



CEPPE

Centro de Pós-Graduação e Pesquisa
MESTRADO EM ENFERMAGEM

CREMILDA MARIA CORRÊA

**A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE FATORES
QUE PODEM INFLUENCIAR A OCORRÊNCIA DE ERROS NA
MEDICAÇÃO**

Guarulhos

2014

CREMILDA MARIA CORRÊA

**A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE FATORES
QUE PODEM INFLUENCIAR A OCORRÊNCIA DE ERROS NA
MEDICAÇÃO**

Dissertação apresentada ao programa de
Mestrado em Enfermagem da Universidade
Guarulhos para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem.

Orientadora : Prof^a Dra. Monica Martins Trovo

Guarulhos

2014

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas Fernando Gay da Fonseca

C824p

Corrêa, Cremilda Maria

Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores que podem influenciar a ocorrência de erros de medicação / Cremilda Maria Corrêa. -- 2014.

91 f.; 31 cm.

Orientadora: Prof^a. Dra. Monica Martins Trovo

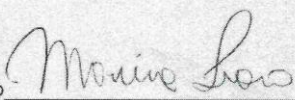
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Pós Graduação, Pesquisa e Extensão, Universidade Guarulhos, Guarulhos, SP, 2014.

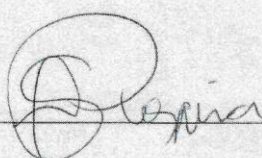
1. Segurança do paciente 2. Erros de medicação 3. Enfermagem I. Título II. Trovo, Monica Martins, (Orientadora). III. Universidade Guarulhos

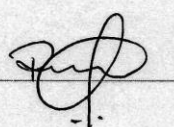
CDD. 610.73



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, intitulada "A percepção da equipe de enfermagem sobre fatores que podem influenciar a ocorrência de erro de medicação", em sessão pública realizada em 27 de Novembro de 2014, considerou a candidata Cremilda Maria Corrêa aprovada.

1. Profa. Dra. Monica Martins Trovo 

2. Profa. Dra. Ana Cláudia Giesbretch Puggina Rosa 

3. Profa. Dra. Rosiani de Cássia Boamorte Ribeiro de Castro 

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua produção total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

DEDICATÓRIA

Á minha mãe, mulher guerreira e sábia que sempre soube me incentivar e estimular em qualquer situação com a palavra certa, independente da situação.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, força maior em minha vida, sempre me ajudando a vencer os desafios e obstáculos que a vida nos apresenta.

Às minhas irmãs, parceiras de vida pela paciência que tiveram comigo durante esse meu caminhar.

Aos meus sobrinhos, jovens da geração Y, pela tolerância com as minhas dificuldades tecnológicas e ajuda nas soluções desses problemas.

Em especial à minha orientadora, Prof^a Dra. Monica M. Trovo, por aceitar me herdar num momento tão difícil da minha vida e que com tanta sabedoria, competência, simplicidade e carinho, soube conduzir a orientação com respeito, num ambiente harmonioso, sempre me incentivando com palavras de estímulo: “*calma você vai conseguir*”. A você, prof^a Monica, meu eterno agradecimento e gratidão por tudo que pude aprender.

Aos doutores da banca examinadora, por dispensarem seu tempo e experiência fornecendo sugestões e reflexões, possibilitando meu amadurecimento acadêmico. Suas contribuições foram muito valiosas.

À Prof^a Dra. Luciane Lucio Pereira, por ter me orientado no início do mestrado, com uma visão educadora, ética e sistêmica. Por tudo isso, obrigada.

A todas as professoras do Programa de Pós Graduação de Mestrado em Enfermagem, pelo conhecimento compartilhado no decorrer de minha formação como pesquisadora, cada uma delas contribuindo com uma parcela do meu aprendizado, sempre me mostrando como ser um profissional reflexivo, ético e dedicado.

A minha turma de mestrado, tão espontânea e companheira, que com alegria, criatividade e competência soube fazer dos momentos de aula maravilhosos encontros de crescimento profissional e humano. E, em especial, às minhas amigas

Claudia Cristina Maciel, Denysya Brito Janczuk e Lubiana G. Cavalcante, parceiras constantes e inseparáveis nas muitas idas e vindas. Obrigada, jamais as esquecerei.

À diretora de Enfermagem Magali de Oliveira Paula Souza, pelo incentivo e estímulo para que eu realizasse o mestrado.

As minhas amigas enfermeiras Ivone Regina Fernandes, Elisa Setsuko Imai, Valdirene Ribero, Danielle Barchet Tavares, Ana Carolina Santana de Sena e Fernanda Araujo Moreira, pelo auxílio no acesso aos pesquisados.

As minhas amigas enfermeiras parceiras de trabalho, Nairi Desiderato e Camila Maria dos Santos, que em minha fase de extrema dificuldade e hospitalização, abriram mão de seus momentos de folga para digitarem minhas transcrições dos discursos.

As enfermeiras Andrea Azevedo Rodrigues, Jacira Noemia Cassanho, Daniella Vasconcelos Nunes e Tatiane Ferreira Izola pelas infinitas vezes que se dispuseram a ler o meu projeto, corrigindo a digitação.

Aos meus diretores, que possibilitaram a flexibilidade do horário de trabalho para que eu pudesse cumprir as exigências do mestrado.

A secretaria Arlete, pelas inúmeras vezes que precisou me socorrer com a formatação.

Por fim, a todos aqueles, que aceitaram participar dessa pesquisa, sem os quais nada disso teria sido possível.

A todos os outros, que direta ou indiretamente me apoiaram no desenvolvimento dessa pesquisa, o meu muito obrigado.

Mantenha seus pensamentos positivos, porque seus pensamentos tornam-se suas palavras. Mantenha suas palavras positivas, porque suas palavras tornam-se suas atitudes. Mantenha suas atitudes positivas, porque suas atitudes tornam-se seus hábitos. Mantenha seus hábitos positivos, tornam-se seus valores. Mantenha seus valores positivos, porque seus valores... Tornam-se seu destino.

Mahatma Gandhi

Correa CM. Percepção da equipe de Enfermagem sobre fatores que podem influenciar a ocorrência de erros de medicação. [dissertação]. Guarulhos – SP: Universidade Guarulhos; 2014

RESUMO

Introdução: A busca por segurança nos processos de assistência à saúde em todas as suas esferas tem levado os Serviços de Saúde a reverem seus processos assistenciais, avaliando os potenciais riscos e elaborando protocolos, criando barreiras que possam prevenir a ocorrência de erros. Dentre os processos assistenciais, o de terapia medicamentosa tem preocupado os Serviços por ser multissistêmico, envolvendo várias categorias profissionais, podendo gerar alto grau de potencialidade para a ocorrência de erro se não estiver bem estruturado. Sendo a terapia medicamentosa uma atividade diária e rotineira da equipe de enfermagem, há a necessidade de conhecimento aprofundado desse processo. **Objetivo:** O presente estudo buscou identificar a percepção da equipe de enfermagem de uma instituição hospitalar a respeito dos fatores capazes de influenciar a ocorrência do erro de medicação no momento do preparo e administração. **Trajetória metodológica:** Foi uma pesquisa descritiva, exploratória, transversal e de campo, com abordagem qualitativa. Após serem seguidos todos os ditames éticos, os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada com 37 participantes, sendo 11 enfermeiros e 26 auxiliares de enfermagem pertencentes a uma unidade de emergência de um hospital público do município de São Paulo, no período de maio a agosto de 2014. Os discursos foram transcritos na íntegra e analisados segundo a Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** Das falas dos participantes emergiram 4 categorias: 1) a normatização das ações de enfermagem no preparo e administração de medicamentos; 2) a necessidade de atenção dirigida e centrada na atividade que está sendo desenvolvida; 3) o ambiente funcional estressante e sua influência na terapia medicamentosa 4) a educação enquanto estratégia para evitar o erro. **Conclusões:** Segundo a percepção dos participantes, foram evidenciados como fatores que podem influenciar a ocorrência de erro medicamentoso a normatização das ações de enfermagem, o ambiente funcional, a atenção e a educação dos profissionais. Destacou-se que o conhecimento das normas para o preparo e administração de medicamentos é valorizado, porém denota ser superficial e pouco aplicado. Recomenda-se o desenvolvimento de programas de capacitação que abordem não apenas os aspectos técnicos e normativos da terapia medicamentosa, mas possibilitem conscientização e reflexão sobre a prática, para que haja concreta mudança de atitude.

Palavras Chaves: Erro de medicação, Enfermagem, Segurança do paciente

Correa CM. Nursing staff's perceptions about the factors that may influence the occurrence of medication errors. [thesis]. Guarulhos – SP: Universidade Guarulhos; 2014

ABSTRACT

Introduction: The search for safety in the processes in all areas of health assistance has led the Health Services to review their care processes, evaluating potential risks and developing protocols, creating barriers that could prevent the occurrence of errors. Among the care processes, drug therapy has concerned all the services because it is a multisystemic process, involving several professional categories, which can generate a high degree of potential for the occurrence of error is not well structured. Being drug therapy a daily routine activity of the nursing staff, there is need for detailed knowledge of this process. **Aim:** This study sought to identify the perception of nursing staff of a hospital institution regarding the factors that may influence the occurrence of medication errors during preparation and administration. **Methodological approach:** It was a descriptive, exploratory, cross-sectional field study with a qualitative approach. After being followed all ethical principles, data were collected through semi-structured interviews with 37 participants, 11 nurses and 26 nursing assistants belonging to an emergency department of a public hospital in São Paulo city, in the period from May to August 2014. The speeches were fully transcribed and analyzed using content analysis of Bardin. **Results:** From the speeches of the participants emerged four categories: 1) standardization of nursing actions in the preparation and administration of medications; 2) the need for targeted and focused attention on the activity that is being developed; 3) the stressful working environment and its influence on drug therapy; 4) education as a strategy to avoid the error. **Conclusions:** According to the participants' perceptions were highlighted as factors that may influence the occurrence of medication error the standardization of nursing actions, functional environment, care and education professionals. It was emphasized that knowledge of the standards for the preparation and administration of medications is valued, but connotes be shallow and poorly applied. It is recommended the development of training programs that address not only the technical and regulatory aspects of drug therapy, but allow awareness and reflection on practice, so there is real change in attitude.

Keywords: Medication Error, Nursing, Patient Safety

Correa CM. La percepción del equipo de enfermería en los factores que influyen en la incidencia de errores de medicación. [Disertación]. Guarulhos - SP: Universidad Guarulhos; 2014

RESUMEN

Introducción: La búsqueda de la seguridad en los procesos de atención de salud en todos sus ámbitos ha llevado los servicios de salud a revisar sus procesos de atención, la evaluación de los riesgos potenciales y el desarrollo de protocolos, la creación de barreras que pueden impedir la ocurrencia de errores. Entre los procesos de atención, la terapia con medicamentos ha preocupado a los Servicios a ser multisistémica que involucra diferentes categorías profesionales, que pueden generar alto grado de potencial para la ocurrencia de error si no está bien estructurado. A medida que la terapia con medicamentos y una actividad de rutina diaria del equipo de enfermería, existe la necesidad de una profunda comprensión de este proceso. **Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo identificar la percepción del personal de enfermería de un hospital sobre los factores que pueden influir en el error de medicación se produjo durante la preparación y administración. **Enfoque metodológico:** Era un campo descriptivo, exploratorio, transversal, con un enfoque cualitativo. Después de ser seguido todos los principios éticos, los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas con 37 participantes, 11 enfermeras y 26 auxiliares de enfermería pertenecientes a un servicio de urgencias de un hospital público de São Paulo, de mayo a agosto de 2014. Los discursos fueron transcritas y analizadas según el Análisis de Contenido de Bardin. **Resultados:** A partir de los discursos de los participantes emergieron cuatro categorías: 1) la normalización de las acciones de enfermería en la preparación y administración de medicamentos; 2) la necesidad de una especial y centrada la atención en la actividad que se está desarrollando; 3) el entorno estresante funcional y su influencia en la terapia de drogas 4) la educación como estrategia para evitar el error. **Conclusiones:** De acuerdo a las percepciones de los participantes eran vistos como factores que influyen en la incidencia de errores de medicación de la estandarización de las acciones de enfermería, el medio ambiente funcional, la atención y educación de los profesionales. Se insistió en que se valora el conocimiento de las normas para la preparación y administración de medicamentos, sin embargo denota ser superficial y mal aplicada. Recomendado el desarrollo de programas de formación que aborden no sólo los aspectos técnicos y reglamentarios de la terapia con medicamentos, pero permiten a la conciencia y la reflexión sobre la práctica, por lo que es un verdadero cambio de actitud.

