nacional demonstrou que com relação ao preparo e à administração de medicamentos, as ocorrências de erros de medicação podem ser divididas em: omissão, velocidade de infusão, via, dose, diluição e horário, assim como algumas irregularidades na técnica de preparo das medicações, como falhas na lavagem das mãos antes do preparo, assepsia de ampolas e lavagem de sondas enterais antes e após a administração de medicamentos (LEMONS; SILVA; MARTINEZ, 2012). Outro estudo sugere como erro de medicação a não realização de troca de agulhas quando há o preparo e administração de medicamentos, assim como o tempo de preparo da medicação muito anterior à administração (CAMERINI; SILVA, 2011).

Um estudo internacional encontrou associações significativas de maior risco de ocorrência de erros de medicação quando há déficit de profissionais de enfermagem e condições precárias de trabalho (CHO et al, 2016). Ainda, afirma que o adequado dimensionamento de profissionais de enfermagem para realizar assistência, assim como um ambiente laboral

satisfatório tendem a diminuir a possibilidade de eventos adversos evitáveis. Este estudo demonstrou que nos locais onde os profissionais possuíam melhor ambiente de trabalho e em quantitativo adequado para a assistência, a incidência de erros de medicação foi 45% menor. Os autores afirmam que existem associações significativas entre o quantitativo de profissionais de enfermagem e o ambiente de trabalho com os eventos adversos (CHO et al, 2016).

No Reino Unido, em média um incidente com dano é relatado a cada 35 segundos e estima-se que apenas 5% dos incidentes são relatados (THE LANCET, 2016). Esse número é muito expressivo e assustador, pois a cada quase um minuto, dois pacientes sofrem algum tipo de dano à saúde. Por essa razão, a equipe de enfermagem que está ao lado do paciente durante todo o período de internação, deve ser bem treinada para identificar qualquer circunstância notificável e corrigir a falha.

Anualmente, os erros de medicação resultam em custos para as instituições de saúde no montante de US\$ 42 bilhões em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017a).

Há outras consequências subjetivas dos erros de medicação, que estão relacionadas ao sofrimento do paciente e seus familiares e, também, dos profissionais de saúde. Apesar de esta temática não ter sido explorada em pesquisas científicas, é inegável os prejuízos decorrentes dos erros de medicação, que podem deixar pacientes incapacitados (o que altera e compromete toda a dinâmica familiar) e profissionais de saúde adoecidos, onerando a sociedade.

Existem formas para minimizar a possibilidade de erro de medicação, como o uso da tecnologia para prescrição eletrônica, administração de medicamentos com código de barra e adoção de protocolos de segurança. Todavia, nem sempre tais estratégias são incorporadas no cotidiano dos serviços de saúde.

Um estudo realizado na Austrália observou a ocorrência de 405 erros, sendo que metade envolveu medicação de alta vigilância, 63% ocorreram durante a administração, 29% estavam relacionados à interpretação de prescrição e 18,5% envolviam ambas as etapas. Dose errada, medicação errada e omissão foram os problemas mais identificados. A falta de conhecimento e a baixa adesão aos protocolos de segurança foram as principais causas para ocorrência dos erros de medicação (CABILAN, HUGHES; SHANNON, 2017).

Apesar dos importantes avanços científicos na área de saúde, ainda evidencia-se ocorrência de erro de medicação em diferentes áreas e contextos, relacionado à diversos fatores, como a prática profissional e o próprio sistema de saúde (BELELA; PEDREIRA; PETERLINI, 2011). Isso evidencia a relevância e persistência deste problema nos diferentes sistemas de saúde, que impactam diretamente na Segurança do Paciente e na qualidade da assistência.

Uma das potenciais estratégias para reversão deste cenário está na atuação do enfermeiro no processo de administração de medicamentos, pois o erro de medicação durante este processo constitui-se em uma rotina diária nos hospitais (KOUIMPAGIOTI et al, 2014).

A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem define que o enfermeiro é o profissional responsável pelo planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, consulta de enfermagem, prescrição da assistência e a execução dos cuidados mais complexos (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986).

Cabe ao enfermeiro a supervisão da equipe de enfermagem e a organização do trabalho, que engloba o planejamento e execução do cuidado. Dentre tais atividades, destaca-se o processo de administração de medicamentos, que envolve diversas técnicas e membros da equipe de enfermagem, sob supervisão e responsabilidade do enfermeiro.

Os erros de medicação constituem-se uma séria ameaça à saúde pública e um desafio constante aos profissionais envolvidos. Administrar medicamentos é um processo complexo, multiprofissional e com várias etapas (prescrição médica, solicitação à farmácia, separação e dispensação pela farmácia, recebimento pela enfermagem, preparo e administração pela enfermagem) que envolvem decisões e ações inter-relacionadas entre si, sendo que erros podem ocorrer em quaisquer etapas deste processo (CARVALHO, 2013).

Diante da importância e relevância do assunto, a OMS lançou, em 2017, o terceiro desafio global para a Segurança do Paciente, intitulado “medicação sem dano”, tendo como objetivo diminuir a frequência e o impacto dos erros de medicação, uma vez que considera todos os erros de medicação como potencialmente evitáveis. O enfoque deste terceiro desafio está em salvar vidas por meio da redução dos danos causados por práticas inseguras e erros, abordando especificamente as fraquezas da entrega de serviços e a busca por sistemas de saúde mais eficazes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017b).

Considerando a relevância desta temática na perspectiva nacional e internacional e a urgência de ações para mudanças desta realidade, este estudo norteou-se pela seguinte questão de pesquisa: quais são os aspectos que contribuem e dificultam a prevenção de erros de medicação em ambiente hospitalar, na perspectiva da enfermagem?

1.1 Justificativa

A ocorrência de eventos adversos durante a assistência pode causar danos ao indivíduo, podendo levar a óbito, lesões graves, aumento do tempo de internação, lesões permanentes e outros agravos, repercutindo na desestruturação e sofrimento familiar, implicações técnicas e

legais aos profissionais de saúde, aumento dos custos institucionais e comprometimento da qualidade da assistência.

O desenvolvimento de pesquisas nesta área, além de contribuir para o avanço científico do conhecimento, é relevante para a prática profissional e promoção da assistência segura, pois pode subsidiar a implementação de estratégias que aumentam a segurança do processo de medicação, colaborando para a diminuição de erros e, conseqüentemente, para a promoção da Segurança do Paciente.

Percebe-se que a cultura da correção do erro adotada em muitas instituições de saúde ainda é punitiva. Neste contexto, este estudo avança no conhecimento com foco na abordagem sistêmica, ou seja, o erro não é centrado na pessoa e sim no processo. Além de contribuir com estratégias para prevenção do erro.

A compreensão de que o erro de medicação começa a partir da prescrição médica, permeando todas as etapas incluindo dispensação pela farmácia, recebimento da medicação pela equipe de enfermagem, separação das medicações por paciente no setor, armazenamento da medicação no setor, preparo da medicação e administração da medicação a beira leito, independente de incorrer em danos ao paciente, é de extrema relevância para a análise sistêmica do incidente.

Considerando os profissionais de enfermagem como o maior contingente dentro das instituições hospitalares e seu envolvimento com diversas etapas da medicação, é importante reconhecer quais aspectos são considerados primordiais na prevenção de erros de medicação na perspectiva destes. Os resultados poderão contribuir para o desenvolvimento de ações seguras da enfermagem, uma vez que é considerada como a última barreira para evitar que o erro atinja o paciente, minimizando as possibilidades de erros ao longo do processo de medicação (FORTE; MACHADO; PIRES, 2016).

Ademais, espera-se que os resultados dessa pesquisa auxiliem na implementação de estratégias para melhorar o sistema de medicação e a Segurança do Paciente em ambiente hospitalar, na perspectiva multiprofissional.

Enfatiza-se que este estudo torna-se ainda mais atual com a publicação do terceiro desafio global pela OMS, no ano de 2017, que tem como meta reduzir pela metade os erros relacionados à medicação – demandando atuação urgente das instituições de saúde neste sentido.

2 OBJETIVO

Caracterizar os aspectos que contribuem e dificultam a prevenção de erros de medicação em ambiente hospitalar, na perspectiva da enfermagem.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Gestão de Riscos

A Gestão de Riscos pode ser entendida como a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e incidentes que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional (FELDMAN, 2009).

Com a publicação do relatório de James Reason (*To err is Human*), em 1999, os números de morte decorrentes de erros na assistência à saúde nos Estados Unidos despertaram grande atenção da população para a questão da segurança do paciente, sendo um sinalizador para que a OMS se organizasse e iniciasse uma estratégia para a diminuição e controle desta epidemia.

Para entender melhor como ocorrem os erros, Reason criou o modelo de “Queijo Suíço” para análise de erros (Figura 1). Este modelo consiste em múltiplas fatias de queijo colocadas lado a lado, representando barreiras à ocorrência ao erro. Quando as barreiras são rompidas por uma trajetória de lapsos, os erros acontecem, ilustrando fatias de queijo suíço (REASON 2000). Em uma situação ideal as barreiras permanecem intactas impedindo, dessa forma, a ocorrência de erros.

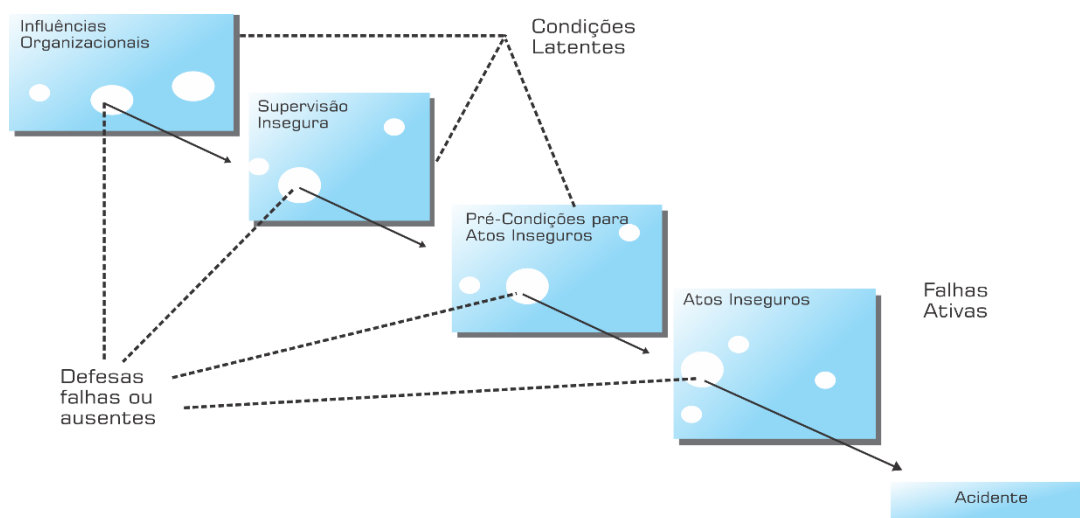
Erros são atos não intencionais, decorrentes de falhas durante a realização de uma ação planejada ou da realização incorreta do plano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b).

O erro pode ser analisado de duas maneiras: a individual e a sistêmica. A abordagem individual consiste em uma perspectiva obsoleta, fundamentada exclusivamente nos atos inseguros dos indivíduos, como desatenção, esquecimento, baixa motivação, negligência e imprudência (REASON, 2000).

A abordagem sistêmica tem a premissa de que os seres humanos são passíveis de erros e, portanto, os erros são esperados, mesmo nas melhores organizações. Assim, a ênfase não está em quem falhou, mas como e por que as defesas falharam. Neste sentido, os erros são considerados como consequências e não causas, o foco não está no indivíduo, mas nos aspectos organizacionais (REASON, 2000).

A Figura 1 ilustra a abordagem sistêmica proposta por Reason (SHAPPELL; WEIGMAN, 2000).

Figura 1- Modelo do “Queijo Suíço” proposto por Reason (2000)



Fonte: Correa & Cardoso Junior, 2007. Adaptado de Shappell & Weigman, 2000.

Para Reason (2000), os erros podem ser desencadeados por pessoas e em qualquer nível hierárquico da organização, assumindo diferentes formas e consequências. Identificar essas falhas permite implementar medidas corretivas adequadas para mitigação do erro nas diferentes etapas e processos dentro das instituições.

Segundo esse referencial, os lapsos na defesa surgem por duas razões: falhas ativas e condições latentes. As falhas ativas são atos inseguros de pessoas que estão diretamente em contato com paciente e tem efeito imediato. As condições latentes são aspectos indiretos e que podem ser observados no modo como funciona o processo de trabalho. Suas consequências são mediatas, podem permanecer ocultas durante algum tempo e tornam-se evidentes somente quando circunstâncias locais combinam-se com falhas ativas para penetrar nas barreiras de defesa do sistema (REASON, 2000).

Para fazer uma gestão de riscos eficaz, é necessário que haja a cultura do relato, ou seja, que as pessoas que detectaram onde está a fraqueza, que é um “ofensor” para a segurança, sinalizem, pois é dessa maneira que se identifica onde existem “armadilhas” ou fragilidades (REASON, 2000). Com bases nos relatos e nas vivências pessoais, é possível criar ações para mitigar possíveis danos, em cada contexto.

Apesar do modelo proposto por Reason possuir quase de 20 anos, ainda é comum a associação do erro à responsabilidade do indivíduo, com foco na busca por falhas das pessoas e não do sistema. Por outro lado, o ponto de partida da abordagem sistêmica é buscar a

prevenção dos erros com ênfase nas possíveis falhas existentes no sistema e não nos indivíduos (OPITZ, 2006).

Os mecanismos de defesa, as barreiras e a proteção são os princípios da abordagem sistêmica (REASON, 2000), e entender esses tópicos ajuda a identificar onde há perigo de ocorrência de erro (MARCHITTO, 2011).

Dessa forma, por considerar a abordagem sistêmica como a mais adequada para a compreensão do erro de medicação, esta será a perspectiva utilizada para análise dos resultados deste estudo.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, com abordagem qualitativa dos dados, adotando-se a Técnica do Incidente Crítico como norteadora dos procedimentos metodológicos.

4.2 Cenário de estudo

O estudo foi desenvolvido em um hospital universitário de pequeno porte, localizado no interior do Estado de São Paulo, com capacidade de atendimento a pacientes de baixa e média complexidade, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Possui 54 leitos, sendo 34 leitos na unidade de internação adulta, 12 leitos de pediatria, 04 leitos de psiquiatria e 04 leitos de pronto atendimento.

4.3 Participantes do estudo

O público alvo deste estudo é a equipe de enfermagem do referido hospital, composta, no momento da coleta dos dados, por 38 enfermeiros e 80 técnicos de enfermagem, atuantes em dois turnos de trabalho (diurno e noturno). Todos os profissionais foram convidados a participar da coleta de dados, sendo considerado o critério da saturação para composição da amostra, momento em que aconteceu a interrupção da coleta.

Toda a equipe de enfermagem do hospital foi convidada a participar do estudo, independente do turno, da unidade e do tempo de trabalho na instituição. Foram excluídos os participantes que não estavam na instituição durante o período da coleta de dados. Todos os trabalhadores que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

4.4 Procedimento para coleta e análise de dados

A coleta e a análise dos dados foram embasadas na Técnica do Incidente Crítico (TIC), que consiste em um conjunto de procedimentos para a coleta de observações diretas do comportamento humano, tendo utilização potencial na solução de problemas práticos, por meio do levantamento de percepções e atitudes dos sujeitos frente ao objeto (FLANAGAN, 1973).