Palabras clave: Los errores de medicación, Enfermería, la Seguridad del Paciente

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
2. INTRODUÇÃO	16
3. REVISÃO TEÓRICA	19
3.1 Segurança do Paciente	19
3.2 Terapia Medicamentosa na Prática de Enfermagem	26
3.3 Erro de Medicação	29
3.4 Estratégias de Prevenção ao Erro Medicamentoso	33
4. OBJETIVO	40
5. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	41
5.1 Tipo de Pesquisa	41
5.2 Local da Pesquisa	41
5.3 Participantes da Pesquisa	42
5.4 Coleta de Dados	43
5.5 Procedimentos Éticos	44
5.6 Análise dos Dados	44
6. RESULTADOS	46
6.1 Caracterização da amostra	46
6.2 Apresentação e análise das categorias	47
6.2.1 Categoria 1: A normatização da ação de enfermagem no preparo e administração de medicamentos.....	49
Subcategoria 1a.....	49
Subcategoria 1b.....	51
Subcategoria 1c.....	53
6.2.2 Categoria 2: A necessidade da atenção dirigida e centrada na atividade que está sendo desenvolvida para evitar o erro.....	55
6.2.3 Categoria 3: O ambiente funcional estressante e sua influência na terapia medicamentosa ..	58
Subcategoria 3a.....	58
Subcategoria 3b.....	62
Subcategoria 3c.....	65
6.2.4 Categoria 4: A educação enquanto estratégia para evitar o erro	67
Subcategoria 4a.....	68
Subcategoria 4b.....	70
7. CONCLUSÕES e CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	81
Formulário de Autorização	82
Plataforma Brasil Folha de Rosto	83
Parecer Consubstanciado do CEP	84

<u>APENDICES</u>	88
<u>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</u>	89
<u>ROTEIRO DE ENTREVISTA</u>	90
<u>TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS</u>	91

1. APRESENTAÇÃO

A preocupação com a temática surgiu desde o início de minha trajetória profissional, quando trabalhando em uma unidade de centro cirúrgico notei que o auxiliar de enfermagem possuía em suas atividades a responsabilidade de preparar e administrar medicamentos, sem contudo ter conhecimento sobre o assunto, o que imputava-me a responsabilidade de prepará-los tecnicamente para a atividade.

Posteriormente, trabalhei em uma unidade de neurocirurgia por dez anos, onde existia uma Unidade de Atendimento de Alto Risco com pacientes graves e com uma gama de medicamentos muito diversificados, apenas com profissionais de nível médio para atender pacientes com a complexidade de uma terapia intensiva. Neste contexto, a minha preocupação se traduzia em garantir que o profissional conhecesse a técnica certa para realizar o preparo e administração do medicamento, conferindo os cinco passos para uma medicação correta, os chamados “cinco certos” (paciente certo, medicação certa, dose certa, via certa e horário certo). Os cinco certos se transformaram em nove certos com o acréscimo de outros quatro itens: documentação certa, ação certa, abordagem certa e resposta certa. Atualmente já se encontra em discussão a inclusão de dois novos itens: validade certa e devolução certa.

Com o passar do tempo, passei a viver a realidade de uma unidade de treinamento de profissionais de enfermagem e essa preocupação aumentou, pois deveria preparar profissionais capazes de prestar assistência de enfermagem aos pacientes, com competência ética e profissional.

A partir da década de 2000, estando à frente da direção de um Serviço de Enfermagem, a preocupação tem sido traduzida em descrever os procedimentos técnicos e processos de trabalho de maneira clara, avaliando e prevendo possíveis riscos e na responsabilidade de disseminá-los para todos os profissionais de enfermagem, tão logo sejam admitidos na instituição. Neste atual contexto, particularmente, há a preocupação com o processo de tratamento medicamentoso, nas etapas de preparo e administração do medicamento.

Assim, a preocupação com a segurança no processo de terapia medicamentosa tem me acompanhado durante toda a trajetória profissional, sempre preocupada com a qualidade da assistência e a busca por condições seguras de cuidar

e assistir. Essa busca por segurança na prática da enfermagem, aliada ao desejo constante por crescimento, me fez ir em busca do mestrado. Assim, no momento da escolha por um tema, a terapia medicamentosa se apresentou como um caminho de pesquisa que poderia responder minhas inquietações sobre o problema de erro de medicação.

A prática assistencial demonstra e a literatura comprova que o erro medicamentoso existe e que ele é inerente ao ser humano; e, por isso, várias iniciativas tem sido desenvolvidas no sentido de criar barreiras de prevenção ao erro de medicação por meio de protocolos de terapia, melhoria da cadeia terapêutica medicamentosa, elaboração de normas. No entanto, a despeito de todas as iniciativas de conscientização e da elaboração de ações sistematizadas que podem se configurar em barreiras à ocorrência do erro de medicação, o mesmo continua muito presente na prática da enfermagem. Mas quais seriam os fatores que levam a não utilização dessas barreiras? A percepção de que barreiras são conhecidas, mas ainda são de difícil adesão por parte de todos, reforça a motivação para realizar o presente estudo.

2. INTRODUÇÃO

A terapia medicamentosa, atividade importante e rotineira da equipe de enfermagem, além de diária e constante, é também uma atividade de risco e de alta periculosidade, tendo em vista que um erro de medicação pode causar sérios problemas aos pacientes, que podem ser desde leves danos temporários, definitivos ou até mesmo a morte.

A equipe de enfermagem, último elo nessa cadeia de processos múltiplos, vivencia essa responsabilidade diariamente com os profissionais de nível médio, a quem é delegada essa função. A terapia medicamentosa possui em sua cadeia de processo várias etapas em que existe maior ou menor possibilidade de risco para o erro acontecer. Pensando na responsabilidade com a segurança dessa prática e vivenciando várias situações de inquietação e de preocupação com a segurança da medicação para o paciente, surgiu a necessidade de buscar resposta para as indagações a respeito da temática. Esse estudo, portanto, se propôs a estudar os fatores causais do erro de medicação, sob a ótica dos profissionais de enfermagem.

O erro de medicação, embora frequente e atual, não é um tema novo. Erros sempre existiram, porém devido à dificuldade em detectá-los sua divulgação e documentação era subnotificada. O tema passou a ser internacionalmente divulgado a partir da década de 1990, após a publicação do relatório *To err is Human*¹, quando começaram a aparecer vários estudos sobre a temática.

Na literatura, um clássico estudo realizado por Bates e colaboradores e publicado em importante periódico norte-americano em 1995, apontou que de 247 eventos adversos encontrados, 70 (28%) eram evitáveis e de 197 potenciais eventos, 83 (43%) foram interceptados antes de o medicamento ser administrado no paciente².

Harada e colaboradores, em estudo sobre o erro humano e a segurança do paciente publicado em 2006, apontaram que 39% dos erros de medicação ocorrem durante a prescrição, 38% durante a administração e que 86% da totalidade dos erros são passíveis de serem detectados pelo enfermeiro e 12% pelo farmacêutico e, no entanto, apenas 2% deles são detectados antes de atingir os pacientes³. Dessa maneira, o erro se encontra muito vinculado à equipe de Enfermagem.

Contudo, sabendo-se ser o erro medicamentoso um processo multifatorial, considera-se que apenas a instrumentalização do profissional de enfermagem pode ser superficial para a prevenção deste tipo de ocorrência. Faz-se necessário que a equipe de enfermagem, ao se envolver com a administração de medicamentos, faça uso de seu raciocínio analítico, avaliando todas as etapas do processo de medicação e suas potenciais influências, além dos resultados desejados e resposta obtida do paciente. Assim, questiona-se: para a equipe de enfermagem, quais seriam os fatores capazes de influenciar a ocorrência de erros no preparo e administração de medicamentos?

Para tentar explorar com maior aprofundamento a temática foi realizada busca pelo assunto no site da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), a qual contém as bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), por meio das palavras chave: medicação, medicação e enfermagem, erro de medicação, enfermagem e a prevenção do erro de medicação. Os trabalhos encontrados falam do erro ocorrido e de como as pessoas envolvidas vêem o processo e as medidas de prevenção. Sabe-se que várias estratégias já foram encontradas e algumas já estão sendo aplicadas, porém ainda não estão de todo inseridas como barreiras eficientes e eficazes devido à baixa adesão dos profissionais.

Um erro ou uma não conformidade no processo de administração de medicamento pode causar sérios danos ao paciente e, quando isso acontece, faz crer que muitas fragilidades de processo ainda precisam ser corrigidas em benefício da segurança do paciente. Esta busca por melhoria de processo possibilita uma assistência mais segura na administração de medicamento, e gera uma estrutura de trabalho mais eficaz para o profissional de enfermagem. Sendo o profissional de enfermagem o último elo possível para detecção e prevenção de um erro na cadeia medicamentosa, torna-se importante saber como ele percebe essa preocupação, com a responsabilidade de prevenir o erro de medicação, no momento do preparo e da administração de medicamento.

Diante da extensão e gravidade do resultado que um ato falho no processo de preparo e administração de medicamento pode causar ao paciente, interessa saber como a equipe de enfermagem de uma unidade de Pronto Socorro e emergência de

uma instituição hospitalar percebe as causas ou fatores capazes de influenciar a ocorrência de erro de medicação.

A preocupação do presente estudo foi com o momento anterior à ocorrência do erro, ou seja, com os fatores intervenientes ao preparo e administração do medicamento e a eventual ocorrência de erro, na percepção da equipe de enfermagem. Acredita-se que este é ainda um momento pouco aprofundado pelos estudos e que pode trazer novas perspectivas a esta problemática ainda tão presente na realidade da assistência de enfermagem.

Frente ao exposto, alguns questionamentos se fazem pertinentes: na concepção dos profissionais de enfermagem, quais são os fatores que poderiam facilitar ou prevenir a ocorrência de erro durante o preparo e administração do medicamento? Como percebem este erro? Fez-se necessária esta pesquisa para fornecer respostas aos questionamentos.

3. REVISÃO TEÓRICA

3.1. Segurança do Paciente

A busca pela qualidade tem levado os Serviços de Saúde a estabelecer metas e desenvolver estratégias de melhoria contínua dos seus processos assistenciais. Abordar segurança do paciente hoje é falar de um tema atual e de relevância mundial. No entanto, já início da Enfermagem como ciência, Florence Nigthingale (apud Vincent⁴) escreveu sobre seu “*estranhamento em afirmar que o requisito básico de um hospital fosse não causar dano*”. Isto foi dito em uma época que se desconhecia o modo de propagação de doenças e infecções. Porém hoje, mesmo após toda evolução na área da saúde e com o aprofundado conhecimento existente em microbiologia e patologia, ainda surgem epidemias de infecção hospitalar, geradas por várias causas, sendo uma delas o surgimento dos microorganismos resistentes aos antibióticos⁴.

Na década de 1920, o dano que poderia ser causado pelo médico foi reconhecido ao criar-se a expressão “doença iatrogênica”, com o entendimento de que o médico precisaria tomar cuidado até para verbalizar um diagnóstico ao paciente, para evitar deixá-lo ansioso⁴. A palavra iatrogenia é proveniente do grego *iatros* (médico) e *genos* que significa geração, ou seja, dano causado pelo médico. Na verdade, trata-se de uma expressão usada para definir os males causados aos pacientes doentes ou sadios decorrentes de ação ou omissão dos profissionais de saúde no exercício de sua profissão⁵.

A partir da década de 1950 a disponibilidade crescente de medicamentos trouxe alertas relacionados ao potencial perigo em seu uso, que ocupa lugar de destaque no tratamento médico⁴.

Após a metade do século XX, com os avanços da ciência médica, a expressão “doença iatrogênica”, passou a ser usada de forma mais ampla, incluindo os danos causados pela própria intervenção médica. Essa mudança ocorreu principalmente pelo uso indiscriminado de antibióticos, especialmente a penicilina⁴.

Com a evolução das tecnologias e o progresso das Ciências, aumentou a complexidade da assistência e novos procedimentos surgiram:

“As inovações tecnológicas, produzem novos riscos, pois maior poder representa maior possibilidade de dano e novas tecnologias possibilitam resultados jamais vistos e perigos letais; porém isso não quer dizer que não existam riscos nos procedimentos mais simples e rotineiros”⁴.

No entanto, julgamentos sobre o que seja dano não são simples, pois se baseiam em crenças e valores pessoais. Os próprios hospitais são fontes de danos, onde os pacientes adquirem novas doenças pelo simples fato de estarem ali⁴.

O aumento de facilidade em conseguir medicamentos e conseqüentemente o uso indiscriminado, aumentou o potencial de geração do risco para erro de medicação.

Desde a década de 1990, quando nos Estados Unidos foi realizado um trabalho de análise de estudos epidemiológicos sobre erros médicos, evidenciou-se que os mesmos acontecem e são frequentes durante o processo de assistência em todas as esferas, desde a atenção primária até o atendimento hospitalar. Esses erros podem causar desde leves danos, a sequelas irreversíveis e até a morte¹.

Para buscar meios eficazes que possam gerar segurança para o paciente em todo o processo de assistência à saúde, desde 1990, livros e manuais foram escritos sobre erro médico e os danos trágicos que podem acarretar no atendimento médico hospitalar¹. Entretanto, a questão da segurança é tão antiga como a história da medicina.

Dentre os estudos desenvolvidos até então e na análise dos erros encontrados, percebeu-se que o erro de medicação era uma constante na assistência à saúde, chegando a ocasionar cerca de sete mil mortes/ano, nos Estados Unidos. Estimou-se ocorrer cerca de três erros de medicação para cada mil prescrições feitas¹.

Dados apontam que aproximadamente 88% dos pacientes que procuram o serviço profissional médico recebem prescrições de medicamentos⁶. A facilidade em conseguir medicamentos e o seu uso indiscriminado possibilitam ainda maior risco, seja pelo próprio produto, técnica de administração ou mesmo pelas condições em que são

consumidos. Desde então, começaram a surgir iniciativas visando prevenir e controlar estas falhas.

Em 2004 surgiu a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, e desde que foi criada, elaborou programas e diretrizes para sensibilizar e estimular profissionais da área da saúde e a população em geral, a buscar soluções que possibilitem a segurança do paciente, por meio da divulgação de informações e conhecimentos e a elaboração ou desenvolvimento de estratégias, que possam ajudar a mudar um cenário que tem se mostrado assustador e perigoso. Esse cenário de ocorrência de incidentes e eventos adversos reflete o marcante distanciamento entre o cuidado real e o cuidado ideal ⁷.

Considerando que no âmbito da assistência à saúde, uma das maiores preocupações dos profissionais é trabalhar com a prevenção de riscos e assistir o paciente com segurança e qualidade³⁻⁹, para os profissionais da enfermagem especialmente, uma das áreas de maior preocupação é a prevenção do erro de medicação, o qual pode causar sérios danos ao paciente que podem ser desde pequenos danos até casos graves, podendo chegar ao óbito.

Não apenas as organizações têm demonstrado preocupação acerca da segurança do paciente no que tange aos erros, mas também a academia têm produzido pesquisas que buscam chamar atenção a esta problemática, envolvendo falhas no preparo e administração de medicamentos.

No Brasil, Cassiani ⁶, ao estudar os erros ocorridos na administração de medicamentos em 2005, entrevistou profissionais de enfermagem e relatou as opiniões dos mesmos sobre as condutas tomadas na ocorrência do erro, as sugestões de melhoria e possíveis estratégias ou métodos de prevenção ao erro. Ela afirmava que ainda não se tem um panorama real do problema e destaca que há possibilidade de ocorrência de erro em qualquer fase da terapia medicamentosa, assim como seu alto custo para os hospitais, sendo de responsabilidade dos vários profissionais envolvidos na cadeia medicamentosa⁶.

Coimbra⁷, em 2006, ao estudar a prevenção e detecção de erros, entendeu que para se criar um método de prevenção, a primeira medida a ser tomada é entender que no contexto da assistência à saúde o erro acontece independente do nível da capacidade do profissional. A partir disto, faz-se necessário estudar toda a cadeia da

terapia medicamentosa, avaliando o sistema e as possibilidades de fragilidades do mesmo, traçando medidas de prevenção e barreiras que dificultem a ocorrência de erro⁸.

O *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) lançou em 2008 o Projeto Cinco Milhões de Vida, outra grande iniciativa para prevenção aos erros. Em busca destas estratégias de prevenção, divulgou as boas práticas em várias áreas da assistência, com o propósito de criar uma rede de responsabilidade em torno de um mesmo eixo, cujo centro é a segurança do paciente⁹.

A World Health Organization (WHO) elaborou a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, bem como seus Conceitos Fundamentais¹⁰. Assim, para a WHO:

“Segurança do Paciente é a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável”, sendo esse mínimo aceitável, “aquilo que é viável diante do conhecimento atual, recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada, frente ao risco de não tratamento, ou outro tratamento”¹⁰.

Devido à preocupação com a prevenção e redução de danos e à busca de uma assistência com qualidade e um mínimo de risco, os órgãos de saúde procuraram definir “segurança do paciente” e estabelecer critérios que pudessem auxiliar e melhorar os processos assistenciais para a prevenção de erros. O conceito de segurança envolve inúmeros aspectos, conforme destaca Vincent⁴:

“Definir o que seja segurança do paciente perpassa pelo conhecimento científico adquirido pelo profissional em qualquer que seja a sua categoria, pelo avanço tecnológico, bem como pela percepção do paciente que afinal de contas é sempre a vítima, seja de um procedimento inadequado ou falho; ou uma omissão; ou um procedimento desnecessário; ou uma medicação desnecessária ou omitida. A medicina sempre foi uma atividade de risco, com esperança de benefício e cura sempre acompanhada pela possibilidade de danos”⁴.

Da mesma maneira, a Rede Brasileira de Enfermagem em Segurança do Paciente (REBRAENSP), criada em 2008, por iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), tem oito objetivos: compartilhar informações e conhecimentos; identificar problemas e prioridades na gestão, investigação e educação em enfermagem; promover, ampliar e fortalecer as atividades de cuidado e ensino a

enfermagem; fortalecer o desenvolvimento de investigações; dar visibilidade à situação e às tendências de enfermagem e segurança do paciente; compartilhar metodologia e recurso tecnológico; promover produção e uso intensivo de informação tecnocientífica e o acesso às fontes deste tipo de informação¹¹.

Ainda em 2008, o Instituto Qualisa de Gestão (IQG), maior empresa acreditadora no Brasil, desenvolveu o Programa Brasileiro de Segurança do Paciente, definiu metas e objetivos para movimentar e divulgar em conjunto com organizações internacionais como *Institute of Healthcare Improvement (IHI)*, *Canadian Safety Patient Institute (CPSI)* e *Patient Safety Crosswalk Accreditation Canada*, o tema de segurança do paciente de modo que o mesmo esteja em constante desenvolvimento nas organizações de saúde e sociedade¹².

Com a meta de salvar 50.000 vidas e evitar 150.000 danos aos pacientes em um ano, e almejando chegar ao ano 2020 com zero mortes evitáveis, o Programa Brasileiro de Segurança do Paciente, reproduz no país, as conquistas obtidas nos programas internacionais, almejando tornar-se a única plataforma de banco de dados nacional sobre informações estruturadas de qualidade e segurança do paciente. Em 2012, o programa iniciou a aplicação de dois pacotes de intervenção: os *bundles* de prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV) e prevenção de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter central e definindo os indicadores respectivos para cada um deles¹².

O objetivo principal do programa é promover uma rede de informações e comunicação entre os hospitais multiplicadores e integrantes na troca de experiências e boas práticas na qualidade e segurança do paciente bem como promover a capacitação da equipe multidisciplinar¹².

A *World Health Organization*¹³ também criou e recomendou uma classificação para todos os incidentes, que passaram a ser divididos em:

1. Circunstancias de Risco: são situações onde há potencial de dano a algum paciente, mesmo que nada tenha ainda ocorrido, como por exemplo, um tomógrafo quebrado que acarreta dificuldade para se fazer um diagnóstico.

2. Quase erro: são incidentes que quase atingem o paciente, ou seja, são evitados pouco antes de ocorrerem. Por exemplo, evitar que seja operado um membro sadio em um paciente, apenas com a realização de checagem de todas as etapas do preparo e o preenchimento de um *check list* do protocolo de cirurgia segura.
3. Incidentes sem dano: quando algo aconteceu ao paciente, mas não é possível determinar a existência de qualquer dano ao doente. Por exemplo, um antibiótico infundido com intervalo de tempo divergente do prescrito, que aparentemente não ocorre nenhuma reação alterada no paciente.

Incidentes com dano: mais conhecidos como “Eventos Adversos Graves” ou “Eventos Sentinelas”. São os que atingem o paciente e causam danos temporários ou permanentes ou até morte. Aqui estão inclusas as infecções hospitalares por dispositivo invasivo ou não, os erros em cirurgias que levam a nova abordagem cirúrgica ou mudança do procedimento planejado, úlceras por pressão, quedas com fratura e os erros de medicação, que causam dano (seja na prescrição, dispensação, administração ou qualquer outra fase)¹³.

No processo de terapia medicamentosa ainda podem ocorrer outros eventos que não estão relacionados ao preparo e administração, como:

Reação Adversa a Medicamento - é qualquer resposta nociva ou indesejada ao medicamento, que ocorre na dose normalmente usada para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de doença ou para modificação de função fisiológica, mas não devido a um erro de medicação.

Evento Adverso a Medicamento- qualquer injúria ou dano advindo de medicamentos, provocados pelo uso ou falta do uso quando necessário. A presença do dano é suficiente para caracterizar o evento adverso⁷.

Estudo publicado em 2010 relatou que o maior desafio dos especialistas em segurança do paciente que buscam a redução dos eventos adversos nas instituições de saúde tem sido o entendimento, por parte dos dirigentes, de que a causa dos erros e eventos adversos é multifatorial e que os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometer estes eventos quando os processos técnicos e organizacionais são complexos e mal planejados¹⁴.

A aceitação de que sistemas quando falham atingem os pacientes e causam eventos adversos permite à organização hospitalar rever seus processos, estudar e reforçar suas barreiras de defesa e prevenir as falhas latentes que estão presentes nos locais de trabalho e que tornam o sistema frágil e suscetível a erros¹⁴.

A segurança do paciente está relacionada com a redução de atos inseguros nos processos assistenciais, em qualquer momento ou fase de sua prática assistencial e o uso das melhores práticas descritas, para alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente, em qualquer fase da assistência.

Nesta vertente, o Conselho Regional de Enfermagem, na seção São Paulo (COREN-SP), lançou em 2010 a cartilha “10 Passos para a Segurança do Paciente”, disponível e acessível em meio eletrônico no site da própria organização. Esta cartilha destaca a relevância da atenção do profissional de Enfermagem em pontos críticos para a ocorrência de erros: identificação do paciente, cuidado limpo, manuseio de cateteres e sondas, processos que envolvem cirurgias seguras, administração de medicamentos, sangue e hemocomponentes, comunicação, cuidados para a prevenção de quedas e úlceras por pressão, além de reconhecer a importância do envolvimento ativo do paciente com sua própria segurança¹⁵.

Santos, Silva, Munari e Miasso, ao estudarem a conduta tomada frente aos erros medicamentosos cometidos por profissionais técnicos de enfermagem, divulgaram que a maioria das medidas administrativas tomadas visaram a retaliação do profissional e não a oportunidade de desenvolver estratégias de prevenção à ocorrência de novos erros¹⁶.

Watcher, em estudo de 2010, relata que cerca de 5% dos pacientes nos hospitais sofrem um evento adverso relacionado com a droga e outros 5 a 10% experimentam potencial evento ou “quase erro”¹⁷.

E, há pouco tempo, os órgãos governamentais uniram-se à causa da prevenção do erro de modo legal, por meio de portarias que determinaram a necessidade de mudanças nas práticas das organizações de saúde. Em 2011, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63 definiu os Requisitos de Boas Práticas de funcionamento para os Serviços de Saúde¹⁸.

Em abril de 2013, O Ministério da Saúde, por meio da Portaria Nº 529, em seu Art. 1º instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP, no Art. 2º

determinou o objetivo geral de “*contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional*” e no Art. 3º definiu os objetivos específicos de “*promover, apoiar e implementar iniciativas de segurança do paciente, em diferentes áreas de atenção, organização e gestão de serviços de saúde*”

¹⁹.

Em julho 2013, o Ministério da Saúde publicou também a Portaria Nº 1.377, aprovando em forma de Anexo os Protocolos de Segurança do Paciente, de Cirurgia Segura, prática de Higiene das Mãos e prevenção de úlcera por pressão ²⁰.

Ainda em setembro de 2013, em nova Portaria do Ministério da Saúde (Nº 2.095), foram aprovados em forma de anexo os protocolos de prevenção de quedas, de identificação do paciente e o protocolo de segurança na prescrição e de uso e administração de medicamentos ²¹.

3.2. Terapia Medicamentosa na Prática de Enfermagem

A terapia medicamentosa é um processo complexo, multiprofissional e multissistêmico, em que várias categorias têm participação, cada uma ao seu tempo, mas cada tempo sendo de extrema importância para o resultado final. O processo da terapia medicamentosa intra-hospitalar inicia-se com a elaboração da prescrição pelo profissional médico, passa pelo profissional enfermeiro no momento do aprazamento, segue para apreciação da farmacêutica clínica; depois pelo setor de dispensa, e volta para a equipe de enfermagem, para a fase de preparo do medicamento e administração ao paciente. Essa etapa de preparo e administração de medicamentos é uma das funções mais importantes e de maior responsabilidade da equipe de enfermagem e envolve aspectos técnicos, éticos e legais.

O processo de administração de medicamentos atividade constante e rotineira da equipe de enfermagem e que traz em seu desenvolvimento a necessidade de conhecimentos técnicos específicos associados a responsabilidades técnicas, éticas e morais, faz com que essa atividade exija da equipe de enfermagem um raciocínio reflexivo e o senso de observação para além de preparar e administrar corretamente a medicação, também monitorar a reação do paciente à medicação recebida. Portanto, a

administração de medicamentos não pode, em nenhuma circunstância, ser considerada um procedimento simples

Quanto aos aspectos legislativos envolvendo a administração de medicamentos pela equipe de enfermagem, podemos destacar: **Os aspectos técnicos** que envolvem todo o conhecimento técnico científico adquirido pelo profissional e o cumprimento das normas técnicas de procedimentos e protocolos da instituição onde esse procedimento está sendo executado. Os **aspectos éticos**, aqueles que na prática aliam e subordinam os conhecimentos técnicos a valores como respeito, solidariedade, tolerância e acima de tudo diálogo, a fim de que, aquele que cuida não seja tão somente um assistente técnico da doença. É a responsabilidade do profissional enquanto técnico e enquanto um ser humano cuidando de outro ser humano e se preocupando com a qualidade do resultado da atividade desenvolvida.³ **Os aspectos legais**, mediante o Direito Civil, são descritos dizendo que a postura e conduta do ser humano profissional ou não, pode por negligência, imperícia ou imprudência causar dano a alguém criando uma situação de processo indenizatório ²².