O incidente é compreendido como qualquer atividade humana observável, que seja suficientemente completa em si mesma para permitir inferências e provisões a respeito da pessoa que executa o ato. Para ser crítico, o incidente deve ocorrer em uma situação na qual o propósito ou intenção do ato pareça razoavelmente claro ao observador e suas consequências

sejam suficientemente definidas, para deixar poucas dúvidas no que se refere aos seus efeitos (FLANAGAN, 1973).

Os incidentes podem ser classificados como positivos ou negativos; isto é, acontecimentos particularmente relevantes nos quais o comportamento da pessoa envolvida resultou em consequências positivas ou negativas para com o objetivo do sistema (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004).

Para a área da Enfermagem, a TIC apresenta grande utilidade por ser uma ferramenta que procura compreender as experiências vivenciadas e os comportamentos específicos obtidos, buscando respostas a diversas indagações, principalmente nas áreas de educação, saúde, psicologia, administração, análise do trabalho, diagnóstico, determinação de critérios, identificação de situações de risco e prevenção de acidente de trabalho (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004).

Os procedimentos para coleta e análise dos dados compreenderam as fases previstas para a TIC, descritas abaixo (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004):

- Elaboração das perguntas a serem aplicadas aos participantes que fornecerão os incidentes críticos a partir dos relatos;
- Delimitação da população da amostra;
- Coleta dos incidentes críticos;
- Análise do conteúdo;
- Agrupamento e categorização dos comportamentos críticos;
- Levantamento das frequências dos comportamentos positivos e negativos.

Ao analisar os incidentes, são identificados os três elementos que o constituem: (i) a Situação, considerada como o fato ou circunstância que levou o sujeito do relato a manifestarem determinado comportamento; (ii) o Comportamento, correspondente à conduta apresentada pelo sujeito à circunstância; (iii) e a Consequência, que é o resultado do comportamento do sujeito devido à circunstância (FLANAGAN, 1973).

A partir dos relatos dos sujeitos, foram caracterizadas Situações, Comportamentos e Consequências, bem como os fatores que interferem positiva ou negativamente no cotidiano dos serviços (FLANAGAN, 1973).

A escolha deste referencial justifica-se por sua potencialidade em compreender valores, fatores, experiências, sentimentos e emoções dos participantes, neste caso, representados pelos trabalhadores de enfermagem que participam do processo de medicação durante a assistência ao paciente. Posteriormente à aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com

Seres Humanos (CEP), a pesquisadora fez contato com a responsável pelo cenário de estudo para planejamento dos convites aos participantes e coleta dos dados e definição de um local para realização das entrevistas.

O recrutamento foi realizado com uma semana de antecedência à data de coleta dos dados e contemplou os profissionais de enfermagem dos dois turnos de trabalho. Neste momento, foram apresentados os objetivos da pesquisa e ofertados datas e horários para agendamento das entrevistas. Os trabalhadores de enfermagem foram convidados a participar da pesquisa e, para aqueles que aceitaram, foi questionado quanto ao local de preferência para a entrevista, que poderia ser na própria instituição de estudo, em uma sala privativa já disponibilizada já para esse fim, distante das unidades assistenciais, ou em outro local também privativo, na Universidade. O horário para a realização das entrevistas foi definido de forma a não haver prejuízo para a assistência, com tempo aproximado de duração de 20 minutos.

Os participantes foram informados que não haveria remuneração ou banco de horas por sua participação na pesquisa e que caso optasse por realizar a entrevista fora do local de trabalho, todas as despesas com transporte e alimentação decorrentes desta participação seriam ressarcidas no dia da coleta. Porém, todos os participantes optaram por responder a entrevista no próprio local de trabalho.

Os dados foram coletados por meio de entrevista individual em local privativo, em data e horário estabelecidos previamente entre pesquisadora e participante. O participante foi esclarecido quanto à justificativa, os objetivos e os procedimentos do estudo, sendo orientado a não fazer identificação de pessoas (pacientes, familiares e profissionais de saúde) e locais específicos de trabalho durante todo o relato, a fim de preservar o anonimato. Também foi informado sobre os possíveis danos e benefícios decorrentes de sua participação, bem como das providências a cautelas a serem empregadas para evitar tais situações; foi orientado quanto à garantia de manutenção de sigilo e privacidade, e da liberdade para retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. O participante recebeu o TCLE em duas vias idênticas, que foram assinadas pela pesquisadora e pelo participante, ficando uma via para cada.

O roteiro de entrevista (Apêndice B), construído especificamente para este fim, teve seu conteúdo validado por três docentes especialistas na área e na TIC. Antes do início da coleta de dados, a pesquisadora realizou um pré-teste com três enfermeiras, estudantes de pós-graduação que trabalhavam na assistência, com o objetivo verificar a clareza do instrumento, testar a potência do instrumento em uma situação real, estimar o tempo de duração da entrevista e fortalecer a habilidade da pesquisadora na condução. O resultado do pré-teste foi satisfatório, as entrevistadas compreenderam as questões e a pesquisadora conseguiu extrair das entrevistas

as Situações, os Comportamentos e as Consequências. Portanto, não houve alterações no roteiro inicialmente proposto.

As entrevistas foram gravadas em áudio utilizando dupla gravação, por meio de aparelho gravador de fita e outro digital e, posteriormente, foram transcritas na íntegra. Após a transcrição integral das falas, a fita e os áudios com a gravação foram destruídos e as transcrições armazenadas e arquivadas em computador protegido por senha.

A saturação da amostra ocorreu no momento que a pesquisadora começou a identificar relatos com tríade semelhante. Dela Coleta, Dela Coleta (2004, p. 97) trata a saturação da amostra quando existe um nível de redundância nos dados e não acrescenta novos conteúdos nas informações. Nesse momento a coleta de dados foi interrompida.

Após a leitura exaustiva das falas, estas foram exploradas e analisadas quanto ao seu conteúdo, para agrupamento e construção das categorias, com a delimitação dos Incidentes Críticos por meio da identificação das Situações, Comportamentos e Consequências (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004).

As etapas de agrupamento e categorização foram sistematizadas em planilha Microsoft Excel®, compreendendo as referências positivas e negativas para cada Situação, Comportamento e Consequências identificadas.

Para preservar o anonimato dos participantes da pesquisa, suas falas foram codificadas com a letra “P” de Participante, seguida pelos números que variou de 1 a 19 (que corresponde ao total de participantes), ou seja, a ordem que foi realizada.

Após a análise dos dados, está prevista a devolutiva dos resultados aos participantes do estudo e demais membros da equipe de enfermagem e supervisão / chefia, com o intuito de promover ação educativa para prevenção dos erros de medicação em ambiente hospitalar. Enfatiza-se que serão compartilhadas exclusivamente as estratégias oriundas da análise, sem identificação de pessoas, locais ou qualquer outra informação que possa quebrar o sigilo dos dados e anonimato dos participantes e relatos. Para isso, a pesquisadora fará contato com o responsável do local de estudo, perguntará os melhores dias e horários para realizar a devolutiva.

4.5 Aspectos éticos

Em atendimento às recomendações das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (2012;2016), o projeto foi aprovado pelo cenário de estudo e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos com registro CAAE nº 90748918.2.0000.5504 e parecer nº 2.867.858 da instituição de ensino.

Os participantes do estudo foram esclarecidos quanto aos riscos e objetivos advindos de sua participação na pesquisa e preservados anonimamente, e as informações obtidas durante as entrevistas serão protegidas quanto ao sigilo e confidencialidade.

Também foram orientados quanto aos benefícios diretos e sobre a devolutiva das estratégias para prevenção de erros de medicação identificadas, que teve caráter educativo. Tais resultados também foram publicizados com demais trabalhadores de enfermagem e chefias / supervisores do hospital, contribuindo indiretamente para promoção da Segurança do Paciente.

Por abordar situações relacionadas à vivência ou observação de erros de medicação, este estudo apresentou potenciais riscos emocionais, como sensações de tristeza e/ou sentimentos desagradáveis ao participante, que foi orientado quanto a liberdade para a interrupção na coleta dos dados ou retirada do consentimento de participação na pesquisa. Caso o participante apresentasse desconfortos emocionais que não fossem gerenciados no momento da entrevista, ele seria encaminhado, se assim o desejasse, para um serviço de apoio psicológico / emocional do município, como o Centro de Atenção Psicossocial, que atende por demanda, para fazer acompanhamento.

Durante o processo foi assegurado o anonimato do participante e a confidencialidade das informações compartilhadas, uma vez que somente a pesquisadora teve acesso ao material gravado para transcrição das falas. A gravação foi feita por meio de um gravador digital e outro de fita destinado exclusivamente para esse fim e a transcrição foi realizada pela pesquisadora em computador próprio com acesso restrito por senha individual e intransferível. Em nenhum momento houve compartilhamento as informações coletadas com a instituição, somente dos resultados finais consolidados, sem identificação de participantes ou quaisquer informações sigilosas. Após a transcrição das falas, o áudio (fita) foi destruído e as transcrições ficarão arquivadas em pasta com senha de acesso, por cinco anos. Tais medidas visam evitar ou minimizar situações que coloquem em risco a integridade ética, administrativa e jurídica de participante e pesquisador.

Caso ocorressem situações recorrentes na fase de análise dos dados, seria proposta uma atividade educativa a todos os trabalhadores de enfermagem do cenário de estudo, com o intuito de minimizar a ocorrência de erros de medicação.

O participante não teve nenhum custo ou compensação financeira ou acúmulo em banco de horas ao participar da pesquisa. Entretanto, eventuais despesas de transporte e alimentação decorrentes de sua participação, seriam ressarcidas no dia da coleta.

A pesquisadora comprometeu-se em apresentar os objetivos do estudo e estratégias para coleta de dados e a esclareceu todas as dúvidas. A participação dos sujeitos só foi efetivada após sua concordância livre e espontânea, mediante assinatura do TCLE.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo serão apresentados em tabelas e textos, que compreendem a população estudada, a identificação dos Incidentes Críticos - Situações, Comportamentos e Consequências no que diz respeito as estratégias para prevenção de erros de medicação no hospital estudado.

5.1 Caracterização dos participantes do estudo

Participaram deste estudo 19 trabalhadores de enfermagem, sendo, 26,3% enfermeiros e 73,7% técnicos de enfermagem, predominantemente do sexo feminino 79%, com idades entre 25 a 40 anos 63,1%, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Perfil dos participantes do estudo. São Paulo, Brasil, 2018.

Variáveis de categorização	N	%
Categorias		
Enfermeiros	05	26,3
Técnico de enfermagem	14	73,7
Sexo		
Feminino	15	79
Masculino	04	21
Faixa etária		
25 – 30 anos	02	10,53
31 – 35 anos	06	31,58
36 – 40 anos	04	21,05
41 – 45 anos	03	15,79
46 – 50 anos	04	21,05
Tempo de formação		
01 – 05 anos	03	15,7
06 – 10 anos	06	31,6
11 – 20 anos	10	52,7
Tempo no setor		
01 – 05 anos	15	79
06 – 10 anos	04	21
Turno de serviço		
07 às 19 horas	11	57,9
19 às 07 horas	08	42,1
Sector		
Pediatria	08	42,1
Pronto atendimento	06	31,6

Em relação ao tempo de formação, a maioria tinha entre 11 e 20 anos; 79% trabalhavam no setor no período entre 01 e 05 anos. Participaram da pesquisa trabalhadores dos setores da pediatria (42,1%), do pronto atendimento (31,6%) e da clínica médica (26,3%), visto que na instituição estudada só existem estes setores assistenciais.

No cenário de estudo, não há auxiliares de enfermagem, apenas técnicos de enfermagem e enfermeiros, que compuseram a amostra de estudo.

5.2 Identificação dos Incidentes Críticos

No presente estudo, foram considerados como Incidente Crítico as Situações, os Comportamentos e as Consequências que configuravam aspectos que contribuíram ou dificultaram a prevenção de erros de medicação em ambiente hospitalar.

A análise das entrevistas com os 19 participantes resultou em 35 Situações, sendo 10 positivas e 25 negativas, envolvendo 72 Comportamentos, 37 positivos e 35 negativos, que abrangeram 35 Consequências, 14 positivas e 21 negativas.

5.2.1 Identificação das Situações

As 35 Situações identificadas corresponderam aos fatos vivenciados ou observados pela equipe de enfermagem nas diferentes etapas da medicação. Tais Situações foram agrupadas por afinidade temática e descritas como positivas ou negativas na Tabela 2.

Tabela 2: Situações extraídas dos Incidentes Críticos referidos pela equipe de enfermagem. São Paulo, Brasil, 2018.

Categoria das Situações	Positivas		Negativas		Total	
	N	%	N	%	N	%
Erro de medicação	1	8,33	11	91,67	12	100
Prescrição medicamentosa	9	45	11	55	20	100
Omissão	-	-	2	100	2	100
Técnica de administração	-	-	1	100	1	100
Total	10	28,57	25	71,43	35	100

Observa-se que houve um predomínio de referências negativas em todas as Situações apresentadas, agrupadas em erro de medicação, prescrição medicamentosa, omissão e técnica de administração.

A categoria *Erro de medicação* englobou aspectos relacionados aos nove certos da medicação, contemplando paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação correta, forma certa e resposta certa. Os participantes relataram 12 Situações, sendo uma positiva e 11 negativas, predominando situações sobre falhas no processo seguro de medicação concernente à via certa, medicamento certo, paciente certo e hora certa.

A referência positiva desta categoria está descrita na fala do participante exposta a seguir:

Eu estava preparando a medicação para o meu paciente e quando eu olhei para o lado, vi que estava sendo preparada uma medicação EV e na prescrição estava prescrito IM. Só não foi administrada, porque eu vi antes e falei para o meu colega que ele estava preparando medicação errada (P18).

As falas evidenciaram que a equipe de enfermagem desempenha papel fundamental na prevenção de eventos adversos, uma vez que, por atuar na etapa final do processo de administração de medicamentos, consegue interromper possíveis incidentes inobservados em etapas anteriores. Isso demanda a atenção constante de todos os profissionais no sentido de assegurar uma assistência segura e livre de danos.

Neste sentido, Elliot e Liu (2010) afirmam que a enfermagem não deve "seguir cegamente" o prescrito, pois caso o prescritor cometa algum erro, como pedir uma dose letal de medicação, a enfermagem deve estar atenta para não a administrar. Reforçam que a administração de medicação é um procedimento de alto risco e que embora o fator de erro humano não possa ser eliminado, as condições podem ser modificadas para tornar o erro menos provável.

Além disso, uma importante estratégia para prevenir erros de medicação são os nove certos da medicação, descritos para garantir a segurança e evitar danos ao paciente. Funciona como um direcionador para ajudar a equipe de enfermagem a conferir as etapas a serem seguidas com a medicação para assegurar que não houve descuido em nenhuma etapa garantindo, assim, a segurança no processo medicamentoso (ELLIOTT; LIU, 2010).