Especificamente para os profissionais de saúde, o Código Civil Brasileiro regula essa responsabilidade civil, no capítulo II da Indenização, ou seja, a obrigação de reparar os danos causados, em seu artigo 951, nos seguintes termos ²²:

O disposto nos artigos 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho¹⁸.

O artigo 949, especificamente, aborda o fato de que, em caso de lesão ou ofensa à saúde a indenização deverá cobrir todo o tratamento e os lucros até o final da convalescença. Já o artigo 950 trata do caso do dano resultar da lesão ou ofensa sofrida, sequela que diminua a capacidade de trabalho do ofendido ou o incapacite para o exercício de sua profissão, o que obrigará o ofensor a além de indenização para tratamento e cobertura de lucros até a convalescença, a pagar também uma pensão vitalícia de acordo com a importância do trabalho para o qual o ofensor ficou inabilitado ²².

Na Legislação do Exercício Profissional de Enfermagem, capítulo I das relações profissionais na Seção I, item Responsabilidades e Deveres, em seu Art.12 diz

que a Enfermagem deve “assegurar à pessoa, família e coletividade, uma assistência de enfermagem livre de danos, decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência” Art. 21 “proteger a pessoa, família e coletividade contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde” e Seção II Art. 38 que diz que o enfermeiro deve “responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe”²³.

Como o manuseio e administração de medicamentos pela equipe de Enfermagem é uma das situações com maior potencial para ocorrência de erros, o COREN-SP lançou, em 2011, a cartilha intitulada: *Erro de Medicação: Definições e Estratégias de Prevenção*, com a finalidade de instrumentalizar os profissionais de enfermagem na prática do preparo e administração de medicamentos ²⁴.

A responsabilidade jurídica da enfermagem está pautada na Lei do Exercício Profissional, pelo Decreto lei nº 94.406/87 no Art. 8, que descreve a incumbência privativa do enfermeiro, no item I “b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços” e “c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;” e também o art. 11 que diz que o “auxiliar de enfermagem, executa as atividades auxiliares, de nível médio atribuídas à equipe de enfermagem e uma dessas atribuições é administrar medicamentos por via enteral e parenteral”²³.

A responsabilidade ética e moral da enfermagem estão relacionadas com a consciência de que o ato de medicar é mais do que um ato técnico mas que envolve uma consciência social e humana no relacionamento com o paciente. Portanto entende-se ética, como a condição do entendimento que o ser humano tem de responder pelo que faz e por suas consequências e moral a condição de perceber e questionar o que é certo e errado. Assim para a equipe de enfermagem preparar e administrar medicamentos é uma das maiores responsabilidades do exercício profissional da equipe de enfermagem.

3.3 Erro de Medicação

O erro de medicação tornou-se, em nível mundial, uma das maiores preocupações dentro do processo de segurança do paciente. Estudos realizados nos Estados Unidos da América evidenciaram que os erros de medicação causam milhares de mortes por ano nos hospitais norte americanos. Vários estudos foram realizados nos últimos 40 anos, porém se intensificaram a partir da publicação do *Institute Of Medicine* – IOM, evidenciando erros na assistência à saúde e mostrando que o erro é inerente à condição humana ¹.

Harada e colaboradores³, em obra sobre erro humano e segurança do paciente, entendem erro de medicação como:

“(...) qualquer evento evitável que pode causar ou induzir ao uso inapropriado do medicamento ou prejudicar o paciente, enquanto a medicação está sob o controle de um profissional da saúde, paciente ou consumidor. Tais eventos podem ter relação com a prática do profissional, produtos, procedimentos e sistemas de atendimento à saúde, incluindo prescrição, comunicação, rótulos, embalagem e nomenclatura do produto, bem como composição, preparo, distribuição, administração, educação, monitorização e utilização” ³.

A alta prevalência de eventos adversos com medicamentos, a extensão do dano e a existência de soluções viáveis para redução dos erros, fazem com que esse seja um assunto muito importante e urgente. Políticas organizacionais e estratégias devem ser implementadas para a redução de eventos. A busca da medicação segura deve continuar sendo o assunto mais importante na pauta da segurança do paciente²⁵.

Iniciativas visaram a elaboração de uma taxonomia para otimizar a obtenção de resultados eficazes no que tange ao erro. Várias tentativas foram feitas: em 1998 o *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* – NCCMERP publicou a primeira versão, que foi atualizada em 2001, estabelecendo nove categorias que serviram de base para uma investigação no Brasil. Em 2002 o *Institute for Safe Medication Practices*, da Espanha, com a permissão do *United States Pharmacopeia*, elaborou uma adaptação dessa taxonomia considerando outras classificações e sugestões fornecidas por profissionais que participaram da primeira versão, aliando a isso, toda a experiência adquirida até aquele momento. Essa adaptação foi publicada em 2008. No Brasil essa preocupação se intensificou a partir

do ano 2000, quando vários estudos começaram a ser desenvolvidos, porém, a maioria dos estudos abordando erros já ocorridos com suas consequências e condutas desencadeadas ²⁶.

Um estudo que revisou publicações de pesquisadores da temática no período de 1999 a 2004 relata que os mesmos, têm abordado as estruturas sistêmicas do processo terapêutico nos hospitais, descrevendo o processo de administração de medicamentos, a necessidade de treinamento dos profissionais, focando ainda os aspectos éticos, a vivência dos profissionais e alunos com a ocorrência de erro de medicação, métodos de identificação de erros e monitoramento dos processos e elaboração de estratégias de prevenção ²⁷.

Outro estudo de análise das publicações científicas da Enfermagem em bancos de dados indexados a nível nacional e internacional, no período de 2000 a 2006, mostrou que o foco dos mesmos variava desde a notificação do erro, abordagem sistêmica do erro, análise dos sistemas de medicação de hospitais brasileiros, tipo, frequência, natureza e prevalência dos erros, até os fatores contribuintes do erro. Mas apontava também a preocupação em conhecer as condutas e sentimentos vivenciados pelos profissionais que cometeram o erro, o conceito de erro entre os auxiliares de Enfermagem, a percepção existente sobre as causas dos erros e a correlação entre a cultura organizacional e o relato de erros ²⁸.

Pesquisa publicada por Silva, Cassiani, Miasso e Opitz em 2007, destacou a importância da comunicação no bom resultado final do processo medicamentoso, referindo que falhas no processo de comunicação podem gerar transtornos para profissionais e pacientes e pode ainda se transformar em causa da ocorrência de erro de medicação ²⁹.

A realização segura do preparo e administração de medicamentos ao paciente exige da equipe profissional conhecimento técnico científico, bem como conhecimentos dos fármacos, suas funções e efeitos. A equipe de Enfermagem é a categoria que desenvolve o maior número de atividades no processo da terapia medicamentosa, sendo o último elo possível de detectar um erro no processo.

Com relação aos tipos de erros de medicação, distintas classificações são empregadas na prática e descritas na literatura, sendo uma das mais utilizadas a

desenvolvida pela *American Society of Health System Pharmacists* (ASHP, apud Harada)³:

1 – Erro de prescrição: seleção incorreta do medicamento, envolvendo razões tais como indicação, contra-indicação, alergias conhecidas, dose, velocidade de infusão, instruções de uso inadequadas feitas pelo médico, prescrição ilegível.

2 – Erros de omissão: não administração de uma dose prescrita para o paciente, por o paciente estar ausente da unidade ou por indisponibilidade do medicamento. Não se considera erro quando o paciente recusa a medicação ou se houver uma contra-indicação reconhecida.

3 – Erro de horário: administração de medicamento fora do intervalo de tempo predefinido no prontuário do paciente.

4 – Erro de administração de uma medicação não autorizada: situações em que a medicação não está autorizada pelo médico responsável pelo paciente. Pode ser exemplificado por administrar o medicamento errado, dar a dose a um paciente errado, dar um medicamento não prescrito, ofertar uma dose fora das sugeridas pelos protocolos clínicos e guias de conduta.

5 – Erro de dose: administração de uma dose maior ou menor que a prescrita ou até doses duplicadas ao paciente. Nesse caso, devem ser excluídas as situações em que a administração está condicionada à resposta do organismo do paciente, como por exemplo, a administração de antitêrmicos ou antipiréticos, conforme a temperatura corpórea ou insulina em função da glicemia, ou casos de prescrição de formas tópicas, que não são expressas quantitativamente.

6 – Erros de apresentação: administração de um medicamento a um paciente em apresentação diferente da prescrita pelo médico. Exceções devem ser feitas aos protocolos institucionais ou regulamentos e normas estabelecidas pela Comissão de Farmácia e Terapêutica que autorizam o profissional farmacêutico a dispensar apresentações alternativas para pacientes com necessidades especiais, como por exemplo, formulações líquidas para pacientes com sondas nasoentéricas ou nasogástricas ou que tenham dificuldade de deglutição.

7 – Erros de preparo: medicamento incorretamente formulado ou manipulado antes da administração. Exemplos desse tipo de erro incluem: reconstituição ou diluição incorreta, mistura de medicamento física ou quimicamente incompatível.

8 – Erros da técnica de administração: uso de procedimentos inapropriados ou técnicas inadequadas na administração da medicação. São os medicamentos administrados por via errada (diferente da via prescrita), via correta, porém em local errado (olho esquerdo em vez de olho direito) e velocidade de infusão incorreta.

9 – Erros com medicamento deteriorado: administração de medicamento com data de validade vencida ou com a integridade física ou química comprometida.

10 – Erros de monitoramento: falha em rever um esquema prescrito para a devida adequação ou detecção de problemas, ou falha em usar apropriadamente dados clínicos ou laboratoriais para avaliar a resposta do paciente à terapia prescrita.

11– Erros em razão da aderência do paciente: comportamento inadequado do paciente quanto a sua participação na própria terapêutica, recusando a medicação.

12 – Outros erros de medicação: que não estejam enquadrados acima ³.

Dentre os vários tipos de erro de medicação, descritos no grupo de classificação da ASHP, o presente estudo aborda o contexto referente ao grupo de número 7- erro de preparo de medicação, que envolve medicamento manipulado antes do horário de administração, reconstituição ou diluição incorreta, mistura de medicamentos física ou quimicamente incompatíveis e para o qual é exigido do profissional, conhecimentos técnicos, farmacológicos e matemáticos; bem como o grupo de número 8, que foca o erro de técnica de administração, englobando, procedimentos ou técnicas inadequadas sendo incluídos erros de via, de local e de velocidade de infusão incorreta, para os quais, além dos conhecimentos da fase anterior, o profissional de enfermagem precisa aliar a observação e o relacionamento interpessoal com o paciente.

O processo de administração de medicamentos possui várias etapas, sendo estas amplas e complexas, englobando desde a leitura da prescrição, o preparo, a escolha e a manutenção do local de administração propriamente dita e o monitoramento dos resultados, entre outros aspectos mais específicos de cada uma das etapas, como o conhecimento dos fármacos e agentes utilizados na diluição e de medidas para a prevenção de incompatibilidade medicamentosa. Portanto, a administração de medicamentos não pode, em nenhuma circunstância, ser considerada um procedimento simples ¹.

A equipe de Enfermagem desenvolve a etapa final do processo de preparo e administração de medicamentos, constituindo o elo final na cadeia da terapia medicamentosa, sendo a sua ação a marca do momento de transformação ou transição entre um erro previsível e um erro real. É, portanto, a última chance de se detectar uma falha no sistema da terapia medicamentosa e evitar que o erro atinja o paciente.

Na Enfermagem há subdivisões profissionais no que se refere ao processo de trabalho: enfermeiro, técnico e auxiliar de Enfermagem. Embora o enfermeiro seja o profissional de Enfermagem que detém o maior conhecimento sobre os fármacos suas funções e efeitos, na grande maioria das unidades hospitalares as funções de preparar e administrar medicamentos estão a cargo do profissional de nível médio: o técnico ou o auxiliar de Enfermagem, que o faz sob a supervisão do enfermeiro.

Coimbra e Cassiani ³⁰, ao discorrerem sobre responsabilidade da Enfermagem na administração de medicamentos, abordam a responsabilidade jurídica, falando dos encargos privativos do enfermeiro; a responsabilidade ética e moral ao responder pelo ato que realiza e as suas consequências; responsabilidade moral quando questiona o que é correto ou incorreto. No entanto, o conhecimento e a análise dos erros de medicação deve envolver todos os profissionais de saúde, administradores, gestores, legisladores, pacientes, bem como o setor da indústria farmacêutica, de produtos e equipamentos hospitalares ou de cuidado à saúde. É importante também ressaltar que as causas de erros de medicação são inúmeras e as soluções requerem cooperação de toda a equipe multiprofissional ³⁰.

3.4 Estratégias de Prevenção ao Erro Medicamentoso

Conceito proveniente do idioma grego *strategia* é conhecido como comando do exército ou ainda como a arte de combinar a ação das forças militares, políticas, morais, econômicas, implicadas na condução de uma guerra ou na preparação da defesa de um estado³¹. Assim, estratégia pode ser entendida como o conjunto de objetivos, ações e planos para atingir os objetivos que se quer alcançar.

Transferindo o conceito para a área da saúde, estratégia pode ser entendida por um plano como meio de integração de todas as áreas em benefício da segurança

do paciente, através dos processos elaborados com criação das barreiras de prevenção, protegendo dos desafios do meio envolvente.

Várias estratégias podem ser desenvolvidas para prevenir ou reduzir a frequência dos erros. No que se refere à prevenção de erros de medicação, algumas recomendações vinculados ao exercício profissional da enfermagem e referentes a preparo e administração de medicamentos como são postuladas: local adequado para preparo sem fonte de distração, guarda adequada dos medicamentos; preparar a medicação no momento de administrar; respeitar rigorosamente o protocolo institucional para terapia medicamentosa; identificar corretamente a medicação preparada com dados completos de identificação do paciente e da medicação preparada; buscar conhecimentos fundamentais sobre farmacologia; usar os nove certos; respeitar os protocolos institucionais; usar bomba de infusão sempre que possível para maior segurança na infusão dos fármacos ⁹.

As estratégias de prevenção de erros medicamentosos também podem ser classificadas em estratégias de processo ou educativas e devem ser usadas como barreiras nas etapas do preparo e administração de medicamento. Estratégias de processo envolvem algumas etapas tais como: preparar medicamentos com checagem dupla dos cálculos de diluição; estabelecer um local calmo para a realização de prescrição de enfermagem e preparo de medicamento; instituir a prática de dupla checagem feita por dois profissionais no momento da administração, sempre que possível; disponibilizar na unidade manual de orientação e prevenção de incompatibilidade entre fármacos e soluções.

Ainda como estratégia de processo destaca-se o seguimento dos “nove certos”: ler o rótulo do medicamento três vezes, esclarecer dúvidas acerca da dosagem antes de prepará-los, identificar o medicamento preparado com nome do paciente, enfermaria/leito, nome do medicamento, horário e via de administração, acrescentar as iniciais do responsável pelo procedimento. Sempre que possível, assegurar-se de que o farmacêutico verificou a dose do medicamento e a adequação da prescrição quanto à associação de fármacos antes da primeira administração. Ao utilizar na unidade um mesmo medicamento de diversos fabricantes, verificar sempre se todas possuem a mesma concentração e identificar todas as dosagens administradas ³.

As estratégias educativas envolvem realizar efetivo programa de educação continuada sobre uso de novos medicamentos, com treinamentos periódicos, centralizados nos princípios gerais de preparo e administração de medicamentos para a segurança do paciente. Procurar orientações com outros enfermeiros, médicos e farmacêuticos, ou ainda consultar bulas, guias de medicamentos, para esclarecer dúvidas acerca do nome do medicamento, posologia, indicações, contra indicações das habilidades, precauções de uso, preparo e administração, buscar todas as informações, sempre que houver dúvida. Realizar supervisão de técnicos e auxiliares de enfermagem quanto ao preparo e administração de medicamentos, realizando documentação das habilidades adquiridas e, ainda, proporcionando avaliações e orientações periódicas da equipe. Assegurar à equipe de enfermagem informações atualizadas sobre aspectos que possam contribuir para a ocorrência de erros, bem como suas implicações quanto aos aspectos éticos e legais. Incentivar a realização de estudos sobre erros de medicação³.

Para que a enfermagem consiga controlar todo o processo de medicação sob sua responsabilidade, garantindo a segurança do paciente, faz-se necessária a incorporação de tecnologias e sistema de informação na prática assistencial, pois a partir da prescrição médica, na maioria das instituições de saúde nacionais, a equipe de enfermagem é responsável pelo preparo e administração da terapia medicamentosa, caracterizando-se como os profissionais que executam maior número de procedimentos para sua realização. No entanto sabe-se que a assistência à saúde é ainda carente de tecnologia em grande parte do território nacional. O registro do erro de medicação precisa ser o primeiro passo para a implementação de medidas de segurança ao paciente³:

“É oportuno pontuar que a incorporação dos informes de erros de medicação, na prática assistencial, visa, sobretudo, à possibilidade de mudanças para construção de uma prática segura, uma vez que o conhecimento da realidade nos permite aprender, quer seja com os erros”¹².

Silva, Gobbo e Inocenti em 2007 publicaram um estudo no qual propõe que sejam feitas considerações sobre os fatores sistêmicos presentes, de forma decisiva, nas falhas humanas e que haja modificação nas condições de trabalho, deslocando o enfoque da culpa dos indivíduos para a prevenção dos erros; e que os erros de

medicação sejam considerados como consequências ao invés de causa. Sugerindo que sejam desenvolvidos e implementados protocolos e formulários para notificação e monitoração de erros na administração de medicamentos desenvolvendo uma cultura de segurança por meio de programas amplos, dirigidos a toda equipe de profissionais, do local de trabalho e à instituição como um todo³².

Estudo publicado em 2010 que analisou conhecimento dos profissionais de saúde sobre a ocorrência de eventos adversos numa unidade de pronto socorro de um hospital da Rede Sentinela, percebeu que eles demonstraram conhecimento superficial e não sistematizado sobre o assunto. Em uma das etapas do trabalho, dentre 298 eventos relatados, 36 eram referentes a medicação sendo os mais frequentes. Destes, 14 eram relacionados a omissão de doses, 6 à troca de paciente, 5 continham relatos de erro de horário, em 3 havia erro de transcrição, em 2 a dose estava errada, sendo que um dos dois de dose errada evoluiu para óbito³³.

Com relação à prevenção do erro de medicação estudos têm sido desenvolvidos há mais de uma década no Brasil. Pesquisa publicada em 1999, com enfermeiros e profissionais da enfermagem atuantes em Unidades Básicas de Saúde, mostrou por meio das falas dos entrevistados medidas de prevenção ao erro de medicação, agrupados em três etapas: 1 - a educação do profissional nas condições de trabalho; supervisão e avaliação do profissional, divididos em: estabelecer programa de reciclagem e treinamento; conscientizar o profissional a prestar mais atenção no momento do trabalho; profissional conferir a prescrição corretamente; 2 - diminuição da carga horária de trabalho; aumentar a supervisão e observação do profissional por parte do enfermeiro; 3 - avaliação do profissional no momento da admissão e orientar e discutir as dúvidas do profissional³⁴.

No estudo de Coimbra e Cassiani, em 2004, algumas propostas de prevenção de erros de medicação foram apresentadas, como: a) criação de uma comissão interdisciplinar junto com um representante da direção do hospital; b) estabelecimento de programa de detecção, notificação e análise de erros, com identificação de falhas e pontos frágeis do processo; c) promoção de filosofia institucional não punitiva com a conscientização de todos para a necessidade da participação em todo o processo de identificação, notificação, análise e prevenção de erros; d) programas de capacitação contínua de todos os envolvidos; e) criação de

protocolos assistenciais; f) manual de terapia medicamentosa e padronização dos medicamentos; g) desenvolvimento de estratégias de reestruturação do processo e do sistema implementando medidas de segurança eficazes e estratégias de melhorias para os procedimentos e processos³⁵.

Em um estudo divulgado em 2005, Cassiani defendeu a fixação e uso de barreiras e defesas, prevenindo a ocorrência do erro. Exemplificou, com o modelo do queijo suíço, que as barreiras tem a função de impedir o alinhamento dos riscos, impedindo a ocorrência do erro ⁶.

Outra pesquisa também publicada em 2005, desta vez por Oliveira, Camargo e Cassiani, sobre estratégias para prevenção de erros de medicação no setor de emergência, as classificou em estratégias de implementação de curto, médio e longo prazo. As de curto prazo foram consideradas aquelas relacionadas a treinamentos periódicos para todos os envolvidos de todas as fases do processo; criação de uma comissão interdisciplinar envolvida com todos os aspectos de segurança do paciente e elaboração de manual de terapia medicamentosa disponível para todos com padronização dos medicamentos. As de médio prazo foram treinamento sobre prescrição e cuidados com medicamentos para todo médico ingresso no hospital e as de longo prazo, ficaram como sendo aquelas em que se necessita de grande investimento para sua implementação, como: prescrição eletrônica, dose unitária e código de barras ³⁶.

Pontos importantes para promover segurança no processo de terapia medicamentosa foram definidos em outro estudo, como: a) discutir sobre os erros, reconhecendo e analisando-os como prevenção de sua repetição; b) despersonalizar os erros; c) buscar aprender com os erros e estabelecer ações corretivas e preventivas, avaliando a eficácia dessas ações; d) estimular em todos uma atitude questionadora; e) reconhecimento da falibilidade humana; f) minimizar as consequências dos erros; g) desenvolver estratégias para prevenção de erros²⁵.

Já Kawano em seu estudo em 2006, relatou algumas ações como sendo de grande importância para minimizar de erros de medicação, como: a) prescrição eletrônica; b) integração com farmácia clínica; c) uso de protocolos; d) dose unitária; e) treinamento de médicos e residentes³⁷.

Miasso e colaboradores, em pesquisa publicada em 2006, realizaram estudo em quatro hospitais brasileiros e o concluíram sugerindo mudanças nos processos dos quatro hospitais para prevenção de erros de medicação, com: a) formação de grupos de Enfermagem para discussões sobre o processo de medicação; b) uso da prescrição médica durante o preparo e administração do medicamento; c) melhoria no ambiente de trabalho; d) identificação correta dos pacientes, através de pulseira contendo nome completo; e) informação ao paciente no momento da administração sobre o medicamento a ser administrado³⁸.

Ao estudar métodos para prevenção e detecção de erros de medicação, Coimbra⁸ elaborou as seguintes propostas: 1- Criação de uma comissão multidisciplinar de segurança na utilização de medicamentos com o objetivo de detectar, notificar e analisar os erros de medicação e reação adversa; promover uma filosofia de não punibilidade e capacitação contínua dos profissionais. 2 - Implementação de medidas de prevenção de erro, com as etapas de melhoria no processo e no sistema de medicação, com distintas as estratégias, tais como a responsabilidade institucional de prover recursos humanos em número e qualificação adequadas e uma infraestrutura necessária. 3 - Estratégia de melhoria dos processos, com medidas de curto e longo prazo, sendo as de curto prazo as de baixo investimento e maior facilidade e rapidez de implantação como: padronização da prescrição médica, padronização de doses, horários, diluição e administração de medicamentos, limitar a diversidade de material tecnológico, instituir a assistência de farmácia clínica, facilitar os meios de comunicação facilitando o acesso às informações e incluir o paciente em seu tratamento, informando-o sobre os medicamentos de seu tratamento e as medidas de longo prazo, aquelas que exigem um planejamento e investimento maiores, como: implementação de dose unitária, prescrição médica eletrônica e código de barras com checagem no momento da administração⁸.

Entrevistando profissionais de enfermagem em 2007, pesquisadores obtiveram em suas respostas a identificação de propostas para redução de erros em três etapas: a) relacionados ao profissional (educação continuada e dimensionamento de recursos humanos); b) relacionado à administração institucional e sistema de medicação (unitarização de medicamentos e prescrição eletrônica); c) referente a outros profissionais (preparo de médicos e profissionais de farmácia)³².

Freitas e Oda encontraram, na verbalização dos profissionais de enfermagem, sugestões de medidas para prevenção de erros de medicação como sendo: reciclagem e treinamento dos funcionários; redução da sobrecarga de trabalho e supervisão durante o desenvolvimento das técnicas ³⁹.

Outros estudos encontraram na verbalização dos profissionais de Enfermagem sugestões de medidas para prevenção de erros de medicação como sendo: reciclagem e treinamento dos funcionários; redução da sobrecarga de trabalho e supervisão durante o desenvolvimento das técnicas; medidas preventivas em educação, ambiente de trabalho e condutas administrativas, nas etapas de: educação continuada com treinamento e orientação, buscando propiciar conhecimento e desenvolvimento na gestão de pessoas com aumento do número de profissionais, avaliação de desempenho e medidas corretivas ^{32,39}.

Anacleto, em 2010, elencou várias propostas de prevenção de erros medicamentosos, tais como: introdução de barreiras no processo; elaboração de protocolos claros; padronização da comunicação; favorecer acesso à informação; focalizar os processos de maior criticidade para erros; dupla checagem de medicamentos; alertas automáticos no sistema informatizado; monitorar o desempenho das estratégias implantadas ²⁵.

Em alguns dos estudos elencados ^{8,32,34-35,37,39}, percebe-se que o treinamento (ou educação em serviço/educação continuada) e a prescrição eletrônica em maior frequência, seguido por elaboração de protocolos, manual de terapia medicamentosa e padronização de medicamentos, constituíram estratégias para prevenção de erro medicamentoso. A informatização tem real importância na prevenção, na proporção em que elimina uma etapa de risco referente à ilegibilidade da letra, facilitando a leitura correta da medicação prescrita. Destacam, ainda com unanimidade, a importância de desenvolver uma consciência de criar estratégias para prevenir erros de medicação, o que fortalece o interesse pelo presente estudo.

4. OBJETIVO

Identificar a percepção da equipe de enfermagem acerca dos fatores capazes de influenciar a ocorrência de erros durante o preparo e administração de medicação.

5. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5.1. Tipo de Pesquisa

De campo, transversal, descritiva, com abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa trabalha com um nível de realidade que não pode ser medido. Segundo Minayo “*ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, dos valores e das atitudes*”⁴⁰. A necessidade de conhecer a percepção de um grupo de profissionais sobre situações vivenciadas por eles no seu dia a dia, levou à escolha por este tipo de abordagem de busca e análise de dados. A pesquisa de campo por sua vez possibilita ao pesquisador aproximar-se da realidade vivida pelos participantes alvo da pesquisa, bem como observar como esses participantes atuam nesse universo⁴⁰. Foi uma busca intencional, dinâmica que reforçou uma das características desse tipo de pesquisa onde a busca do participante, é feita no local onde ele vivencia o problema.