O participante referiu uma situação em que o erro foi evitado, evidenciando que a análise sistêmica do processo pode contribuir sobremaneira na elucidação e interrupção das falhas existentes, como proposto no Modelo de Queijo Suíço (REASON, 2000). A fala também

demonstra que o trabalho em equipe e a comunicação efetiva são importantes estratégias para a cultura de segurança dentro das instituições hospitalares.

As referências negativas desta categoria estão descritas nas falas dos participantes expostas a seguir:

O médico tinha prescrito uma noradrenalina em dripping [gotejamento em bomba infusora] para o paciente e na correria eu administrei adrenalina em bolus [direto na veia]. O paciente evoluiu com taquicardia. Outra medicação teve que ser administrada para reverter o quadro (P6).

Eu tive um erro de medicação. Era uma medicação para fazer sublingual e eu fiz via oral. Eu realmente não prestei atenção, quando vi, já tinha administrado (P15).

Eu presenciei um colega errar a medicação. A medicação tinha IM e tinha EV. Na correria do dia a dia, trabalhando com pouco funcionário, ele acabou pegando uma intramuscular e administrando EV (P19).

Havia um impasse entre a enfermagem e a farmácia. A farmácia não entregava a medicação e a enfermagem não queria ir pegar. A medicação foi administrada com quase três horas de atraso (P2).

Tinham dois pacientes com o mesmo nome na mesma enfermaria, João. A medicação foi administrada no João errado (P14).

Os participantes relataram que os eventos adversos aconteceram por diversos motivos, como pressa na hora de administrar a medicação, falta de atenção, problemas na comunicação entre setores e pacientes homônimos. Tais situações demonstram a necessidade de se assegurar barreiras para que o erro não ocorra e que tais barreiras envolvam equipe multiprofissional e setores diferentes.

Equívocos no processo de medicação decorrem, muitas vezes, da sobrecarga de trabalho e da intensificação do ritmo e jornada de trabalho, conforme apontado na fala do P6. O trabalho sob pressão, muitas vezes realizado com quantitativo reduzido de pessoal, gera falta de atenção e rapidez na realização das tarefas pelos profissionais, o que compromete a Segurança do Paciente.

Estudos demonstram que os profissionais de enfermagem são os que mais sofrem com Burnout devido as altas demandas de trabalho, carga horária excessiva e o estresse relacionado a assistência e as múltiplas responsabilidades atribuídas aos profissionais de enfermagem (SILVA et al, 2015; RODRIGUES; SANTOS; SOUSA, 2017).

O erro humano interfere na assistência de enfermagem e compromete a recuperação do paciente, mas não deve ser compreendido na perspectiva da culpabilização do indivíduo; ao contrário, devem-se buscar maneiras para eliminá-lo, por meio da adoção de medidas preventivas para prevenção do erro (DUARTE et al, 2015).

A administração de medicamentos em pacientes errados decorre, dentre outros fatores, da identificação inadequada destes pacientes e da falta de confirmação da identidade, antes do procedimento. A partir do momento que o paciente dá entrada no hospital, sua identificação deve ser de fácil visualização a toda equipe.

Estudo aponta que dificuldades em se realizar adequadamente a identificação do paciente geralmente resultam em erros de medicação e, neste sentido, sugere que a identificação do paciente seja realizada por dois identificadores como, nome completo e data de nascimento (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2007). Assim, trabalhando nas condições latentes, cria-se uma barreira para diminuir a possibilidade de erros.

Com o objetivo de reduzir a possibilidade de erros de medicação durante o preparo e a administração, a enfermagem utiliza como estratégia a dupla checagem, que consiste em dois profissionais conferirem a medicação que foi prescrita e a que está sendo preparada. Esta estratégia, quando introduzida e praticada corretamente, pode diminuir significativamente o risco de erros e melhorar os resultados na Segurança do Paciente. Porém, existem problemas práticos para que esta prática aconteça, como o número de profissionais disponíveis para a execução desta estratégia (ALSULAMI; CONROY; CHOONARA, 2015).

Corroborando com a afirmação dos autores, durante as entrevistas alguns participantes relataram tentar fazer a dupla checagem da medicação, porém, havia sempre o problema de quantitativo de pessoal, ou seja, ter alguém disponível no momento do preparo da medicação para realizar a dupla checagem.

O P2 referiu problema na comunicação entre a farmácia e a equipe de enfermagem, o que comprometeu o horário de administração do medicamento. A comunicação constitui um sério problema nos hospitais, porém as equipes precisam trabalhar esta competência no dia a dia de trabalho, estabelecendo-a de forma clara e precisa.

Estudo afirma que quando há dificuldade no processo de comunicação, principalmente quando está relacionado a comunicação entre a liderança e a equipe, pode ocorrer conflito entre os profissionais, prejudicar a qualidade da assistência e insatisfação dos profissionais (LIMA et al, 2017) que pode ter como consequência, o erro. Uma boa comunicação, proporciona um trabalho dinâmico de enfermagem, resultando na qualificação da assistência de enfermagem e Segurança do Paciente (BROCA; FERREIRA, 2018). Quando a comunicação deixa de existir ou existe de modo ineficaz, a qualidade da assistência prestada ao paciente pode ser prejudicada.

A categoria *Prescrição Medicamentosa* apresentou Situações relacionadas à equívocos na prescrição médica, prescrição médica ilegível e problemas na comunicação. Os participantes relataram 20 Situações, sendo nove positivas e 11 negativas.

As referências positivas desta categoria estão descritas nas falas seguintes:

Eu peguei uma prescrição para fazer a medicação de uma criança que estava na sala de urgência e essa prescrição estava com erro na dosagem da medicação, mas eu vi antes. Fui até o médico, mostrei a prescrição pra ele e ele ajustou a prescrição (P2).

Eu peguei uma prescrição que estava confusa a via de administração e estava com erro também na dose, mas eu vi e não preparei. Chamei a enfermeira e mostrei para ela. A enfermeira falou com o médico que fez a prescrição e ele [médico] viu que realmente estava errada e refez a prescrição (P5).

Eu já vivi uma situação de erro de prescrição, no setor, a prescrição não estava bem clara, mas eu fui perguntar para o médico o que era para ser feito, presto atenção para não fazer medicação errada (P1).

Já peguei uma prescrição que a medicação estava com uma dose muito superior à que geralmente fazemos. Fui falar com o médico na hora (P5).

Aconteceu de o médico prescrever uma medicação que tem que ser administrada por via IM ou EV e ele prescreveu SC. Mostrei a prescrição para a enfermeira e ela foi falar com ele (P7).

Uma vez, peguei uma prescrição que estava prescrito Morfina. Logo percebi que estava com uma super dosagem prescrita. Levei a prescrição para o médico (P16).

Os participantes relataram que o *Near Miss* aconteceu por erros na prescrição medicamentosa. Porém, conforme as falas dos participantes P1, P2, P5, P7 e P16 a equipe de enfermagem identificou precocemente e impediu que o erro acontecesse.

A fala do P1, caracterizada como uma Situação positiva, mostra uma Circunstância Notificável - incidente com potencial para dano ou lesão, mas que não aconteceu, pois, o profissional ao não entender a prescrição, procura a equipe médica para esclarecer a dúvida e, assim, não cometer o erro.

Koumpagioti et al (2014) destacaram que as etapas mais vulneráveis e que apresentaram maiores índices de erros no processo de medicação são a prescrição e a administração de medicação, realizados por médicos e equipe de enfermagem, respectivamente. Neste estudo, 17,5% das prescrições de medicamentos continham erros e 20,9% dos erros ocorreram na administração de medicamentos.

É relevante que a equipe de enfermagem seja bem treinada e consiga identificar possíveis equívocos nesta primeira etapa do processo medicamentoso, podendo bloquear a propagação do erro, atuando como uma barreira logo no início do processo.

As falas demonstraram a importância da checagem dos nove certos no processo de medicação, que podem impedir a ocorrência de eventos adversos. A comunicação entre os membros da equipe envolvidos no processo de medicação desencadeou a mudança da prescrição, fazendo com que o incidente não acometesse o paciente. Neste caso, o erro ocorreu de fato, porém, foi interceptado antes que atingisse o paciente – o que é considerado como *Near Miss* ou quase erro (CAPUCHO, 2011).

Um grande problema do *Near Miss* é que os profissionais dificilmente o identificam como um problema; portanto, não fazem a notificação de ocorrências nas unidades, prática que acaba se propagando até que o erro aconteça.

Uma das estratégias que também pode contribuir para mitigar o risco de equívocos em prescrições médicas é a adoção, pelas instituições, prescrição eletrônica. Volpe et al (2014) afirmam que a implementação do sistema eletrônico de prescrição está associada a redução de fatores de risco para erro de medicação. Vale ressaltar que no cenário de estudo a prescrição eletrônica já foi implementada. Porém, alguns participantes afirmaram que ainda existem acréscimos de medicação na prescrição após impressa e esse acréscimo acontece de forma manual.

As referências negativas desta categoria estão descritas nas falas dos participantes expostas a seguir:

O médico prescreveu uma dipirona para o paciente e não avisou a ninguém que havia acrescentado medicação. A prescrição ficou lá na bancada dos médicos e a medicação foi administrada com atraso de uma hora (P2).

O médico pediu para eu administrar uma medicação, mas foi prescrição verbal, sabe? O paciente... [relata consequências graves] (P8).

Outra vez, a letra do médico era tão ruim que eu tinha que ficar adivinhando o que estava escrito. Eu tinha entendido dipirona, não administrei. Quando consegui falar com ele, não era dipirona (P6).

O paciente passou na classificação de risco e falou que era alérgica a dipirona. O médico não viu e prescreveu (P9).

Eu vivi uma situação de erro mesmo. A prescrição era assim: aspire 0,5 de uma medicação, dilui em 10 ml. Aí no final com aquela letra horrível, fazer 0,2 ml. Aí eu já tinha administrado aquela diluição de 0,5 com 10 ml. Foi administrado uma superdose na criança. Hoje eu procuro fazer medicação com uma outra pessoa junto comigo, sabe? Tento fazer sempre que possível a dupla checagem da medicação prescrita. O maior problema é que na maioria das vezes está todo mundo ocupado com seus pacientes. É difícil ter alguém perto para conferir a medicação com você. É mais na hora padrão de medicação, que geralmente estamos preparando juntos (P4).

As falas dos participantes indicam a prescrição médica como sendo um importante aspecto para a Segurança do Paciente e que, se negligenciada, pode gerar erros graves e até fatais.

Um estudo internacional aponta que a incidência de erro na prescrição pode chegar a 42,8%, principalmente quando se refere à caligrafia (YOUSEF; YOUSEF, 2017). Em contrapartida, outra pesquisa aponta que o uso da prescrição eletrônica pode contribuir em até 50% para a diminuição dos erros relacionados com medicação (NUCKOLS et al, 2014).

O fortalecimento do trabalho em equipe, que pressupõe relações horizontalizadas e comunicação efetiva, pode auxiliar no processo de medicação e impedir que os incidentes atinjam o paciente. Todavia, neste estudo, os participantes evidenciaram ruídos na comunicação entre as equipes médicas e de enfermagem, com consequentes implicações ao paciente, familiares, equipe e instituição.

Corroborando com a afirmativa acima, estudo mostra que o trabalho em equipe de enfermagem é uma ação interprofissional. Destaca ainda a potencialidade da enfermeira em articular o cuidado com as diferentes categorias profissionais e priorizar a centralidade do cuidado no paciente. E que através de uma boa comunicação, é possível a construção de confiança, respeito mútuo, reconhecimento do trabalho do outro e colaboração (SOUZA et al, 2016).

A fala de um participante chama atenção ao retomar a questão da prescrição verbal, que ainda é utilizada no meio hospitalar e se constitui em risco à Segurança do Paciente. É importante destacar que a Resolução COFEN nº 487/2015 deixa claro que é vedado aos profissionais de enfermagem o cumprimento de prescrição médica que não conste o carimbo e a assinatura do médico, com exceção às situações de urgência e emergência especificadas na norma (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015).

A categoria *Omissão* englobou aspectos relacionados com o esquecimento dos profissionais de enfermagem em administrar medicações que haviam sido prescritas. As duas situações relatadas foram negativas e estão descritas a seguir:

Eu vivi um erro de medicação que eu esqueci de administrar a medicação no paciente. O plantão estava muito corrido, eu com vários pacientes e várias medicações e tinham poucos funcionários também (P2).

No final do plantão, eu lembrei que o paciente tinha uma inalação pra fazer, mas eu não coloquei porque estava muito ocupada e esqueci. Tinham poucos funcionários naquele dia e estava sobrecarregada (P19).

As falas dos participantes evidenciam que as medicações foram esquecidas porque os profissionais estavam sobrecarregados e havia déficit de pessoal no setor.

Rodrigues, Santos, Sousa (2017), afirmam que a carga de trabalho excessiva do profissional de enfermagem proporciona uma assistência de enfermagem deficiente, gerando grande risco para a Segurança do Paciente.

Estudo internacional aponta que a causa mais comum de erros de medicação na enfermagem é o cansaço, decorrente do aumento da carga de trabalho - fator correspondente a 97,8% dos erros de medicação (GORGICH et al, 2016). A segunda causa refere-se ao número reduzido de funcionários, que gera sobrecarga àqueles que permanecem na assistência, e a terceira à fadiga, consequência das longas jornadas e elevadas cargas de trabalho (GORGICH et al, 2016).

Assim, as instituições de saúde devem investir em estratégias para reduzir a sobrecarga do trabalho e aumentar o quantitativo de pessoal, estabelecendo relação proporcional ao número e grau de complexidade dos pacientes, ações que podem ajudar a enfermagem a trabalhar de uma forma mais segura (GORGICH et al, 2016).

Cabe ressaltar que a elevada carga de trabalho, além de comprometer a Segurança do Paciente, compromete diretamente a saúde do trabalhador, principalmente dos trabalhadores de enfermagem (CARVALHO et al, 2017), que devido às baixas remunerações, assumem mais de um vínculo empregatício, submetendo-se a exaustivas jornadas de trabalho.

Corroborando com a afirmativa acima, estudo evidencia que os profissionais de enfermagem estão rotineiramente vivenciando duplo vínculo empregatício, além de conciliar com o trabalho doméstico, o que leva a uma prática de atividades intensas. Como consequência, o descanso desse profissional fica comprometido, podendo levar ao adoecimento (RODRIGUES; SANTOS; SOUSA, 2017) e comprometer a qualidade e segurança do cuidado prestado.

A categoria *Técnica de Administração*, referida em uma Situação negativa, englobou aspectos relacionados ao descumprimento da técnica correta de administração de medicação:

Foi um erro recente, que a funcionária que veio para o plantão noturno, ela foi aplicar uma medicação IM, mas ela não sabia e fez com a técnica errada. O paciente ficou com dor e edema no local de administração. Eu não sabia que ela não tinha conhecimento da técnica de administrar medicação IM, por isso não a acompanhei durante o procedimento. Eu também estava em dois setores e os dois estavam bem agitados, um com paciente descompensado hemodinamicamente e o outro estava fazendo uma internação de urgência. Os treinamentos aqui deveriam ser mais rigorosos, mais beira leito (P16).

A fala acima retrata uma situação de evento adverso, decorrente de erro na técnica de administração de medicamento. Apesar desta situação ser uma falha ativa, ela decorre de falhas latentes, conforme apontada pelo próprio participante, quanto à formação e capacitação dos

profissionais para desenvolvimento de competências específicas. Ainda, é possível identificar falhas na supervisão de enfermagem, que deveria ter acompanhado o procedimento, mas não o fez devido à sobrecarga de trabalho.

O número insuficiente de profissionais de enfermagem e profissionais com pouca ou nenhuma habilidade é uma grande preocupação para a Segurança do Paciente (MCLEOD, BARBER E FRANKLIN, 2015).

Partindo da premissa que o erro é humano e que todos os profissionais são passíveis de erro, é necessário que as instituições invistam na educação permanente do corpo profissional, mantendo-os atualizados e capacitados para desempenho de suas funções. Também é imprescindível que as instituições olhem para a questão da sobrecarga de trabalho, especialmente na equipe de enfermagem, assegurando um ambiente de trabalho saudável e seguro aos profissionais e pacientes.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um processo educativo que tem como objetivo o desenvolvimento de competências profissionais em um processo permanente e contínuo, capacitando os profissionais que atuam na assistência (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

Estudo aponta que a EPS tem o propósito de qualificar os profissionais que estão inseridos na assistência e pode ajudar a fortalecer a implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente para instruir os trabalhadores ao desenvolvimento das boas práticas de enfermagem (ADAMY et al, 2018).

O Núcleo de Segurança do Paciente tem buscado, por meio da assistência segura, desenvolver uma cultura de segurança que sobreponha a abordagem individual, com o olhar voltado para as práticas de cuidado e para os processos de trabalho, alinhando-se à abordagem sistêmica (ADAMY et al, 2018).

Cabe ressaltar que a assistência segura pressupõe adequação quantitativa e qualitativa de pessoal, coerente com o perfil dos pacientes e dinâmica organizacional da unidade, a fim de se evitar sobrecarga de trabalho e consequências decorrentes desta.

Maya e Simões (2011) afirmam que o quantitativo inadequado de pessoal impacta no desempenho das competências dos enfermeiros, pois o dimensionamento inadequado causa perdas na qualidade da assistência.

5.2.2 Identificação dos Comportamentos

Os Comportamentos resultam das ações dos sujeitos diante das Situações vivenciadas. Uma mesma situação pode desencadear múltiplos e diferentes comportamentos, que podem ser

positivos ou negativos. Neste estudo, foram identificados 72 Comportamentos, sendo 37 positivos e 35 negativos conforme apresentados na Tabela 3.

Tabela 3: Comportamentos extraídos dos Incidentes Críticos referidos pela equipe de enfermagem. São Paulo, Brasil, 2018.

Categoria dos Comportamentos	Positivo		Negativo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Comunicar o incidente	28	60,87	18	39,13	46	100
Faltar com atenção	1	9,1	10	90,9	11	100
Cuidar	3	100	-	-	3	100
Orientar	5	83,33	1	16,67	6	100
Dimensionar pessoal	-	-	5	100	5	100
Registrar incorretamente	-	-	1	100	1	100
Total	37	51,39	35	48,61	72	100

É importante pontuar que apesar da predominância de Situações negativas, estas resultaram em Comportamentos positivos.

A categoria *Comunicar o incidente* englobou aspectos relacionados a comunicação entre a equipe de enfermagem e o médico, para esclarecimentos sobre prescrição médica escrita e verbal; a comunicação intra equipe, geralmente envolvendo orientações e supervisão de enfermagem; e comunicação entre a equipe de enfermagem e o paciente e/ou familiar. Os participantes relataram 46 Comportamentos, sendo 28 positivos e 18 negativos.

As referências positivas desta categoria estão descritas nas falas dos participantes expostas a seguir:

Eu fui até o médico e perguntei se a prescrição estava certa, logo que percebi o erro na prescrição. Não falei primeiro com a enfermeira porque ela estava em horário de almoço, mas depois comuniquei a ela o que aconteceu (P1).

Chamei a chefia imediata, no caso a enfermeira, e mostrei o erro na prescrição pra ela. Ela foi imediatamente até o médico e mostrou que a prescrição estava com erro (P5).

Eu chamei o enfermeiro que estava de plantão comigo e ele avaliou a prescrição, viu que realmente tinha erro e fomos falar com a equipe médica (P6).

Eu tinha uma dúvida na prescrição e fui falar com o médico e ele falou para fazer [a medicação de acordo com a prescrição] que ele estava assinando embaixo (P7).

Nós [enfermeiros] sempre orientamos a eles [técnicos de enfermagem] a seguir a prescrição carimbada pelo médico. Evitamos ao máximo executar prescrições verbais (P9).

Eu levei a prescrição na farmácia para tirar a dúvida da via certa de administração da medicação, porque eu sabia qual era a via correta, porque eu já tinha administrado aquela medicação algumas vezes, mas o médico estava pedindo para administrar em via errada. Fui tirar a dúvida com o responsável pela farmácia. Depois nós dois fomos falar com o médico e ele trocou e colocou a via certa (P10).

Tinha uma medicação prescrita que eu estava em dúvida da dose. Então fui até o médico para não ter dúvida nenhuma antes de administrar. Não tive vergonha (P11).

Tinha uma medicação prescrita que eu não conhecia e não estava escrito qual era a via de administração. Eu chamei a enfermeira na hora para tirar a dúvida (P15).

Eu perguntei a enfermeira o qual medicação ela estava preparando, vi que ela estava preparando errado e falei com ela (P18).

Fui falar com o doutor sobre a prescrição, porque eu achava que tinha alguma coisa errada (P19).

Alguns Comportamentos descritos acima pelos participantes apresentaram desfechos semelhantes relacionados à comunicação entre a equipe de enfermagem e o médico. As falas dos participantes mostram a importância da comunicação entre as equipes assistenciais no processo de administração de medicamentos. No momento da identificação do quase erro (*Near Miss*), a equipe de enfermagem procurou a supervisão imediata ou diretamente a equipe médica, comportamento que constituiu-se em importante barreira para prevenção do erro.

A comunicação é um importante instrumento para a equipe de enfermagem prestar o cuidado seguro aos pacientes, deve ser eficiente entre a equipe e transmitida de forma completa, pressupondo interação entre os sujeitos (BROCA; FERREIRA, 2015).

É indispensável que os profissionais conversem entre si durante o plantão, não apenas a equipe de enfermagem, mas toda a equipe interprofissional, para compartilhamento de informações relevantes ao paciente.

O trabalho interprofissional prevê ação conjunta, integrada e articulada entre os profissionais de saúde para o cuidado integral ao paciente. Desta forma, os profissionais compreendem as necessidades dos pacientes “como um todo” e os cuidados não acontecem de forma fragmentada. Permite, também, maior interação entre os profissionais, relacionada com o estreitamento das relações interpessoais, promovendo um melhor canal de comunicação, melhorando a dinâmica do processo de trabalho (ARRUDA; MOREIRA, 2018).

Quando houver dúvidas em qualquer parte integrante da equipe, deve ser criado um espaço seguro para que esta seja esclarecida o mais rapidamente, para não haver riscos de erros na assistência. O objetivo é que todas as barreiras para promoção da Segurança do Paciente fiquem intactas e não aconteça a possibilidade de erro.

Estudo aponta que a falta de objetividade na comunicação, a escassez de informação e falta de compartilhamento do conhecimento favorecem a descontinuidade da prestação dos cuidados em saúde (MANZO; BRITO; ALVES, 2013).

Assim, é necessário que os gestores, supervisores e lideranças fomentem a criação de um espaço seguro para a comunicação, livre de ruídos e que proporcione tranquilidade aos membros para colocação de suas dúvidas, dificuldades e anseios.

As referências negativas desta categoria estão descritas nas falas dos participantes expostas a seguir:

As medicações vinham da farmácia. Às vezes tinha acréscimo na prescrição. Nós informávamos na farmácia, mas ela [farmácia] não trazia. Por mais que você ligasse, a farmácia deixava de trazer a medicação (P2).

Eu vi que a prescrição estava confusa, eu não estava entendendo nada. Nem qual era a medicação que estava sendo prescrita. Eu chamei o enfermeiro que estava de plantão comigo (P5).

Eu não estava entendendo a prescrição, entendi dipirona, quase administrei e o paciente era alérgico. A letra do médico era muito ruim de entender. Foi um acréscimo de prescrição a sorte foi que falei para a paciente que era dipirona e ela disse que era alérgica (P6).

Eu vivi um erro que foi muito ruim, uma medicação que foi feita no paciente por uma prescrição verbal. Quando o paciente... [relata consequências graves], ele tirou o corpo fora, ele disse: “eu não pedi essa medicação” (P8).

O médico me pediu verbalmente para administrar determinada medicação. Eu administrei. Quando o paciente evoluiu mal, ele disse: Não foi esse paciente que te falei, não sei o que, enfim, ele não assumiu. A minha sorte foi que tinha uma colega do meu lado quando ele me pediu para fazer a medicação e ouviu ele pedindo (P9).

A caligrafia estava nos induzindo ao erro. Ainda bem que eu só preparei e não cheguei a administrar, mas eu abri a medicação e joguei fora, teve um desperdício de medicação. Fui falar com o enfermeiro para tirar a dúvida (P11).

A equipe de enfermagem não deve administrar medicamentos prescritos verbalmente, pois pode acontecer equívocos no entendimento do nome da medicação, da posologia, da via a ser administrada, do nome do paciente entre outros, resultando na quebra da barreira de segurança, o que aumenta a suscetibilidade ao erro. Quando a enfermagem executa algum tipo de prescrição verbal, salvo aquelas regulamentadas por lei, ela coloca em risco a Segurança do Paciente.

A prescrição verbal deve ser utilizada apenas em situações de emergência, devendo ser escrita e carimbada posteriormente, ou seja, assim que a situação de emergência seja resolvida, pois possui elevado risco de erros (BRASIL, 2013b).

Estudo aponta que prescrições verbais comumente levam a erros, e esse erro se dá, geralmente, pelo receptor da mensagem quando interpreta erroneamente ou faz suposições

sobre as informações enquanto está trabalhando em condições desafiadoras, como alta carga de trabalho, ambientes barulhentos e até mesmo distração da equipe (KEERS et al, 2018).

Embora a prescrição verbal não seja a forma mais segura, ainda existem profissionais que realizam esse tipo de prescrição. Como a equipe de enfermagem é a responsável por administrar as medicações, está exposta a esse tipo de erro, principalmente os profissionais que trabalham em setores de urgência e emergência.

A caligrafia do prescritor ainda é uma fragilidade nos serviços de saúde conforme descrito pelos participantes P5, P6 e P11. Estudo recomenda a utilização da prescrição eletrônica, pois facilita o entendimento da prescrição, além de ser mais fácil reconhecer os erros, comparadas às prescrições manuais (KOUIMPAGIOTI et al, 2014).

Na instituição onde ocorreu o estudo, as prescrições são realizadas eletronicamente, mas segundo alguns participantes, ocorrem acréscimos manuais nas prescrições. Mesmo nas prescrições eletrônicas, ainda existe a possibilidade de erro, por esse motivo a enfermagem deve realizar os nove certos da medicação para diminuir a possibilidade de erros.

Estudo aponta como alternativas para diminuir a possibilidade de erro nas prescrições manuais a padronização da forma escrita da prescrição, não permitir o uso de abreviações e uso de prática de prescrição padrão para cada medicação (YOUSEF; YOUSEF, 2014).

A categoria *Faltar com atenção* englobou aspectos relacionados a equívocos na leitura da prescrição médica pela equipe de enfermagem e armazenamento de medicação no posto de enfermagem. Os participantes relataram 11 Comportamentos, sendo um positivo e dez negativos. A referência positiva dessa categoria está descrita na fala do participante exposta a seguir:

Foi instalado no paciente um soro glicosado, mas a prescrição era soro fisiológico. Quando eu fui fazer outra medicação no paciente, vi o erro. Tirei o [soro] glicosado e coloquei o [soro] fisiológico. Depois desse erro as enfermeiras foram ver o que tinha acontecido. A embalagem do soro glicosado era idêntica ao fisiológico só mudava o escrito na frente mesmo. As enfermeiras viram que o problema foi no armazenamento do soro que foi colocado junto. Agora é tudo separadinho e identificado (P17).

Para chegar a tal conclusão, segundo a participante, foi realizado um estudo pelas enfermeiras para entender o que havia acontecido. Esta é uma forma positiva de se trabalhar, pois quando um erro é detectado, é primordial que seja realizado um estudo para se identificar as fraquezas do processo, com vistas a corrigi-las e impedir que o erro aconteça novamente. Como este problema apareceu em apenas um relato, pode ser que mudanças no processo tenham ajudado a resolver esta fragilidade.

A investigação do erro deve incluir a recuperação de dados sobre os eventos que levaram aos erros de medicação em todas as fases antecessoras desde a prescrição, separação, dispensação, entrega e processos de administração (HUYNH et al, 2017).

As referências negativas dessa categoria estão descritas nas falas dos participantes expostas a seguir:

Eu li a prescrição com pressa, estava na hora do meu almoço e troquei as medicações (P3).

Foi um dia agitado. Eu olhei a prescrição muito rápido e acabei não prestando a devida atenção (P15).

O médico prescreveu uma medicação que a paciente era alérgica e estava escrito no prontuário sobre a alergia. O técnico seguiu a prescrição e administrou a medicação. Nem o médico e nem o técnico prestaram atenção na alergia que estava descrita na folha de classificação de risco (P9).

Eu acabei não fazendo a medicação e a criança ficou sem o antibiótico, porque a medicação chegou com atraso e eu esqueci (P2).

Na hora que eu fui instalar, eu instalei a Amoxicilina com Clavulanato, mas era Amoxicilina pura na prescrição. Fiz errado, não prestei atenção. (P3).

É onde a gente acaba acelerando o processo de trabalho e acaba escapando a atenção. Tem muito paciente e pouco funcionário. Para dar conta de tudo a gente tem que correr. Não tem jeito, aqui no setor a gente está sempre sobrecarregado (P3).

As falas dos participantes evidenciaram que os erros também acontecem por falta de atenção dos profissionais, o que caracteriza as falhas ativas no processo de medicação. O participante P3 relata, ainda, a sobrecarga de trabalho como causadora destas falhas.

Silva e Cassiani (2004) afirmam que, muitas vezes, a razão dos erros de medicação são as falhas humanas, como pressa, falta de atenção, falta de interesse e falta de conhecimento. Todavia, o foco de análise do erro deve estar na perspectiva sistêmica, não excluindo as falhas ativas. É necessário investigar e analisar as causas que geraram os erros, para evitar que recidivas aconteçam – algo que se torna ainda mais relevante quando se trata da equipe de enfermagem, pois é quem executa os cuidados diretos e está ininterruptamente perto do paciente.

Dias et al (2014), salientam que os fatores para a ocorrência de erro durante o processo de medicação são a sobrecarga de trabalho e a falta de atenção do profissional.

Um aspecto importante, segundo Françolin et al (2015), é que os erros levam a mudanças positivas nas instituições, pois quando os erros são trabalhados de forma adequada, os profissionais aprendem com os erros, não os repetindo futuramente.