5.2. Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Emergência de um hospital de ensino, que faz parte de um complexo hospitalar privado de caráter filantrópico, extra porte, terciário, referência para atendimento de emergência de alta complexidade em traumas ortopédicos e neurocirúrgicos, com capacidade para 800 leitos. Situado na região central da cidade de São Paulo, o hospital possui construção em estrutura pavilhonar, em estilo gótico. Foi inaugurado em 1884 para fazer atendimento de caridade. O hospital é integrante do Projeto SOS Emergência do Ministério da Saúde, atendendo cerca de 75.000 casos de emergência/mês.

A escolha pela unidade de emergência se deu por se tratar de uma unidade de atendimento contínuo, dinâmica e com alta rotatividade de atendimento por vinte e quatro horas, recebendo pacientes em situações críticas, onde as situações de estresse são constantes, necessitando, portanto de profissionais com raciocínio rápido, equilíbrio emocional, conhecimento científico e habilidades técnicas seguras, apesar da situação.

Sendo uma instituição caracterizada como de oferta de serviço “porta aberta”, a dinâmica de trabalho possui em si fatores geradores de estresse para o profissional que precisa pensar e agir com segurança e agilidade frente a uma grande

demanda, com situações imprevisíveis, recebendo pacientes com os mais diversos e variados problemas e muitas vezes convivendo com situações em que a escassez de profissionais de enfermagem é uma realidade. Todos esses fatos transformam a unidade em uma área de alto risco para ocorrência de vários tipos de eventos adversos e dentre eles, o erro de medicação.

A unidade pesquisada é composta por duas salas de trauma, uma cirúrgica e uma clínica, podendo atender vários pacientes simultaneamente; 02 enfermarias com 04 leitos cada; 01 sala de sutura para pequenos traumas e 01 sala de medicação.

5.3. Participantes da Pesquisa

A população do estudo foi constituída de profissionais enfermeiros e auxiliares de enfermagem que atuam na Unidade de Emergência, sendo 28 enfermeiros e 96 auxiliares de enfermagem, totalizando 124 colaboradores, distribuídos nos distintos turnos de trabalho. É importante salientar que, segundo informações verbais dos gestores da equipe de enfermagem da unidade, cerca de 20% destes profissionais eram recém-admitidos na instituição.

A amostra foi determinada de modo não aleatório e por conveniência, sendo composta por 37 profissionais (11 enfermeiros e 26 auxiliares de enfermagem), de acordo com os critérios de inclusão: ser adulto, trabalhar na unidade há pelo menos um ano, ser enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e aceitar participar da pesquisa no período pré-determinado para a coleta dos dados. O tempo mínimo de um ano foi determinado levando em consideração que com este tempo, o profissional já é detentor do conhecimento de todas as rotinas do setor, o que desenvolve a segurança para lidar com situações imprevistas. Estudo realizado em serviços de emergência de 15 hospitais gerais, públicos e privados evidenciou diferentes prioridades entre enfermeiros com maior tempo de formado do que aqueles com menor tempo, levando os autores a entenderem que possivelmente “maior tempo de exercício profissional pressupõe maior segurança no controle e identificação das manifestações apresentadas pelos pacientes”⁴¹. Neste estudo ficaram excluídos da pesquisa, todos os profissionais que estavam ausentes do trabalho no período da coleta de dados, seja por férias ou licença médica.

5.4. Coleta de Dados

Inicialmente, foi obtida autorização da instituição onde seria realizada a pesquisa (ANEXO 1 e ANEXO 2). De posse da autorização, o projeto foi inserido na Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Instituição para apreciação. A aprovação do projeto de pesquisa ocorreu em abril de 2014, sob o número de parecer 628.216, CAAE número 25613914.5.0000.5479 (ANEXO 3).

A coleta de dados foi feita pelo próprio pesquisador, no período de maio a julho de 2014. O pesquisador primeiramente entrou em contato com a chefia de enfermagem da unidade para explicar sobre a pesquisa e apresentar a autorização. A chefia de enfermagem disponibilizou uma cópia da escala mensal dos profissionais separados por período de trabalho, identificando aqueles que possuíam menos de um ano na unidade, por meio de legenda de cor, identificando-os com uma tarja verde. Foi solicitado à pesquisadora apenas que as entrevistas respeitassem a dinâmica do setor, não interferindo no fluxo de trabalho.

Foi feita a abordagem individual de cada potencial participante. O tempo de espera pelo momento oportuno teve duração muito variada, sendo o tempo mínimo de quinze minutos, o máximo de três horas e o tempo médio de 30 minutos. Quando a dinâmica do setor se mostrou mais complicada pela alta demanda a ser atendida, o pesquisador se retirou, retornando em outro dia para prosseguir com a coleta de dados. Para aqueles que aceitaram participar da pesquisa, foi esclarecido sobre o objetivo da pesquisa, a necessidade de gravar a entrevista e foi explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE 1), que foi assinado por cada um individualmente.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, com aplicação de um roteiro semi estruturado (APÊNDICE 2), sendo a primeira parte composta por informações de caracterização dos participantes, como: idade, sexo, formação, tempo de formado e tempo de trabalho na Unidade de Emergência e a segunda parte por questões norteadoras, sendo que em alguns momentos houve a necessidade do pesquisador inserir alguns outros questionamentos para aprofundamento de dados que emergiram do discurso. Cada entrevista teve um tempo mínimo de 10 minutos, máximo de 40 minutos e média de duração de 20 minutos e foi gravada em áudio digital e em seguida transcrita na íntegra, respeitando-se a coloquialidade do discurso (APÊNDICE

3). A coleta de dados se encerrou quando atingiu o prazo máximo determinado pelo cronograma da pesquisa.

5.5. Procedimentos Éticos

Foram seguidos todos os procedimentos devidamente aprovados pela Comissão de Ética e Pesquisa (CEP) da Instituição local da pesquisa, seguindo as normas da Resolução nº 466 / 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) ⁴². As entrevistas foram realizadas após a autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes.

5.6. Análise dos Dados

Os dados foram analisados segundo a metodologia da análise de conteúdo. O princípio desta metodologia consiste em desmontar as estruturas e elementos do conteúdo, analisado por meio do estudo minucioso das palavras e frases que o compõe, procurando seu sentido e intenções, reconhecendo, comparando, avaliando e selecionando-o para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação ⁴³.

Foi adotada neste estudo a metodologia da análise de conteúdo postulada por Laurence Bardin³⁹, que propõe um conjunto de técnicas de análise da comunicação verbal, aplicados aos discursos, para obter indicadores, qualitativos ou não, que permitem a descrição do conteúdo das mensagens dos entrevistados. Seu método é composto de três fases: a) pré-análise, b) exploração do material e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise foi a fase que teve por objetivo organizar os dados e iniciou-se com a leitura flutuante de todo o material, visando conhecer o texto. A princípio, essa leitura pode deixar-se invadir por impressões do pesquisador, mas pouco a pouco tornou-se mais precisa em função de hipóteses e objetivos. Seguiu-se então à escolha dos documentos a serem analisados – o corpus, utilizando-se como critérios a exaustibilidade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência. A referenciação dos índices e a elaboração de indicadores foram as etapas seguintes, quando foram realizados os recortes iniciais do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de codificação para o registro dos dados. A fase

de pré-análise encerrou-se com a preparação do material, ou seja, a reorganização dos dados codificados ⁴³.

A exploração do material consistiu em realizar as operações de codificação, em que os dados brutos foram sistematicamente transformados e agregados em unidades que permitiram a descrição das características do conteúdo. Concomitantemente, ocorreu a categorização, com a representação simplificada dos dados brutos por meio da classificação dos elementos constitutivos do conjunto por diferenciação e reagrupamento segundo gênero e critérios definidos, tais como o semântico, o sintático, o léxico ou o expressivo ⁴³.

Na terceira e última fase, os dados codificados e categorizados foram tratados de maneira a serem significativos e válidos, para que as inferências pudessem ser alcançadas e o conjunto interpretado, utilizando-se os resultados da análise com fins teóricos ou pragmáticos ⁴³.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Caracterização da Amostra

A amostra foi constituída por 37 profissionais de enfermagem, sendo 26 (73,0%) participantes do gênero feminino e 11 (29,7%) masculino. A média de idade foi $33,3 \pm 7,1$ anos, com idade mínima de 23 anos e máxima de 55 anos. Quanto à categoria profissional, 11 (29,7%) eram enfermeiros e 26 (70,3%) auxiliares de enfermagem, uma vez que o local da pesquisa não possuía técnicos de enfermagem em seu quadro. A média de tempo de trabalho dos profissionais na unidade foi de $3,2 \pm 2,1$ anos, com extremos de 01 e 16 anos.

No grupo de 11 enfermeiros, 06 (54,5%) eram do gênero feminino e 05 (45,5%) masculino. A média de idade deste grupo foi de $35,2 \pm 7,9$ anos, com extremos de 26 e 55 anos.

Dos 26 auxiliares de enfermagem, 21 (80,8%) eram do gênero feminino e apenas 5 (19,2%) masculino. Dentre estes participantes, a média de idade era $32,5 \pm 6,7$ anos, com uma idade mínima de 23 e máxima de 48 anos. O tempo médio de trabalho na unidade foi de $4,1 \pm 3,7$ anos, com extremos de 1 e 16 anos.

O tempo de formação dos participantes de ambas categorias profissionais pode ser visualizado na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição numérica e percentual em relação ao tempo de formação dos profissionais de ambas categorias profissionais de enfermagem. Guarulhos, 2014.

Tempo de Formado	Enfermeiros		Auxiliares de Enfermagem	
	N	%	N	%
De 1 a 5 anos	8	72,7	13	50,0
De 6 a 10 anos	1	9,1	8	30,8
Mais de 10 anos	2	18,2	5	19,2
Total	11	100,0%	26	100,0%

É possível identificar que dentre os participantes há predomínio do gênero feminino em ambas as categorias profissionais, destacando-se o fato de que entre os auxiliares de enfermagem há quatro vezes mais mulheres do que homens na amostra pesquisada.

Nota-se que a amostra pode ser caracterizada como uma equipe jovem, à medida que tanto entre os enfermeiros quanto dentre os auxiliares a maioria (33 participantes - 89,2%) possuem idade entre 23 e 40 anos e menos de cinco anos de formação e de trabalho na unidade, mesmo havendo distribuição mais equilibrada quanto ao tempo de formação entre os auxiliares de enfermagem.

A característica jovem da equipe, trazendo conhecimentos mais atuais e recentes, deveria possibilitar ao profissional maior poder de percepção para identificar as possibilidades de ocorrência de eventos adversos e preveni-los.

Panizzon, Luz e Fensterseifer, em estudo divulgado em 2008 apontam que, do total de 98 participantes houve o predomínio do sexo feminino (71,4%), o tempo na profissão até 5 anos foi maioria, com 41,8%. Quanto ao tempo trabalho na unidade de emergência, a maioria dos participantes, tinha entre 1 e 5 anos (42,9%). Esses dados foram muito semelhantes ao que foi encontrado neste estudo ⁴⁴.