Durante a entrevista, P2 referiu ter ocorrido atraso na medicação do paciente; cabe ao enfermeiro realizar o reaprazamento da prescrição médica com o objetivo que não haja prejuízo na assistência ao paciente.

Ao realizar um plano de cuidados para um paciente, o enfermeiro primeiramente identifica as prioridades e cria estratégias específicas para obter bons resultados na melhora clínica, que vai refletir diretamente na qualidade de vida dos pacientes (SOUZA NETO et al, 2017).

A gestão de riscos pode ajudar a identificar onde estão as fragilidades nos processos para criar estratégias com foco na resolução dos problemas encontrados. Para isso acontecer, as instituições devem investir na cultura de segurança e os profissionais devem fazer as notificações dos eventos ocorridos.

Estudo apontou para a subnotificação dos eventos adversos, que identificou os ofensores como, a falta de tempo dos profissionais para o preenchimento dos formulários, sobrecarga de trabalho e medo de represália por conta do erro (SIQUEIRA et al, 2015).

Para auxiliar no trabalho da gestão de risco, existem algumas ferramentas que os gestores podem utilizar para evitar que o erro ou quase erro volte a acontecer, como Diagrama de causa e efeito – Diagrama de Ishikawa, a Regra dos cinco por quês – Cinco W, Análise de causa e efeito da falha – FMEA, Protocolo de Londres, Brainstorm, Depose, Smart e Bow Tie. Todas essas ferramentas podem ser utilizadas para mapear os riscos (BRASIL 2017).

A categoria *Cuidar* englobou aspectos relacionados à administração de medicamentos e planejamento do cuidado. Os participantes relataram três Comportamentos positivos. As referências positivas dessa categoria estão descritas nas falas dos participantes expostas a seguir:

O médico fez outra medicação que normalizou o batimento cardíaco do paciente depois que eu troquei a medicação e o paciente fez taquicardia (P6).

A paciente desmaiou na hora que começou a administração da medicação. O técnico parou imediatamente com a medicação. Colocou o paciente deitado e ele ficou em observação (P9).

O médico prescreveu uma medicação, mas eu não administrei porque sabia que estava prescrito errado (P10).

As falas dos participantes demonstram que os pacientes apresentaram complicações após o erro de medicação, sendo necessárias intervenções (medicamentosa e interrupção da ação) para reversão do quadro. Depois que o erro acontece, é necessário que a equipe

interprofissional priorize os problemas para contenção dos danos e recuperação da saúde do paciente e, posteriormente, invista esforços na identificação das fragilidades no processo.

O trabalho da enfermagem deve ser desenvolvido com a existência de barreiras de segurança, com o objetivo que o erro ao paciente não ocorra (SOUZA et al, 2018).

A fala do participante P6 descreve um erro de troca de medicação, que causou dano ao paciente, sendo necessário uma mudança na conduta médica que contribuiu para a estabilização do paciente.

Os erros são causados por combinações de condições latentes – provocadores do erro que irão se encontrar em alguma fase do processo facilitando a ocorrência das falhas ativas. Os autores exemplificam alguns potencializadores de erros de medicação como, déficit de profissionais, falta de habilidade de alguns profissionais, ambientes desafiadores, distrações e problemas na comunicação (KERRS et al, 2018).

Para a formação de barreiras onde existem fragilidades do processo, as equipes precisam estar bem integradas e o gestor das unidades comprometido com a qualidade do serviço e com a própria equipe.

É proposto por Souza et al (2018) que rotinas sejam estabelecidas para o atendimento ao paciente em caso de erros com o envolvimento da equipe multiprofissional, com o objetivo de evitar situações que leve a culpabilização entre as categorias profissionais.

Deve ser claro entre as equipes que o cuidado ao paciente é multiprofissional, portanto, todos são responsáveis pelos pacientes e quando os erros ocorrem, as equipes devem pensar na falha como uma oportunidade de revisão do processo e se unir para entender onde estão essas falhas trabalhando juntos para que não volte a acontecer.

Observa-se, na literatura, que a conduta mais utilizada com os profissionais após a ocorrência do erro é a orientação; os autores enfatizam que a cultura de segurança deve ser prioritária e disseminada nos serviços de saúde (DIAS et al, 2014).

Trabalhar a orientação com as equipes diante da experiência do erro é uma forma de acolhimento daquele profissional, demonstrando os pontos fracos (falhas ativas) e as condições latentes. A comunicação deve ser clara e de fácil entendimento, ressaltando a abordagem sistêmica para o entendimento do erro, não colocando a culpabilização do profissional.

Para a melhoria da qualidade da assistência e conseqüentemente da Segurança do Paciente, os enfermeiros precisam aprimorar suas habilidades e conhecimentos. Para isso, faz-se necessário investir na qualificação profissional para existir uma assistência segura aos pacientes (FRANÇOLIN et al, 2015).

A categoria *Orientar* englobou comportamentos relacionados às orientações realizadas pelos enfermeiros aos técnicos de enfermagem. Os participantes relataram seis Comportamentos, sendo cinco positivos e um negativo. As referências positivas dessa categoria estão descritas nas falas dos participantes expostas a seguir:

Eles começaram a prestar mais atenção na medicação e prescrição depois que nós [enfermeiros] orientamos eles. Agora eles perguntam o nome completo do paciente antes de administrar a medicação (P14).

Não deixamos mais dois pacientes com o mesmo nome na mesma enfermaria, depois que trocamos a medicação entre eles [um paciente recebeu a medicação do outro] (P14).

Eu [enfermeira] conversei com a funcionária e toda vez que ela tinha uma medicação IM para fazer, ela me chamava e eu ia com ela. Até ela ter confiança de fazer medicação sozinha e eu ter certeza que ela aprendeu a técnica correta de administrar medicação (P16).

As falas dos participantes reforçam a importância da orientação dos enfermeiros para a equipe de enfermagem. O papel do enfermeiro na promoção da educação permanente à equipe de enfermagem é imprescindível, pois permite que esta esteja apta a prestar assistência e orientações aos pacientes, sempre que for requisitada (MEDEIROS; BOEHS; HEIDEMANN, 2013).

Embora o participante P14 tenha referido que pacientes homônimos não ficam mais na mesma enfermaria, para que não haja erro de troca de paciente e/ou medicação, é importante pontuar que esta não é necessariamente a melhor estratégia. Ao realizar medicação o profissional de enfermagem deve realizar os nove certos com o objetivo de diminuir a possibilidade de erro.

Os enfermeiros precisam estar atentos às oportunidades de promoverem educação permanente quando os membros da equipe apresentarem dificuldades na realização de quaisquer atividades. Além do papel de educador, também devem esclarecer dúvidas pontuais, elaborar protocolos de segurança da assistência, rever rotinas, organização e dinâmica de trabalho e realizar supervisão.

O enfermeiro deve estabelecer uma comunicação empática e efetiva com todos os profissionais de saúde, de forma a possibilitar a elaboração de estratégias eficazes e resolutivas no cuidado à saúde.

A comunicação é um importante instrumento para que o trabalho transcorra da melhor forma possível entre a equipe de enfermagem, sendo um facilitador das relações (BROCA; FERREIRA, 2018).

A referência negativa desta categoria está descrita na fala do participante expostas a seguir:

Teve uma breve orientação, bem breve. O plantão estava tumultuado demais. Não consegui [enfermeira] explicar a ela [técnica de enfermagem] como aplicava a medicação. Acabou que ela administrou a medicação com a técnica errada (P16).

A fala mostra que a orientação ineficaz conduziu ao erro na técnica de administração de medicamento. Quando o enfermeiro está sobrecarregado, muitas vezes assumindo mais de um setor ou ficando responsável por um grande número de pacientes, o trabalho acaba sendo prejudicado, pois não é possível realizar a supervisão junto à equipe técnica durante os procedimentos.

Sabe-se que a enfermagem tem uma atuação que faz uma interface com as todas as áreas envolvidas com o processo de medicação, e está na linha de frente prestando assistência direta ao paciente, além das funções administrativas que assume. Dessa forma, deve ter o apoio de uma estrutura organizacional hospitalar para realizar um cuidado seguro aos pacientes (MAGALHÃES et al, 2015).

Atividade educativa é uma das funções dos enfermeiros, que deve compartilhar seu conhecimento técnico e científico com a equipe sempre que for solicitado ou quando estiver realizando alguma capacitação, tanto individual quanto coletivamente (MARZIALE et al, 2010). Desta forma, consegue estabelecer uma relação de confiança com demais profissionais, demonstrando seu compromisso com o ensino e aprendizagem da equipe de enfermagem.

A categoria *Dimensionar Pessoal* englobou aspectos relacionados à falta de profissionais nos setores, com cinco comportamentos negativos, conforme segue:

Mas também tinha falta de funcionário nesse dia e a gente estava bem sobrecarregado tinham folgas e licenças médicas (P12).

Naquele plantão estávamos com poucos funcionários, tivemos muitas faltas. Já trabalhamos com poucos funcionários normalmente, imagina quando tem falta (P13).

Eu não consegui acompanhar a funcionária, estava muito sobrecarregada a outra enfermeira estava de licença médica (P16).

Trabalhar com o número reduzido sob uma pressão muito alta, é uma correria muito grande, tem uma demanda muito grande e pouco funcionário (P19)

De acordo com os entrevistados, o déficit de profissionais nos setores implicou em comportamentos pouco seguros, que aumentaram as chances de incidentes.

É atribuição do enfermeiro realizar o dimensionamento de pessoal com objetivo de promover uma assistência segura e livre de danos, tanto para o profissional quanto para o paciente. Por sua vez, é responsabilidade da instituição prover o quantitativo e qualitativo necessário à assistência segura e qualidade dos serviços.

O dimensionamento de pessoal pode ser entendido como uma previsão de recursos humanos de enfermagem para atender as necessidades dos pacientes. Desta forma, tanto o quantitativo quanto o qualitativo de profissionais de enfermagem interferem diretamente na segurança e na qualidade da assistência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Estudo recente afirma que é necessário que haja uma revisão pelas lideranças de enfermagem tanto no quantitativo quanto no qualitativo de pessoal, principalmente nos setores não críticos, onde se encontram os pacientes com alta demanda de cuidados (VASCONCELOS et al, 2017).

Sabe-se que o maior contingente de profissionais da saúde dentro dos hospitais é a equipe de enfermagem, que além de realizar atividades assistenciais, realiza também atividades gerenciais. Logo, os gestores de enfermagem devem conhecer a rotina de trabalho da sua equipe e garantir um número de profissionais adequado para realizar a assistência, não deixando que suas equipes de trabalho fiquem com déficit de profissionais.

Estudo corrobora, afirmando que é necessário que haja uma reavaliação do quantitativo do quadro de profissionais para garantir uma assistência segura, reforçando que a segurança não é somente do paciente, mas também dos profissionais que estão executando o cuidado (BRITO, GUIRARDELLO, 2012).

A categoria *Registrar Incorretamente* englobou um comportamento negativo, descrito na seguinte fala:

Eu chequei a medicação antes de administrar, eu geralmente fazia isso (P2).

A fala do participante mostra que ele realizava a checagem da medicação prescrita antes de administrar a medicação, comportamento inadequado e que rompe com a sequência dos nove certos para a Segurança do Paciente.

Ao negligenciar tal barreira o profissional favorece o erro, pois a checagem da medicação deve ser realizada após a administração e não antes. A checagem da medicação pela enfermagem é o que deixará registrado que a medicação foi administrada e o horário.

Dessa forma a Segurança do Paciente deve ser prioridade e os profissionais devem promover uma cultura de segurança na assistência de enfermagem de forma que evite erros (KARAM; FERREIRA; SOUZA, 2014).

A equipe de enfermagem deve observar os nove certos da medicação, que contempla o “registro certo”, a ser realizado após a administração de medicamentos, considerando o registro preciso do que foi feito (ELLIOTT; LIU, 2010).

5.2.3 Identificação das Consequências

As Consequências são resultado dos Comportamentos, que também pode ter desfechos positivos ou negativos. As falas dos participantes foram categorizadas como Consequências para o paciente e Consequências para o profissional, conforme apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4: Consequências extraídas dos Incidentes Críticos referidos pela equipe de enfermagem. São Paulo, Brasil, 2018.

Categoria das Consequências	Positivo		Negativo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Consequências para o paciente	-	-	21	100	21	100
Consequências para o profissional	14	100	-	-	14	100
Total	14	40	21	60	35	100

Conforme apresentado, foram identificadas 21 consequências negativas na categoria *Consequências para o paciente*, representadas nas falas seguir:

O paciente ficou sem a medicação, porque eu não fiz (P2).

Eu não achei o médico e não fiz a medicação no paciente (P6).

Foi administrada uma superdose na criança (P4).

Fiz uma medicação de acordo com a prescrição médica, mas a via estava errada. Sorte que o paciente não apresentou nenhuma reação (P7).

Eu fiz a medicação em uma paciente errada. O médico apontou a paciente de maneira equivocada, era outra paciente. Era um anti-inflamatório e a paciente não teve nenhum tipo de complicação (P9).

Foi administrado no paciente uma medicação que não era dele. Ele ficou em observação e não apresentou nenhuma reação (P3).

A medicação foi administrada no paciente errado, mas não aconteceu nada, ficamos de olho nele (P14).

O paciente... [relata consequências graves] depois que eu administrei a medicação (P8).

A medicação foi aplicada de forma incorreta. Ficou uma hiperemia diferente no local. Depois formou um abscesso (P16).

Depois que administramos a insulina na paciente, ela começou a suar muito e referir mal-estar. Quando fomos ver, ela fez hipoglicemia. Chamamos o médico, ele pediu para administrar ampola de glicose. A paciente ficou em observação e depois melhorou (P16).

As falas dos participantes do estudo refletem as consequências negativas para os pacientes que sofreram algum tipo de incidente, demonstrando a gravidade dos eventos adversos, que geram lesões ao paciente, podendo ocasionar danos irreversíveis. Os P2 e P6 referiram que os pacientes ficaram sem a medicação que havia sido prescrita.

Os erros de medicação geram sentimentos dolorosos aos profissionais envolvidos, que muitas vezes culpam-se pelo incidente, não levam em conta outros fatores que podem ter contribuído para o erro, como falta de pessoal ou sobrecarga de trabalho (NUTE, 2014).

Os erros de medicação podem causar danos temporários, danos permanentes ou óbito e por isso as falhas que podem causar danos à saúde devem ser rapidamente identificadas no processo medicamentoso. As falhas no sistema devem ser vistas como uma oportunidade de revisão dos processos (abordagem sistêmica). Principalmente as relativas à Segurança do Paciente (SOUZA et al, 2018).

As falhas sistêmicas no processo de trabalho em saúde, evidenciadas nas entrevistas, apontam para a necessidade de intervenções que promovam melhor comunicação entre as equipes e os setores. Assim, os processos devem ser investigados para entender onde estão as deficiências que fragilizam o processo de medicação, sendo indispensável o envolvimento dos profissionais envolvidos nas diferentes etapas, promovendo a Segurança do Paciente, impedindo que o erro atinja o paciente.