6.2 Apresentação e Análise das Categorias

Por meio da exploração dos dados coletados e análise sistemática dos discursos dos participantes da pesquisa, foi possível identificar 4 categorias e subcategorias, de acordo com a figura 1:

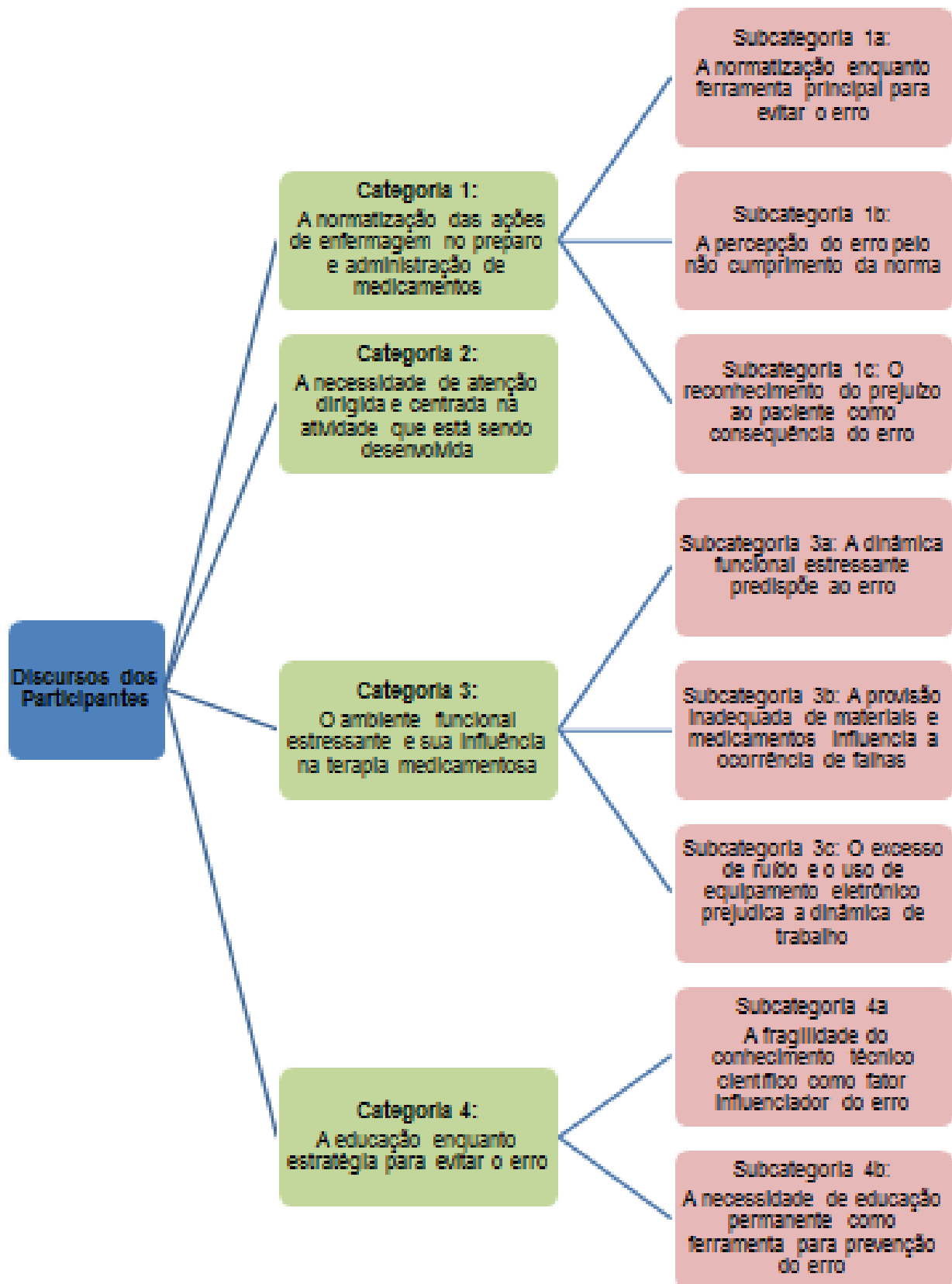


Figura 1: Categorias e subcategorias extraídas dos discursos dos participantes da pesquisa. Guarulhos, 2014

6.2.1 Categoria 1: A normatização das ações de enfermagem no preparo e administração de medicamentos

Esta categoria mostrou pelos discursos analisados que os profissionais de enfermagem conheciam a normatização que rege a terapia medicamentosa segura. No entanto, mesmo demonstrando conhecê-la e reconhecendo ser a mesma importante na prevenção do erro, em alguns momentos não a cumprem.

Nesta categoria a norma foi explorada sob duas óticas pelos profissionais participantes, mostrando ser ferramenta primordial para evitar o erro e que a compreensão do erro está associada ao não cumprimento da mesma.

A normatização que rege o processo de administração de medicamentos, por parte da enfermagem, conhecida na literatura como os certos da terapia medicamentosa, iniciou-se com cinco critérios chamados os “cinco certos da medicação” (paciente certo, medicamento certo, dosagem certa, via certa e horário certo). Clayton, em Farmacologia para a Enfermagem, considerou seis certos, incluindo a documentação certa. Um dos objetivos dessa normatização dos certos da terapia medicamentosa é garantir que a medicação certa chegue de forma correta ao paciente certo, no horário estabelecido⁴⁵.

Embora atualmente já exista a descrição dos nove certos⁴⁶, com a inclusão de ação certa, abordagem certa e resposta certa, é possível perceber que se os seis certos descritos por Clayton⁴⁵ fossem rigorosamente respeitados, possibilitaria a prevenção do erro, tendo em vista que os seis certos dizem respeito estritamente à atenção e ação técnica do profissional de enfermagem.

Subcategoria 1a: A normatização enquanto ferramenta principal para evitar o erro

Neste estudo, enfermeiros e auxiliares de enfermagem relatam em seus discursos a necessidade de certificar-se dos certos do preparo e administração de medicamentos, conforme ilustram a seguir trechos desses discursos:

“[Para evitar o erro é preciso ter] *nome correto, atendimento correto, medicação correta, via certa, dosagem certa e horário...*

[...] *...ser checado antes, durante e posteriormente a administração de medicamentos.*” (E7)

“É ter consciência, marcar os cinco certos né, nome do paciente, o leito, qual medicamento...” (AE25)

“Tem que tá atento à prescrição médica, a via certa, ao leito do paciente, ao nome do paciente, a dosagem que o médico pede e tem que conhecer a medicação” (AE1)

“Ah, eu tenho que identificar o nome do paciente, o leito que ele ta, a medicação correta, a via, a dosagem, o modo de preparo pra poder tá administrando com segurança a medicação.” (AE22)

“... olhar os nove certos, prestar bastante atenção, no nome do paciente, a data, a validade, o horário, pra não ocorrer o erro; ai dá tudo certo”. (AE21)

A percepção dos participantes deste estudo sobre a importância da conferência dos certos da medicação, vai de encontro ao estudo de Fassarella, Bueno e Souza, que analisaram as pesquisas nos avanços na prevenção de eventos adversos no sistema de medicação no período de 2000 a 2012. O foco de atenção dos autores foi na segurança do paciente no sistema de medicação, sob a ótica da administração de medicamentos. Concluíram que na execução dessa atividade, a enfermagem tem como base o princípio dos seis certos, passos esses considerados essenciais para prevenção de erro de medicação na etapa da administração ⁴⁷.

Na literatura existente específica para enfermagem na atividade de preparo e administração de medicamentos, há descrição correta dessa norma e todos os passos a serem seguidos para a administração segura dos medicamentos. Clayton, em sua obra, diz que o enfermeiro ao realizar o preparo de medicação, o faz de acordo com a prescrição e seguindo as etapas dos seis certos ⁴⁵.

Entretanto importante se faz a atualização constante da equipe de enfermagem sobre a legislação vigente para um processo seguro da terapia medicamentosa. Enquanto no Brasil estamos trabalhando os 9 certos da medicação ⁴⁶ erros de medicação continuam a ocorrer. E embora os profissionais participantes deste estudo apenas tenham conseguido citar cinco certos dizendo terem ouvido falar em nove, a nível internacional os estudos giram em torno de doze certos (12 rights of medication administration) ⁴⁸, trabalhando razões como: paciente certo, medicação

certa, dose certa, hora certa, via certa, validade certa, gerenciamento certo, evolução certa, registro certo, razão certa, educação certa e direito de recusa do paciente ⁴⁸ .

Subcategoria 1b: A percepção do erro pelo não cumprimento da norma.

Os discursos dos participantes nesta subcategoria evidenciam que a compreensão do conceito e percepção de erro de terapia medicamentosa que possuem, está intrinsecamente ligado ao não cumprimento da normatização de preparo e administração de medicamentos por meio dos “certos”. Assim, denotam que o erro medicamentoso acontece como consequência do descumprimento das regras, o que é evidenciado nos trechos dos discursos seguintes:

“... tem que estar tudo de fácil acesso para facilitar e identificado para evitar o erro. [É preciso] seguir a regra do que está prescrito, qual é a dosagem, qual é o paciente e conferir pulseira de identificação, se está correto o paciente que você está administrando, principalmente se ele não for consciente e orientado como são muitos dos nossos”. (E1)

“Erro de medicação é qualquer falha desde via, dose, nome, horário. Tendo dúvida nos nomes das medicações pode ocorrer esse erro.” (E5)

“... então na unidade de emergência [...] para não ter nenhum erro, principalmente paciente com mesmo nome [...] acho que a gente tem que ter o principio dos cinco certos, a gente tem que ver o nome do paciente, a medicação, o leito e o paciente correto”. (E10)

“Erro de medicação é quando eu não respeito esse processo do preparo da medicação. Não olho o nome da medicação, quando eu não olho a dose da medicação, quando eu preparo a medicação em horário inadequado... ou seja, não respeito o tempo de preparo ao tempo de administração “ (AE8)

“Acho que preparar a medicação pegar e não olhar direito o nome e a via e fazer preparação errada né ou a diluição errada e administrar em via errada” (AE2)

“...o erro de medicação pra mim seria administrar em vias erradas com paciente errado e também a droga errada”.
(AE17)

O discurso do participante identificado como E1 denota consciência e senso de discernimento ao se referir à preocupação com o paciente menos consciente, revelando a capacidade definida pela percepção de discernir ou fazer juízo sobre algo ou alguém.

O processo de percepção permite que a mente crie uma experiência completa de organização ativa dos elementos formando um raciocínio coerente possibilitando o entendimento do certo e do errado⁴⁹. Percepção é uma palavra oriunda do Latim *perceptio, perceptionis*, ato ou efeito de perceber. É compreendida como a capacidade para discernir ou fazer juízo a respeito de algo ou alguém e que envolve um processo de interpretação do que se vê⁴². A interpretação do que se vê é feita pelo cérebro de forma organizada, ajudando a entender o mundo. É um processo em que os órgãos dos sentidos captam os estímulos para o cérebro organizar e dar sentido⁴⁹.

Em estudo realizado no ano de 2000 em um hospital do interior de São Paulo, entrevistando enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, as autoras obtiveram resultado semelhante ao encontrado neste estudo, em relação a falha no cumprimento de normas, políticas e procedimentos. No entanto, ainda hoje a cultura dos certos carece de adesão total por parte dos profissionais⁵⁰.

Franco, Ribeiro, D’Innocenzo, ao entrevistar profissionais de enfermagem de um hospital privado de médio porte no interior do estado de São Paulo, sobre fatores causais do erro de medicação, obteve na percepção dos entrevistados que 19% dos erros foi sobre medicamento administrado em paciente errado, 17% medicamento administrado em via errada, 15% o medicamento foi errado, 12% houve omissão, 12% foi medicado em horário errado e nenhuma ocorrência de diluição errada. Nesse resultado é possível se inferir que se a norma tivesse sido utilizada adequadamente, 75% dos erros poderiam ter sido evitados⁵¹.

Subcategoria 1c: O reconhecimento do prejuízo ao paciente como consequência do erro.

Os participantes deste estudo destacaram em suas falas a percepção da consequência do erro enquanto evento grave e causador de dano até mesmo permanente, como o óbito do paciente. Alguns relatos destacados abaixo demonstram essa percepção.

“Primeiro é uma falha grave [,,] que em alguns casos leva algum dano ao paciente, e que a gente tenta evitar ao máximo aqui, né? Mas é uma coisa muito difícil pra gente; nem sempre a gente pode tá sabendo o que tá acontecendo né, devido a quantidade de paciente que nós temos aqui, então nem sempre a gente tá sabendo que há ou não erro de medicação aqui dentro”. (E9)

“É um erro grave, podendo levar o paciente a óbito. [...] É erro que pode causar reação alérgica no paciente, a gente tem que ter a percepção de observar na hora da administração...” (AE7)

“Ah, é trocar a medicação, trocar o paciente, trocar a via, né... assim, é gravíssimo, porque pode matar um paciente.” (AE14)

“Preparar medicação errada, fazer diluição errada, trocar o paciente e a medicação, e assim fazer a medicação de um em outro. É muito sério e perigoso pois pode matar o paciente”. (AE15)

“Pra mim, um erro de medicação é que principalmente é o paciente ser prejudicado; porque você vai ter que assumir seu erro, mas você vai ter que responder só juridicamente [...] porém o principal prejudicado é o paciente. [...] Não ter vergonha de falar: eu errei. Vou parar imediatamente a medicação, vou imediatamente até o leito, [...] tira tudo e prepara tudo novamente, para evitar danos para o paciente, porque é uma vida que você tá lidando, não pode haver erro”. (AE24)

Os discursos evidenciaram que os entrevistados possuem a percepção sobre a gravidade dos danos causados aos pacientes pelos eventos com erros de

medicação. O discurso do participante identificado como E9 demonstra a percepção de que os mesmos existem e são de difícil detecção e aborda a quantidade de pacientes como a causa que dificulta a identificação do erro. O participante identificado como AE7 demonstra perceber a dimensão da gravidade da falha, que pode resultar em óbito do paciente, bem como provocar uma reação alérgica ao medicamento. Já o participante chamado nesse estudo como AE24 além de perceber a gravidade do dano denota saber também da responsabilidade profissional a nível jurídico.

É necessário ainda que se lembre de toda a implicação ética e legal do profissional de enfermagem sob o aspecto jurídico. Os cuidados de enfermagem devem ser realizados, considerando o respeito à vida, à dignidade humana e liberdade da pessoa humana ⁵².

O participante conhecido como E9 nesse estudo, ao demonstrar que percebe a gravidade da situação e a coexistência com o erro de medicação, não denota refletir sobre a implicação do erro com o Código Civil Brasileiro em seu capítulo II artigos 948, 949, 950, 951 sobre a condenação a todos aqueles que causarem dano a outrem no exercício de sua profissão por negligência, imprudência ou imperícia, ficando essa indenização pautada na gravidade do dano ²².

O Código de Enfermagem em seus artigos 12 e 21 aborda a responsabilidade do enfermeiro em garantir e proteger a pessoa de danos decorrentes de negligência, imperícia e imprudência e no artigo 38 diz que o enfermeiro deve se responsabilizar por falta cometida individual ou em equipe ²³.