Quando a instituição não prioriza ações de educação permanente dos profissionais de saúde, expõe os pacientes a riscos, pois os profissionais não passam pelo processo de aprendizagem ou reciclagem, deixam de ter conhecimento de novas tecnologias e de novas técnicas (PINTO et al, 2015). A educação permanente, quando é bem estabelecida na instituição de saúde, pode melhorar o desempenho dos profissionais de enfermagem (PINTO et al, 2015) que favorece diretamente a Segurança do Paciente.

Para que haja melhora no sistema de segurança de medicação e do paciente, faz-se necessária uma mudança de cultura não apenas nas organizações, no que diz respeito ao “errar é humano” (que muitas vezes há muitas causas contribuindo para a ocorrência de um erro), mas

também nas equipes interprofissionais que estão em contato com o paciente durante o seu período de internação, além de estimular o paciente e a família nesse contexto.

Os enfermeiros estão envolvidos no processo de medicamentos, o que é essencial para promover a Segurança do Paciente. Este processo é propenso a erros e, dependendo do erro, pode causar lesões ao paciente, aumentar o tempo de permanência hospitalar e aumento dos custos hospitalares (NUTE, 2014), além dos impactos aos pacientes e familiares.

Poucos avanços têm sido feitos, no entanto, para se investigar as causas de erros usando uma abordagem sistêmica. que examine a causa raiz e fatores organizacionais que podem ter contribuído para o erro (HUYNH et al, 2017). Porém é importante que as causas que levaram ao erro sejam exaustivamente investigadas, pois somente assim, o erro não voltará a acontecer e atingir o paciente.

A categoria *Consequências para os profissionais* englobou 14 Consequências positivas, relacionadas à Supervisão em Enfermagem e à Educação Permanente em Saúde, representadas nas falas a seguir:

Depois desse problema [erro na técnica de administrar medicação], toda vez que ela [técnica de enfermagem] tinha medicação para fazer, ela me chamava e eu [enfermeira] ia com ela (P16).

A Enfermeira conversou comigo depois do erro de medicação e falou para eu prestar mais atenção (P3).

A gente [enfermeiro] chamou o técnico que fez a medicação trocada, a gente mostrou e a gente orientou (P13).

Quando eu percebi o erro de medicação, comuniquei a enfermeira e ela me orientou (P15).

As falas permitem evidenciar que, ao passo que os incidentes repercutiram negativamente aos pacientes, eles alcançaram resultados positivos para a equipe de enfermagem, fortalecendo a comunicação e supervisão e propiciando espaço para educação.

Um aspecto importante a ser apontado é que os participantes referiram sempre reportar o incidente à enfermeira, imediatamente após ao ocorrido, e esta sempre tomava as providências necessárias para mitigação de danos e acompanhamento do caso – além de orientações à equipe.

O estabelecimento de vínculo e confiança entre profissionais de nível técnico e enfermeiros é um aspecto relevante nas relações de enfermagem, que devem ser fomentadas na perspectiva da gestão, como instrumento promotor da assistência segura. De igual forma, as

relações entre as equipes de saúde devem priorizar a integralidade das ações e a comunicação efetiva, com foco na construção de uma cultura de segurança no ambiente hospitalar.

Os enfermeiros que cumprem os protocolos assistenciais e prezam pela qualidade na assistência, contribuem significativamente para os cuidados direcionados para as necessidades dos pacientes e de suas famílias (EASTER; TAMBURRI, 2018), além de promoverem um ambiente saudável de trabalho.

Segundo Chaves et al (2017), a Supervisão é uma parte integrante do processo de trabalho de enfermagem, principalmente do enfermeiro, que deve ser desenvolvida de forma coletiva entre e a equipe e com os demais profissionais de saúde. Para os autores, o enfermeiro deve possuir competência técnica, bom relacionamento com as equipes e a compreensão de outros profissionais para desenvolver a Supervisão de forma qualificada para a prática da enfermagem.

O enfermeiro deve desenvolver a habilidade e a destreza de articular o cuidado com outras categorias profissionais promovendo o cuidado centrado no paciente (SOUZA et al, 2016). Dessa maneira, este profissional deve estar atento para as oportunidades de realizar capacitação dos profissionais no próprio local de trabalho.

Corroborando com os autores, o presente estudo mostra que os Comportamentos positivos, estavam relacionados à prática da Supervisão do enfermeiro, que é uma importante ferramenta do gerenciamento de enfermagem) e da Educação Permanente em Saúde. É importante salientar que o erro pode ser visto como uma oportunidade de promoção da educação no serviço, e não somente punição os indivíduos

Da categoria *Consequências para os profissionais*, emergiu uma subcategoria denominada *Correção do erro*, que englobou aspectos relacionados ao *Near Miss*, no tocante às falhas na prescrição que foram interceptadas pela equipe de enfermagem antes da administração do medicamento. Os participantes relataram nove Consequências positivas, descritas nas falas a seguir:

O médico acabou mudando a prescrição quando eu mostrei a prescrição e ele viu o erro. Não cheguei a administrar a medicação (P1).

O médico mudou a prescrição quando viu o erro (P6).

O médico acabou mudando a prescrição quando a enfermeira mostrou o erro para ele (P5).

O médico mudou a prescrição depois que nós mostramos a prescrição para ele com o erro (P10).

O médico ajustou a prescrição quando eu mostrei a prescrição e disse que não estava entendendo nada (P11)

Quando eu fui administrar a medicação, o paciente me falou que não podia tomar aquela medicação porque era alérgico. Fui falar com o médico, ele mudou a prescrição. O médico não viu que na classificação de risco já estava a alergia (P18).

Fui falar com o médico da prescrição, ele refez a prescrição (P19).

As falas acima demonstram que todas as ocorrências tiveram desfechos semelhantes; o *near miss* foi identificado pela equipe de enfermagem e o médico trocou a prescrição.

Os participantes relatam situações em que o erro de prescrição foi identificado pela equipe de enfermagem, havendo mudança na prescrição antes que o erro incidisse no paciente. Observa-se que a enfermagem constitui-se em importante barreira para erro de medicação, pois consegue identificar e intervir nas falhas nos processos, evitando a propagação do erro.

Segundo Silva (2010), os eventos adversos advêm de múltiplos fatores e irão acontecer sempre que os processos técnicos e organizacionais forem complexos e mal planejados. Quando as instituições passam a compreender que os sistemas falham, conseguem rever seus processos e reforçar suas barreiras de defesa e as falhas latentes que estão nos ambientes de trabalho e que pode tornar o sistema suscetível ao erro.

Evidências disponíveis na literatura sugerem que, anualmente, 134 milhões de eventos adversos ocorrem no mundo devido a cuidados inseguros em hospitais, contribuindo para 2,6 milhões de mortes e um a cada dez pacientes sofre algum tipo de dano durante o atendimento hospitalar. Os erros de medicação são uma das principais causas de lesões e danos evitáveis nos sistemas de saúde global (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Para diminuir os incidentes e eventos adversos relacionados ao processo de medicação, é necessário que os hospitais invistam em educação para os profissionais que prestam assistência direta ao paciente, visto que a tecnologia avançou muito nos últimos anos.

Estudo apontou a necessidade de capacitação para os enfermeiros dentro dos setores, devido à complexidade cada vez maior dos equipamentos e técnicas e do avanço tecnológico, sendo imprescindível que a enfermagem se aprimore para realizar a assistência (RIBEIRO, 2017).

O cenário global dos cuidados de saúde está sofrendo mudanças e os sistemas de saúde trabalham com ambientes cada vez mais complexos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Dessa forma, a enfermagem tem que estar cada vez mais atualizada e prezar por uma assistência segura e de qualidade.

5.3 Identificação das estratégias para prevenção do erro de medicação

Os participantes apontaram diversas estratégias utilizadas na prevenção dos erros de medicação, especialmente quanto à adoção dos nove certos no dia a dia de trabalho – estratégia referida por 19 participantes.

Implementar a prática de verificação dos certos da terapia medicamentosa é uma estratégia para prevenção do erro de medicação. Confirmar o medicamento com a prescrição e conferir três vezes o rótulo, esclarecer dúvidas e confirmar cálculos para preparar medicação, utilizar dois identificadores para cada paciente (exemplo, nome completo e data de nascimento), são estratégias utilizadas para prevenir erro de medicação. Informações incompletas devem ser esclarecidas antes da administração do medicamento (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2011).

A consolidação e a incorporação dos nove certos da medicação no processo de trabalho em enfermagem são possíveis por meio de ações educativas e supervisão do enfermeiro, acompanhando a equipe e aproveitando as oportunidades de falhas para promover ações de educação permanente.

A prevenção do erro de medicação deve ser uma política institucional e uma tarefa diária das equipes envolvidas no processo de medicação, na busca pela Segurança do Paciente.

Outra estratégia referida pelos participantes foi ler a prescrição médica mais de uma vez e perguntar para a enfermeira ou para o médico sempre que houver dúvidas. Além de se certificar da prescrição correta, os participantes relataram que só ter preparado a medicação com a prescrição em mãos, carimbada e assinada pelo médico, evitando a realização da prescrição verbal.

Estudo mostra que ter atenção à prescrição na hora da leitura e realizar orientação da equipe antes da administração da medicação é de fundamental importância e deve ser realizada pelo enfermeiro funcionando como importante estratégia para prevenção do erro de medicação (SILVA et al, 2007).

É necessário entender que os erros de medicação têm múltiplas causas e por esse motivo, devem ser elaboradas múltiplas estratégias para a prevenção do erro, estratégias que devem ser repassadas para toda a equipe de enfermagem e não ficar de posse apenas com os gestores das unidades.

Para evitar eventos adversos, os participantes mencionaram que falam com o paciente a medicação que será administrada, para confirmar possível existência de alergia medicamentosa.

Estudo revela que muitos pacientes quando estão internados, não sabem a medicação que estão recebendo e sentem-se fragilizados, e para alguns participantes do referido estudo, no

momento da administração tinham receio se estavam tomando a medicação que deveriam (RATHERT; BRANDT; WILLIAMS, 2011).

Quando a equipe de enfermagem vai até o leito do paciente para administrar as medicações, deve informar ao paciente qual medicação será administrada, pois além deste se sentir mais seguro, possíveis equívocos poderão ser identificados.

A equipe de enfermagem deve possuir uma boa relação e uma comunicação clara e objetiva com os pacientes, com escuta qualificada sobre suas queixas, medos e dúvidas, para que eles se sintam acolhidos e seguros e tenham participação nas decisões sobre sua saúde durante a realização dos cuidados.

Outras práticas adotadas por alguns participantes é a checagem da medicação somente após a administração; anotação dos dados do paciente em um papel para conferência com o paciente quando for realizar qualquer procedimento; dupla checagem da medicação; cumprimento dos protocolos da instituição; e confirmação do quadro clínico do paciente com a indicação da prescrição.

Existem múltiplos aspectos envolvidos no erro de medicação, que precisam ser trabalhados com as equipes para a prevenção (CASSIANI, 2000). A autora cita que a formação de uma equipe interdisciplinar pode ajudar na elaboração de estratégias, assim como o envio da prescrição diretamente para a farmácia, revisão da prescrição por um farmacêutico, utilização de sistema de prescrição eletrônica, e ressalta a importância da “parceria” com os médicos para que eles prescrevam de forma clara e de fácil entendimento (CASSIANI, 2000).

As instituições de saúde, por sua vez, devem criar protocolos e diretrizes clínicas e assegurar seu cumprimento por todos o corpo profissional, como uma importante estratégia na prevenção de erros (BRASIL, 2017b).

Embora melhorias tenham sido implantadas nas instituições hospitalares com vistas à prevenção de eventos adversos, ainda existe uma deficiência de estratégias para prevenção de erros de medicação principalmente na etapa de administração, visto que é a última barreira existente no processo medicamentoso (VOLPATTO et al, 2017).

Observou-se, neste estudo, uma fragilidade na equipe de enfermagem, pois muitos participantes referiram estar sobrecarregados no dia a dia de trabalho, trabalhar sob pressão e alta demanda de pacientes. Entende-se com isso, que muitas barreiras para prevenir o erro de medicação não são adotadas durante a assistência, principalmente nos momentos mais críticos.

Um estudo internacional sugere a implementação de novas estratégias pelos serviços de saúde com o objetivo de diminuir a possibilidade de erros, como envolvimento do paciente em seus cuidados, inclusive ficando com seus medicamentos, mesmo no hospital. Para os autores,

o desafio é identificar maneiras como isso pode ser dinamizado com o paciente, pois as medicações que ele está fazendo uso podem mudar ao longo do período da internação e a forma como esse processo deve ser atualizado consiste em um grande desafio desta abordagem (MCLEOD; BARBER; FRANKLIN, 2015).

Para o contexto brasileiro atual, seria um grande desafio a incorporação da estratégia do paciente ficar responsável por seus medicamentos no hospital. Diversas variáveis devem ser consideradas para isso, como a definição de quais os tipos de medicamentos seriam disponibilizados para permanecer com o paciente, o perfil do paciente (pacientes idosos, psiquiátricos e crianças) e tipo de acomodação que o paciente se encontra.

Estudo internacional aponta para estratégias a serem desenvolvidas nas instituições com o objetivo de diminuir a possibilidade de erros de medicação, como o uso da tecnologia para medicação, com sistemas automatizados utilizando código de barras; educação e capacitação das equipes de enfermagem, padronização das práticas de administração de medicação seguindo os certos da medicação; dupla checagem da medicação; uso de protocolos para administrar medicação; ambiente de trabalho adequado; realizar a notificação do erro sempre que ocorrer; não trabalhar com ações punitivas; e a capacitação das enfermeiras na resolução de problemas (YOUSEF; YOUSEF, 2017).

Algumas estratégias referidas pelos autores, não necessitam de investimento financeiro, como a padronização das práticas para administração de medicação seguindo os nove certos da medicação, dupla checagem da medicação, uso de protocolos para administrar medicação, realização de notificação de eventos adversos e não trabalhar com ações punitivas (trabalhar com a abordagem sistêmica). Estas são ações de rápida implementação abaixo ou nenhum custo, desde que haja uma cultura de segurança estabelecida na instituição de saúde.

O relatório de Segurança do Paciente para 2030 aponta que os erros podem e vão acontecer, mas é necessária uma estruturação dos sistemas de saúde para minimizar a incidência e o impacto dos erros (THE LANCET, 2016). As melhorias na Segurança do Paciente só podem ser instituídas quando a cultura de segurança evolui de uma cultura de culpa para uma cultura de se aprender com os erros e, para isso, é preciso ter foco direto no paciente (THE LANCET, 2016).

São necessárias, ainda, diversas ações para a efetivação as estratégias para a Segurança do Paciente nas instituições, como por exemplo, a cultura de segurança e capacitação da equipe, pressupondo o comprometimento das equipes para as práticas de segurança (REIS et al, 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou caracterizar os aspectos que contribuem e dificultam a prevenção do erro de medicação em ambiente hospitalar, na perspectiva da enfermagem, por meio da identificação de Situações, Comportamentos e Consequências envolvidos neste processo assistencial

Foram identificadas 35 Situações, sendo 10 positivas e 25 negativas, envolvendo 72 Comportamentos, 37 positivos e 35 negativos, que abrangeram 35 Consequências, 14 positivas e 21 negativas.

Nas Situações, as referências negativas apontaram que a inconsistência nas prescrições, assim como o descumprimento dos nove certos da medicação favoreceram a ocorrência do erro de medicação. As referências positivas indicaram que a equipe de enfermagem, ao identificar precocemente a possibilidade de erro, conseguiu impedir que o erro atingisse o paciente.

Nas referências positivas dos Comportamentos, a comunicação e orientação se destacaram como grande potencializadores para prevenção do erro de medicação, enquanto as referências negativas apontaram que a falta de atenção e a pressa para realizar a administração de medicação resultaram no erro.

As Consequências negativas para os pacientes foram incidentes que causaram danos temporários ou permanentes. As Consequências positivas para os profissionais fortaleceram a comunicação e supervisão, favorecendo a educação na equipe de enfermagem. Desta categoria, emergiu uma subcategoria relacionada a correção do erro que foi identificado pela equipe de enfermagem, não atingindo o paciente.

Como fatores que contribuem para a prevenção do erro de medicação, foram relatados: (i) notificação do incidente à enfermeira; (ii) não administrar a medicação em caso de dúvidas; (iii) aplicar os nove certos da medicação; (iv) comunicação efetiva entre as equipes assistenciais; (v) trabalho interprofissional; (vi) utilização da prescrição eletrônica; (vii) estudo do erro como forma de prevenção de recidivas; (viii) planejamento do cuidado; (ix) orientação dos enfermeiros; (x) capacitação.

Como aspectos que dificultam a prevenção do erro de medicação em ambiente hospitalar, foram apontados: (i) inconsistências na prescrição medicamentosa; (ii) falta de atenção e pressa dos profissionais envolvidos no processo de medicação; (iii) quantitativo inadequado de pessoal que, por sua vez, gera sobrecarga de trabalho, intensificação do ritmo de trabalho e adoecimento do profissional; (iv) não observância dos nove certos da medicação (paciente certo, medicamento certo, via certa, horas certa, dose certa, registro certo da

medicação, orientação correta, forma certa e resposta certa), (v) problemas na comunicação, (vi) pacientes homônimos na mesma enfermaria, (vii) falta de capacitação, (viii) prescrição verbal, (ix) caligrafia do prescritor, (x) orientação ineficaz.

Este estudo também apresentou algumas estratégias para prevenção de erros de medicação em ambiente hospitalar, apontadas pelos próprios participantes do estudo, como:

- a) a utilização dos nove certos da medicação no dia a dia de trabalho;
- b) ler a prescrição médica mais de uma vez;
- c) perguntar sempre que houver dúvidas sobre a prescrição;
- d) preparar a medicação com a prescrição em mãos, assinada e carimbada pelo médico, evitando a prescrição verbal;
- e) informar ao paciente a medicação que será administrada;
- f) só realizar a checagem da medicação após a administração;
- g) dupla checagem da medicação;
- h) cumprir com os protocolos da instituição;
- i) confirmar o quadro clínico do paciente com a indicação da prescrição.

Os dados permitiram evidenciar que a enfermagem constitui-se em importante barreira para a prevenção do erro de medicação nas diversas fases do processo, devendo estar capacitada para identificar, prematuramente, incidentes que podem gerar danos ao paciente, a fim de evitá-los. Para tanto, é primordial que estes profissionais trabalhem em ambiente seguro, com quantitativo e qualitativo de pessoal adequados, bem como condições de trabalho protetoras – condições que devem ser asseguradas pela instituição de saúde.

Outro ponto relevante, emergido nas falas, refere-se à comunicação na equipe de enfermagem e entre as equipes interprofissionais, uma barreira que contribui com a prevenção dos erros de medicação, que deve ser cuidada na perspectiva da gestão organizacional.

O enfermeiro deve realizar a Supervisão de enfermagem de forma qualificada com apoio de equipes interprofissionais colocando a paciente no centro do cuidado.

Perante a existência do erro, as instituições devem tratá-las sempre com uma abordagem sistêmica, buscando as fragilidades nos processos e não nas pessoas. A educação permanente em saúde dentro dos hospitais deve ser atuante, principalmente nos setores assistenciais, com o objetivo de contribuir para a qualidade da assistência prestada, assumindo-se que a prevenção do dano só ocorre quando eliminamos o erro.

Ao longo do estudo, a pesquisadora identificou algumas facilidade e dificuldades para realizar a pesquisa utilizando a TIC. Como facilidade, destaca-se a condução da entrevista que,

por ser aberta, permitiu a condução de maneira a estimular o relato dos Incidentes Críticos pelos participantes. Outro ponto que ajudou na fase da coleta de dados foi a sensibilização previamente realizada com a equipe de enfermagem uma semana antes de iniciar a coleta, explicando como seria a coleta de dados, o tempo aproximado para coleta e a importância dos participantes. Desta forma, todos aceitaram participar da pesquisa, referiram estratégias, responderam a todas as perguntas da entrevista. A dificuldade encontrada na utilização da TIC refere-se à quantidade de dados obtidos para análise.

Os resultados deste estudo podem subsidiar a implementação de estratégias para melhorias na Segurança do Paciente em ambiente hospitalar, pois resultam de vivências e experiências dos próprios sujeitos envolvidos no processo de medicação. Ainda, podem fomentar o desenvolvimento de outros estudos de intervenção, que analisem os impactos das diferentes estratégias na promoção de um ambiente assistencial seguro.

São limitação desta pesquisa: ter sido realizada apenas com profissionais da enfermagem e em uma única instituição hospitalar. Sugere-se que futuros estudos envolvam diferentes categorias profissionais envolvidas no processo de medicação, em diferentes contextos hospitalares, buscando alcançar realidades e percepções diversas.

7 REFERÊNCIAS

- ADAMS, S. T.; VINCENT, C. Systems Analysis of clinical Incidents The London Protocol. **Clinical Risk**, Reino Unido, v. 10, p. 211-220, 2004. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1258/1356262042368255?journalCode=crib>. Acesso em: abr. 2018.
- ADAMY, E. K. *et al.* Tecendo a educação permanente em saúde no context hospitalar: relato de experiência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. 2018. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1924>. Acesso em: 02 fev. 2019.
- ALSULAMI, Z.; CONROY, S.; CHOONARA, I. Double checking the administration of medicines: what is the evidence? A systematic review. **Arch Dis Child**, v. 97, n. 9, p. 833-837, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22550322>. Acesso em: 22 nov. 2018.
- ARRUDA, L. S.; MOREIRA, C. O. F. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. **Interface**. v. 22, n. 64, p. 199-210, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160613.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2019.
- BELELA, A. S. C.; PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A. S. Erros de medicação em pediatria. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 563-569, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300022. Acesso em: 20 nov. 2018.
- BOHOMOL, E.; RAMOS, L. H. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 16, p. 32-36, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a06v60n1.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde – CNS. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 05 dez. 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 529/2013. **Programa Nacional de Segurança do Paciente**. 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em 14 Mar. 2018.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC N°. 36**, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc003625072013.pdf>. Acesso em: 14 out. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. 2013c. [online]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Disponível

em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>. Acesso em: 22 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 01/2015**, 2015. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-gvims-gtes-anvisa-n-01-2015>. Acesso em: 20 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde – CNS. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assist%C3%A0ncia+Segura+-+Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>. Acesso em: 05 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Relatórios de Eventos adversos notificados à ANVISA no período de Jan 2014 a Dez 2018**. Brasília: 2018. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados>. Acesso em: 07 Fev. 2019.

BRITO, A. P.; GUIRARDELLO, E. B. Nível de complexidade assistencial dos pacientes em uma unidade de internação. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 65, n. 1, p. 92-96, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/13.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2019.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. S. Processo de comunicação na equipe de enfermagem: fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Esc Anna Nery**, v.19, n.3, p. 467-474, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0467.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2018.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. S. A comunicação da equipe de enfermagem de uma enfermaria de clínica médica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 71, n. 3, p. 1012-1019, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n3/pt_0034-7167-reben-71-03-0951.pdf. Acesso em: 29 jan. 2019.

CABILAN, C. J; HUGHES, J. A; SHANNON, C. The use of a contextual, modal and psychological classification of medication errors in the emergency department: a retrospective descriptive study. **J Clin Nurs.**, v. 26, n. 23, p. 4335-4343, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28207996>. Acesso em: 04 jan. 2018.

CALDANA, G. *et al.* Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 906-911, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00906.pdf. Acesso em: 21 nov. 2017.

CAMERINI, F. G.; SILVA, L. D. Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 41-49, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100005. Acesso em: 16 nov. 2017.

CAPUCHO, H. C. Near miss: quase erro ou potencial evento adverso? [Carta ao editor]. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 5, [02 telas], 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_27.pdf. Acesso em: 30 jan. 2019.

CARVALHO, R. E. F. L. *et al.* Prevalência de interações medicamentosas em unidades de terapia intensiva no Brasil. **Acta paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 150-157, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200008. Acesso em: 18 set. 2018.

CARVALHO, D. P. *et al.* Cargas de trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem: Revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 01-11, 2017. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2017/03/46569-194206-2-PB.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2018.

CASSIANI, S. H. B. Erros na medicação: estratégias de prevenção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 3, p. 424-430, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v53n3/v53n3a10.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2018.

CHAVES, L. D. P. Supervisão de enfermagem para a integralidade do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 1165 – 1170, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7167-reben-70-05-1106.pdf. Acesso em: 11 abr. 2019.

CHO, E. *et al.* The Relationships of Nurse Staffing Level and Work Environment With Patient Adverse Events. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 48, n. 1, p. 74–82, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26642177>. Acesso em: 15 out. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei nº7.498, de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/node/35326>. Acesso em: 15 dez. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 487/2015**. Dispõe sobre a proibição de profissionais de enfermagem cumprir prescrição médica a distância ou fora de validade. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-4872015_33939.html. Acesso em: 15 ago. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 543/2017**. Padrões para o Dimensionamento de Profissionais de Enfermagem. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html. Acesso em: 08 jan. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Erros de Medicação**. Definições e Estratégias de Prevenção. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP – Polo São Paulo. São Paulo. 2011.

CORREA, C. R. P.; CARDOSO JÚNIOR, M. M. C. Análise e classificação dos fatores humanos nos acidentes industriais. **Produção**, v.17, n.1, p. 186-198, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prod/v17n1/12.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2018.

DELA COLETA, J. A., DELA COLETA, M. F. **A técnica dos incidents críticos: 30 anos de utilização no Brasil na Psicologia, Administração, Saúde e Educação**. Taubaté: Cabral Editora e livraria universitária. 2004. 130p.

DIAS, J. D. *et al.* Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 18, n. 4, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/969>. Acesso em: 15 jan. 2019.

DUARTE, S. C. M. *et al.* O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 23, n. 6, p. 1074-1081, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01074.pdf. Acesso em 29 jan. 2019.

EASTER, K.; TAMBURRI, L. M. Understanding Patient Safety and Quality Outcome Data. **Critical Care Nurse**, v. 38, n. 6, p. 58–66, 2018. Disponível em: <http://ccn.aacnjournals.org/content/38/6/58.full>. Acesso em: 09 jan. 2019.

ELLIOTT M, LIU Y. The nine rights of medication administration: an overview. **Br J Nurse**. v. 19, n. 5, p. 300-305, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20335899>. Acesso em: 17 jul. 2018.

FELDMAN, L. B. **Gestão de riscos e segurança hospitalar: Prevenção de danos ao Paciente, Notificação, Auditoria de Risco, Aplicabilidade de Ferramentas, Monitoramento**. 2.ed. São Paulo: Martinari. 2009. 391p.

FLANAGAN, J. C. A. A técnica do incidente crítico. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 99-141, 1973. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/viewFile/16975/15786>. Acesso em: 13 fev. 2017.

FORTE, E. C. N.; MACHADO, F. L.; PIRES, D. E. P. A relação da enfermagem com os erros de medicação: uma revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. esp., p. 01–10, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43324/pdf>. Acesso em: 15 set. 2018.

FRANÇOLIN, L. *et al.* Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 49, n. 2, p. 277-283, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0277.pdf. Acesso em: 3 fev. 2019.

GORGICH, E. A. C. *et al.* Investigating the Causes of Medication Errors and Strategies to Prevention of Them from Nurses and Nursing Student Viewpoint. **Global Journal of Health Science**, v. 8, n. 8, p. 220-227, 2016. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5016359>. Acesso em: 28 dez. 2018.

HUYNH, C. *et al.* Paediatric Patient Safety and the Need for Aviation Black Box Thinking to Learn From and Prevent Medication Errors. **Paediatr Drugs**, v. 19, n. 2, p. 99-105, 2017.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28185075>. Acesso em: 19 nov. 2018.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Preventing medication erros**. Washington, DC: The National Academics Press, 2007. 464 p.

JHA, A. K. *et al.* The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. **BMJ Qual Saf.**, v. 22, n. 10, p. 809–815, 2013. Disponível em:

<https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/early/2013/08/29/bmjqs-2012-001748.full.pdf>.

Acesso em: 17 set. 2017.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Identificação do paciente**. Soluções de Segurança do Paciente. v.1, 2007. Disponível em:

[https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Identificacao_do_Paciente_Solu%C3%A7%C3%B5es%20de%20Seguran%C3%A7a\(1\).pdf](https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Identificacao_do_Paciente_Solu%C3%A7%C3%B5es%20de%20Seguran%C3%A7a(1).pdf). Acesso em: 31 jan. 2019.

KARAM, M. A.; FERREIRA, R. A.; SOUZA, D. G. Segurança do Paciente: o enfermeiro diante do aprazamento das prescrições. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**. V. 8, n. 2, 2014. Disponível em:

<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/2396/1180>. Acesso em 12 Jan. 2019.

KEERS, R. N. *et al.* What causes medication errors in a mental health hospital? A qualitative study with nursing staff. **Plos One**. V. 13, n. 10, 2018. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6203370/>. Acesso em: 06 fev. 2019.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To Err is Human**. Washington: National Academy Press, 2000. 312 p.

KOPP, B. J. *et al.* Medication errors and adverse drug events in an intensive care unit: direct observation approach for detection. **Critical Care Medicine**, New York, v. 34, p. 415-425, 2006. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16424723>. Acesso em: 17 jul. 2018.

KOUMPAGIOTI, D. *et al.* Evaluation of the medication process in pediatric patients: a meta-analysis. **J Pediatr.**, v. 90, n. 4, p. 344-355, 2014. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755714000540?via%3Dihub>. Acesso em: 13 nov. 2017.

LEMONS, N. R. F.; SILVA, V. R.; MARTINEZ, M. R. Fatores que predisõem à distração da equipe de enfermagem durante o preparo e a administração de medicamentos. **Revista mineira de enfermagem**, Minas Gerais, v. 16, n. 2, p. 201-207, 2012. Disponível em:

<https://www.reme.org.br/exportar-pdf/520/v16n2a08.pdf>. Acesso em: 15 set. 2018.

LIMA, E. C. *et al.* Incidentes críticos relacionados à liderança do enfermeiro em Centros de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 70, n. 5, p. 1071-1079, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7167-reben-70-05-1018.pdf. Acesso em: 03 fev. 2019.

MAGALHÃES, A. M. M. *et al.* Processos de medicação, carga de trabalho e a segurança do paciente em unidades de internação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 49, p. 43-50, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v49nspe/1980-220X-reusp-49-spe-0043.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2019.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 57, n. 5, p. 605-610, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a18v57n5.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2019.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; ALVES, M. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 66, n. 1, p. 46-51, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a07.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2019.

MARCHITTO, M. El error humano y la gestión de seguridad: la perspectiva sistémica en las obras de James Reason. **Laboreal**, v. 2, n. 2, p. 56-64, 2011. Disponível em: <http://laboreal.up.pt/es/articles/o-erro-humano-e-a-gestao-da-seguranca-uma-perspectiva-sistemica-na-obra-de-james-reason/>. Acesso em: 24 nov. 2018.

MARZIALE, M. H. P. *et al.* Atribuições e funções dos enfermeiros do trabalho no Brasil e nos Estados Unidos. **Rev Latino-am. Enfermagem**, v. 18, n. 2, 9 telas, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_07.pdf. Acesso em: 15 dez. 2018.

MAYA, C. M.; SIMÕES, A. L. A. Implicações do dimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho das competências do profissional enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem** v. 64, n. 5, p. 898-904, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a15v64n5.pdf>. Acesso em 01 fev. 2019.

MCLEOD, M; BARBER, N.; FRANKLIN, B. D. Facilitators and Barriers to Safe Medication to Hospital Inpatients: A Mixed Methods Study of Nurses' Medication Administration Processes and Systems (the MAPS Study). **Journal pone**, June, v.10, n. 6, p. 1-20, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4476704/>. Acesso em: 20 nov. 2018.

MEDEIROS, E. A. G.; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, I. T. S. B. O papel do enfermeiro e as recomendações para a promoção da saúde da criança nas publicações da enfermagem brasileira. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 468-473, 2013, Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/663>. Acesso em: 15 nov. 2018.

NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION. **Taxonomy of medication errors**. 2001. Disponível em: <http://www.nccmerp.org/>. Acesso em: 17 mar. 2018.

NIEVA, V.F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality and Safety in Health Care**, v.12, p. 17-23, 2003. Disponível em: https://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17. Acesso em: 15 mar. 2018.

NUCKOLS, T. K. *et al.* The effectiveness of computerized order entry at reducing preventable adverse drug events and medication errors in hospital settings: a systematic review and meta-analysis. **Syst Rev.**, v. 3, n. 56, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4096499/>. Acesso em: 06 jan. 2019.

NUTE, C. Reducing Medication erros. **Art & science medicines management**, v. 19, n. 12, p. 45-51, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25408048>. Acesso em: 28 dez. 2018.

OPITZ, S. P. **Sistema de medicação**: análises dos erros nos processos de preparo e administração de medicamentos em um hospital de ensino. 2006. 190 p. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

PINTO, J. R. *et al.* Educação permanente: reflexão na prática da enfermagem hospitalar. **Tempus, actas de Saúde Coletiva**. v. 9, n. 1, p. 155-165, 2015. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1699/1409>. Acesso em: 2 fev. 2019.

RATHERT, C.; BRANDT, J.; WILLIAMS, E. S. Putting the “patient” in patient safety: a qualitative study of consumer experiences. **Blackwell publishing Health expectations**. V. 15, p. 327-336, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21624026>. Acesso em: 07 fev. 2019.

REASON, James. Human error: models and management. **BMJ**, Manchester, v. 320, p.768-770, 2000. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/320/7237/768>. Acesso em: 22 out. 2017.

REIS, C. T; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência. & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2029 - 2036, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700018. Acesso em: 22 out. 2017

REIS, G. A. X. *et al.* Implantação da estratégias de Segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 26, n. 2, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e00340016.pdf. Acesso em: 04 fev. 2019.

RIBEIRO, M. B. Educação permanente no treinamento do enfermeiro de Centro Cirúrgico. **Revista Sobecc**, v. 22, n. 2, p. 98–105, 2017. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/173/pdf>. Acesso em: 7 jan. 2019.

RODRIGUES, C. C. F. M.; SANTOS, V. E. P.; SOUSA, P. Segurança do paciente e enfermagem: interface com estresse e Síndrome de Burnout. **Revista Brasileira de**

- Enfermagem**. v. 70, n. 5, p. 1141-1147, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7167-reben-70-05-1083.pdf. Acesso em: 3 fev. 2019.
- SCHEIN, E. H. **Organizational culture and leadership**. 3rd ed. New York: Wiley, 2004. 289 p.
- SHAPPELL, S. A.; WEIGMAN, D. A. The Human Factors Analysis and Classification System. Washington, p. 1-15, 2000. Disponível em: https://www.nifc.gov/fireInfo/fireInfo_documents/humanfactors_classAnly.pdf. Acesso em: 27 ago. 2018.
- SILVA, A. E. B. C.; CASSIANI, S. H. B. Erros de medicação em hospital universitário: tipo, causas, sugestões e providências. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 57, n. 6, p. 671-67, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a07.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2019.
- SILVA, B. K. *et al.* Erros de medicação: condutas e propostas de prevenção na perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 9, n. 3, p. 712-723, 2007. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/pdf/v9n3a11.pdf>. Acesso em 07 fev. 2019.
- SILVA, A. E. B. C. Segurança do Paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 12, n. 3, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a01.htm>. Acesso em 29 jan. 2019.
- SILVA, R. N. S. *et al.* Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem. **Revista Saúde em Foco**. v. 2, n. 2, p. 94-106, 2015. Disponível em: www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/download/896/868. Acesso em: 01 jan. 2019.
- SIQUEIRA, C. L. *et al.* Gerenciamento de risco: percepção de enfermeiros em dois hospitais do sul de Minas Gerais, Brasil. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 19, n. 4, 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1050>. Acesso em 25 jan. 2019.
- SOUZA, G. C. *et al.* Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional? **Rev Esc Enferm USP**. v. 50, n. 4, p. 642-649, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reusp/v50n4/pt_0080-6234-reusp-50-04-0642.pdf. Acesso em 20 mar. 2019.
- SOUZA, V. S. *et al.* Erros de enfermagem no processo de medicação: análise de mídia eletrônica televisiva. **Escola Anna Nery**. v. 22, n. 2, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n2/pt_1414-8145-ean-22-02-e20170306.pdf. Acesso em: 5 fev. 2019.
- SOUZA NETO, V. L. *et al.* Proposta de plano de cuidados de enfermagem para pessoas internadas com Aids. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 51, 2017. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reusp/article/view/129791/126387>. Acesso em 04 fev. 2019.

THE LANCET. Patient safety is not a luxury. v. 387, march, 2016. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2816%2930003-4>. Acesso em: 05 fev. 2019.

VASCONCELOS, R. O. *et al.* Dimensionamento de pessoal de enfermagem hospitalar: estudo com parâmetros oficiais brasileiros de 2004 e 2017. **Esc Anna Nery**, v. 2, n. 4, p. 1 – 8, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0098.pdf. Acesso em: 11 jan. 2019.

VOLPATTO, B. M. *et al.* Erros de medicação em pediatria e estratégias de prevenção: Revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 1. e45132, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45132/pdf>. Acesso em: 15 dez. 2018.

VOLPE, C. R. G. *et al.* Medication errors in a public hospital in Brazil. **British Journal of Nursing**, v. 23, n. 11, p. 553 – 559, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24933543>. Acesso em: 15 ago. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009a. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icpsfullreport.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety**. 2009b. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/>. Acesso em: 21 mar. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Global Patient Safety Challenge**. Medication Without Harm. 2017a. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>. Acesso em: 21 mar. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medication Without Harm**: WHO's Third Global Patient Safety Challenge. 2017b. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en>. Acesso em: 20 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety**. Global action on patient safety. 2018. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_29-en.pdf. Acesso em: 12 jan. 2018.

YOUSEF, N.; YOUSEF, F. Using total quality management approach to improve patient safety by preventing medication error incidences. **BMC Health Serv Res**, v. 17, n. 1, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28870178>. Acesso em: 22 dez. 2018.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resoluções 466/2012 e 510/2016 do CNS)

ESTRATÉGIAS PARA A PREVENÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO EM AMBIENTE HOSPITALAR

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Estratégias para a prevenção de erros de medicação em ambiente hospitalar”.

O objetivo deste estudo é identificar estratégias para prevenção de erros de medicação em ambiente hospitalar. O(a) senhor(a) foi selecionado(a) por trabalhar no hospital escolhido para pesquisa e ser trabalhador de enfermagem. Sua participação é voluntária e o(a) senhor(a) tem liberdade para retirar, a qualquer momento, o consentimento de participação. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Em nenhum momento o(a) senhor(a) sofrerá qualquer tipo de discriminação e será respeitado (a) quanto aos seus valores culturais, sociais, morais e religiosos, bem como seus hábitos e costumes.

A coleta de dados será realizada por meio de uma entrevista individual em local privativo, com duração máxima de 20 minutos. As entrevistas serão gravadas e, posteriormente, serão transcritas na íntegra para análise. Após a transcrição integral das falas, a fita com a gravação será destruída e os arquivos da transcrição serão guardados por cinco anos, em documento eletrônico protegido por senha individual e intransferível do pesquisador.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento haverá divulgação do seu nome ou de quaisquer informações que permitam a identificação de pessoas ou locais de trabalho. A instituição ao qual o(a) senhor(a) pertence não terá acesso aos dados coletados, sendo garantido o sigilo e confidencialidade das informações.

Este estudo oferece como benefício direto a devolutiva das estratégias para prevenção de erros de medicação identificadas, que terá caráter educativo. Tais resultados também serão publicizados com demais trabalhadores de enfermagem e chefias / supervisores, contribuindo indiretamente para promoção da segurança do paciente.

Por abordar situações relacionadas à vivência ou observação de erros de medicação, este estudo pode apresentar potenciais riscos emocionais, como sensações de tristeza e/ou

sentimentos desagradáveis. Nestes casos, o(a) senhor(a) será orientado(a) quanto a liberdade para a interrupção da entrevista e/ou quanto a retirada do consentimento de participação na pesquisa. Caso deseje, o(a) senhor(a) poderá ser encaminhado a um serviço de apoio psicológico / emocional do município, como o Centro de Atenção Psicossocial, que atende por demanda, para fazer acompanhamento.

Durante todo o processo será assegurado o anonimato de sua participação e a confidencialidade das informações compartilhadas, uma vez que somente a pesquisadora terá acesso ao material gravado para transcrição das falas. Em nenhum momento haverá compartilhamento as informações coletadas com a instituição, somente dos resultados finais consolidados, sem identificação de participantes ou quaisquer informações sigilosas. Tais medidas visam evitar ou minimizar situações que coloquem em risco sua integridade ética, administrativa e jurídica de participante e pesquisador.

O(a) senhor(a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo e não haverá acúmulo em banco de horas. Entretanto, todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. O(a) senhor(a) terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Em nenhum momento essa pesquisa causará qualquer tipo de prejuízo ao(a) senhor(a). O(a) senhor(a) receberá assistência, caso haja eventuais danos materiais e imateriais decorrentes de sua participação na pesquisa. Após a entrevista, o(a) senhor(a) poderá decidir quais informações que forneceu poderão ser utilizadas na pesquisa e tratadas de forma pública. O relatório final deste estudo será publicado e compartilhado com o público em geral sem a identificação de falas individuais e de nomes, mas somente contendo as estratégias para prevenção de erros de medicação identificadas.

Este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento sobre as estratégias utilizadas para prevenção de erros de medicação em ambiente hospitalar.

O(a) senhor(a) terá acesso ao resultado da pesquisa, por meio de uma devolutiva que a pesquisadora se compromete a fornecer no final da pesquisa. Poderão participar desta devolutiva outros trabalhadores de enfermagem de sua instituição, bem como chefias e supervisores.

O(a) senhor(a) receberá uma via deste termo assinada pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa. O(a) senhor(a) poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Debora Bessa Miei

Aluna de Mestrado

Telefone: (16) 98838-8268

E-mail: deborabessa@yahoo.com.br

Endereço: Universidade Federal de São Carlos - Departamento de Enfermagem

Rodovia Washington Luís, Km 235, caixa postal 676. São Carlos – SP. Cep 13565-905

Profa. Dra. Vivian Aline Mininel

Orientadora

(16) 3351-8334

vivian.aline@ufscar.br

São Carlos, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Debora Bessa Miei

Apêndice B - Roteiro de entrevista

Entrevista nº:

Data da entrevista:

Data de nascimento: _____

Sexo: () feminino () masculino () não declarado / informado

Categoria profissional: () enfermeiro () técnico de enfermagem

Tempo de exercício profissional: _____ (anos) No setor: _____ (anos)

Pense em situações vivenciadas em seu dia a dia de trabalho. Tente lembrar de uma situação em que você vivenciou ou observou um erro de medicação durante o seu plantão. [fazer uma pausa, dando tempo à reflexão]. Em relação à esta lembrança:

1. Relate situações vivenciadas ou observadas por você que favorecem a prevenção de erro de medicação. Como as pessoas se comportaram nestas situações e quais foram as consequências?
2. Relate situações vivenciadas ou observadas por você que dificultam a prevenção de erro de medicação. Como as pessoas se comportaram nestas situações e quais foram as consequências?
3. Quais estratégias você acredita que podem ser adotadas para prevenir erros de medicação?
4. Você gostaria de acrescentar alguma informação?

Muito obrigada!

ANEXO

Anexo I - Comprovante de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



DECLARAÇÃO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégias para prevenção de erros de medicação em ambiente hospitalar.

Pesquisador: Debora Bessa Mieiro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 90748918.2.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Número do Parecer: 2.867.858

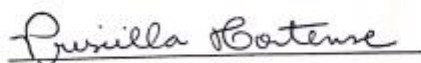
Apresentação do projeto:

Os erros de medicação constituem uma séria ameaça à saúde dos indivíduos, representando um grande desafio aos profissionais e instituições de saúde. Reconhecer aspectos que colaboram com a prevenção de tais erros, no sentido de assegurar uma assistência segura e livre de danos a paciente é primordial, especialmente aos serviços hospitalares. Dada à relevância desta temática, o presente estudo tem como Objetivo geral: Identificar estratégias para prevenção de erros de medicação em ambiente hospitalar e Objetivos específicos: Identificar aspectos que contribuem para a prevenção de erros de medicação em ambiente hospitalar; Identificar aspectos que dificultam a prevenção de erros de medicação em ambiente hospitalar. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, com abordagem qualitativa de dados, a ser desenvolvida com enfermeiros e técnicos de enfermagem de um hospital universitário localizado no interior do Estado de São Paulo. A coleta e análise dos dados serão norteadas pela Técnica do Incidente Crítico (TIC), que consiste em uma estratégia de análise do comportamento humano como subsídio para resolução de problemas práticos. A coleta

de dados será realizada por meio de entrevistas individuais, guiadas por roteiro semiestruturado de questões, e a análise obedecerá às etapas propostas na TIC. Vislumbra-se, com os resultados desta investigação, identificar estratégias para prevenção de erros de medicação em ambiente hospitalar e, a partir disso, sugerir ações de intervenção neste sentido.

Declaro para os devidos fins que o Projeto acima identificado teve seu Parecer de Aprovação pelo CEP/UFSCar em 02 de Setembro de 2018.

São Carlos, 16 de abril de 2019



Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-005
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)351-0683	E-mail: cephumanos@ufscar.br