A literatura sobre segurança do paciente mostra que eventos com medicamentos ocorrem e que muitos deles têm a característica de ser de difícil detecção pelo fato do paciente não apresentar reação visível. O evento pode acontecer e nenhum dano ser detectado; porém quando o dano é percebido geralmente é grave. Um dano pode ser temporário, deixar sequelas temporárias ou definitivas ou mesmo levar a óbito do paciente.

Estudo de Carvalho e Cassiani, sobre erros de medicação e sua consequência para profissionais e clientes, em que foram entrevistados enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, relata que dos 48 erros detectados, em 20 deles houve consequência para os pacientes nas primeiras 24 horas sendo: uma parada

cardiorrespiratória e uma septicemia, 3 episódios de aumento da dor e 15 situações em que houve alterações das condições gerais ⁵².

No Rio de Janeiro, foi realizado um estudo avaliando 112 prontuários no período de dezembro 2007 a fevereiro 2008 e o mesmo mostrou que de 16 eventos confirmados em 31,2% deles houve necessidade de intervenção para suporte da vida ⁵³.

Rozenfeld, Giordani e Coelho ao analisarem eventos adversos a medicamentos em um hospital terciário do Rio de Janeiro, por meio de um estudo piloto com rastreadores, concluíram que a incidência de eventos adversos à medicamentos foi de 26,6/100 pacientes. Dos 34 eventos confirmados, 32 causaram danos temporários e 2 contribuíram para o óbito ⁵⁴.

É necessário ainda que se lembre de toda a implicação ética e legal do profissional de enfermagem sob o aspecto jurídico. Os cuidados de enfermagem devem ser realizados, considerando o respeito a vida , à dignidade humana e liberdade da pessoa humana ⁵⁵.

Os dados encontrados na literatura e a análise dos discursos do presente estudo evidenciam que a terapia medicamentosa é um processo complexo e de difícil detecção dos eventos adversos. Assim, pode ser considerado de alta periculosidade, necessitando que mais esforços sejam dispensados na conscientização da equipe de enfermagem quanto ao compromisso rigoroso de respeito às normas da terapia medicamentosa, para um processo seguro e a convicção da responsabilidade de ser o último elo dessa cadeia com possibilidade de detectar um erro.

6.2.2 Categoria 2: A necessidade da atenção dirigida e centrada na atividade que está sendo desenvolvida.

A palavra atenção aparece em grande parte dos discursos como um aspecto importante e de grande relevância na terapia medicamentosa. Na opinião dos participantes ela é um dos fatores capazes de influenciar a ocorrência do erro de medicação no momento do preparo e administração.

Os participantes abordam a atenção como a necessidade de tê-la muitas vezes associada com foco para evitar o erro e a falta dela ligada a desatenção, distração ou dispersão. Os trechos reproduzidos abaixo ilustram isso:

“Falta de atenção, falta de atenção, acho o mais importante; no preparo de medicamento a pessoa tem que estar concentrada 100 % no que ela está fazendo para que não ocorra o erro.” (E2)

“As pessoas se distraem com facilidade [durante o preparo da medicação]... Nesse momento precisa focar sua atenção na medicação. [...] O funcionário tem que focar a atenção só naquilo que ele está fazendo, no momento da medicação ele tem que estar inteiro na medicação. Teria que focar só naquilo né?...”(E6)

“Erro de medicação é falta de atenção.[...] Primeiramente você presta atenção no que está fazendo, foco no paciente, medicação, porque nós estamos aqui, não é para brincar, porque são vidas entendeu?”. (AE9)

O participante identificado neste estudo como E6, em seu discurso aponta a necessidade de foco do profissional no que está fazendo, mas ao mesmo tempo constata a facilidade com que as pessoas se distraem. Por sua vez, o participante identificado como AE9 entende a necessidade da atenção focada na medicação e ainda alerta sobre a responsabilidade de não brincar, pois estão lidando com vidas.

Segundo Goleman, atenção é a capacidade de se manter concentrado apesar dos fatores de distração, que o ser humano tem ou desenvolve. É uma consciência panorâmica alternada com vigilância constante. Essa vigilância ocorre por meio dos vários tipos de atenção. Dentro do conceito de atenção, podem ser distinguidas mais de uma forma de atenção: seletiva, alerta, orientada e uma que administra todas, por meio dos circuitos cerebrais ⁵⁶.

O estudo dessa ciência da atenção vigilante, florescida durante a Segunda Guerra Mundial, ultrapassou o limite da vigilância e evoluiu afirmando que a competência com que se realiza uma tarefa é determinada pela capacidade de atenção. A força da atenção seletiva define a maior ou menor capacidade de concentração na atividade que se estiver realizando ⁵⁶.

O nível de atenção depende de vários fatores, sendo o principal deles o ânimo ou interesse. Manter o foco na atividade que se está desenvolvendo pode ser o fator determinante entre o sucesso e o fracasso do resultado. Assim, ter foco necessita planejamento do que se quer obter, disciplina na realização das tarefas de forma concentrada em cada detalhe ou etapa. É necessário que os profissionais de enfermagem se conscientizem da necessidade de abstenção de outras idéias que possam causar distração e favoreçam a possibilidade de erro. Outros participantes abordam em seus discursos a necessidade de focar atenção e também conferir a norma, conforme ilustram os discursos abaixo:

“...é preciso ter atenção primeiramente, e conferir principalmente os cinco certos, a dosagem, a via, o paciente, o leito”.(AE 7)

“Falta de atenção, distração. Porque assim, num minuto voce prepara uma medicação, mas se tiver distração o erro acontece. [...] O funcionário prestar bastante atenção, evitar distração e ter as medicações nos lugares certos, isso ajudaria muito”. (AE13)

O participante identificado como AE 13 entende e verbaliza a situação dizendo que com atenção, o preparo do medicamento pode ser realizado em um minuto, mas se houver distração pode ocorrer o erro e acrescenta que a organização local com tudo em seus lugares pode prevenir o erro. Já o participante denominado AE 7 aliou a necessidade de atenção ao uso da norma como forma de prevenir o erro.

Em um estudo publicado em 2013, a necessidade de mais atenção no que se está fazendo foi citada entre os participantes enfermeiros e técnicos de enfermagem entrevistados, respectivamente em 27,3% e 37,5% ⁵⁷.

Outro ponto destacado pelos participantes desta pesquisa, no decorrer de seus discursos, foram as conversas paralelas como fator importante para a desatenção. Alguns trechos dos discursos elencados abaixo, ilustram esse fato:

“Ah, desatenção, assim você se dispersar com conversa [...], eu procuro ficar muito focada mesmo, não conversar, não fazer brincadeira porque a gente precisa ler e reler as

etiquetas. ter muita atenção, não se dispersar, não conversar no momento da medicação. [...] É que as vezes a gente entra muito na rotina de ah já conhece o frasco, a corzinha do potássio, sabe que a medicação de risco vai vir com etiquetinha; então as vezes a gente não se atenta muito a isso, fica muito no visual e isso acarreta o erro” (AE25)

“Ah, eu acho que aqui a gente precisa de mais tranquilidade, tá mais concentrado no preparo e sem falar muito assim, estar mais ali né, sem que as pessoas fiquem falando com a gente. [...] Agora na hora do preparo você tem que tá bem concentrado, senão você não percebe [o erro]”. (AE26)

Para manter a atenção seletiva, propriedade que o indivíduo tem de manter a atenção concentrada em um único estímulo apesar dos muitos que estiverem apresentando-se ao mesmo tempo, é necessário abrir mão das emoções, por meio da inibição da emoção pelo sistema neural. Assim, quem tem melhor foco, também tem maior resistência para atravessar as turbulências com calma⁵⁰. Vale questionar se a desatenção ocorre pela falta de um objeto de interesse ou se as conversas paralelas são capazes de gerar estresse suficiente para estimular o sistema emocional e assim prejudicar a capacidade da atenção seletiva e com isso aumentar a propensão à ocorrência de erro.

6.2.3 Categoria 3: O ambiente funcional estressante e sua influência na terapia medicamentosa

O preparo e administração de medicação necessitam de estrutura favorável ao desenvolvimento correto dessas atividades, que se analisada adequadamente do ponto de vista do ambiente funcional do setor, poderá ofertar melhores condições de trabalho para os profissionais e favorecer a prevenção de erro nesta fase da terapia medicamentosa. Esta categoria foi analisada sob três vertentes.

Subcategoria 3a: A dinâmica funcional estressante predispõe ao erro.

A unidade de emergência, por sua necessidade peculiar de atendimento rápido e objetivo, gera uma rotina laboral de natureza ágil e estressante, que é

reconhecida pelos participantes como um ambiente funcional que predispõe ao erro durante a terapia medicamentosa.

A dinâmica ágil e estressante do setor associada ao disfuncional processo de distribuição de medicamentos pode gerar sobrecarga de trabalho, que se agrava quando o dimensionamento de pessoal encontra-se inadequado. Falta de pessoal e sobrecarga de trabalho foram também apontados pelos participantes como fatores relacionados ao ambiente funcional da emergência que podem predispor a ocorrência do erro medicamentoso, como remetem os discursos abaixo destacados.

“...muitas vezes a gente fica sobrecarregado, né? Depende do paciente, né e muitas vezes não dá tempo de fazer no horário certo, né e muitas vezes é capaz que a gente nem consegue fazer a medicação dependendo...”. (AE6)

“ [No Pronto Socorro há] sobrecarga de serviço. É o que mais... Desorganização do setor, redução no quadro de funcionários”. (E1)

“... [No Pronto Socorro há] grande quantidade de pacientes, [...] é muito paciente, pouco funcionário, falta de material...” (E9)

“É, aqui no caso do PS é estressante né, porque na medicação, onde se faz medicação, você tem uma tensão dos familiares, que é o tempo todo perguntando, por queixa de dor também, que horas vai fazer, questionando bastante [...] De repente, tá sob tensão, sob uma pressão né, fazer na correria o que não se deve. Pronto socorro realmente tem uma dinâmica diferente mas você tem que parar, ficar atenta ao procedimento que você vai fazer”. (E 8)

“...muito stress e pressão ou mesmo do médico ou do próprio enfermeiro. As vezes você tá sobrecarregado entendeu; ao invés de estar com 6 ou 5 pacientes, você tá com 7 ou 8 e você tem que dar conta de todos. Então assim a sobrecarga de trabalho... [...] Todos somos passíveis de erro, somos todos seres humanos. Mas principalmente a sobrecarga de trabalho e a pressão de outro profissional sobre você. Eu acho que a melhor distribuição dos pacientes críticos é importante [...] para não sobrecarregar um único profissional e diminuir então a possibilidade de erro”.(AE24)

Alguns participantes consideraram a unidade onde foi realizado este estudo como um local estressante, carregado de pressão por parte de familiares, número excessivo de pacientes, e pressão pela necessidade de fazer tudo muito rápido como sendo fatores possíveis de influenciar o acontecimento de erro. O participante denominado nesse estudo como AE 24 fala do estresse, sobrecarga de trabalho, pressão do médico, do enfermeiro e o número de paciente por funcionário como fatores de risco e sugere a distribuição melhor dos pacientes críticos como uma forma de reduzir ou diluir a pressão.

Uma pesquisa realizada em 2006 pela *Pan American Health Organization* juntamente com a *World Health Organization*, sobre empregabilidade e trabalho dos enfermeiros no Brasil, constatou que 58,7% dos entrevistados consideraram a atividade do enfermeiro como desgastante e estressante, 38,7 a definiram como cansativa, 21,0% uma atividade como outra qualquer e 8,6% consideraram a atividade de enfermeiro como algo prejudicial à saúde ⁵⁸.

Os achados do presente estudo sobre a dinâmica estressante no setor de emergência encontra respaldo na literatura, em estudo de 2012, sobre estresse em enfermeiros nas unidades de urgência e emergência, realizado em quatro hospitais públicos na cidade de Teresina (PI). Ao entrevistar 38 enfermeiros para analisar o nível de estresse, as autoras avaliaram que 10,5% possuíam baixo nível de estresse, 68,4% estavam na faixa de médio estresse e 21,1% encontrava-se com alto nível de estresse. Esse resultado levou as autoras a entenderem que a dinâmica da emergência exige maior dedicação dos enfermeiros e que os mesmos vivem em constante alerta e que situações desfavoráveis para a equipe de enfermagem geram desgaste emocional. Na opinião delas, enfermeiros que atuam em urgência e emergência necessitam de habilidades manuais e intelectuais para agir com rapidez e que isso gera estresse laboral ⁵⁹.

Panizzon, Luz e Fensterseifer, quanto à questão de estresse na equipe de enfermagem em unidade de emergência, mostraram que os três maiores fatores geradores de estresse na unidade de emergência são a carga de trabalho, dificuldades relacionadas com os clientes e processo e estrutura organizacional ⁴⁴.

Neste estudo o dimensionamento de profissionais apareceu sempre associado a sobrecarga de trabalho e alta demanda de pacientes, conforme descrevem os discursos abaixo:

“..tem que ter bastante funcionário, para na hora você não ficar muito sobrecarregado, né. Tem situações que precisa de bastante ajuda.[...] Tem bastante paciente por funcionário, e é sobrecarregado principalmente porque a gente não tem o número de pacientes que a demanda vai oferecer” (AE2)

“...melhorar a organização do setor né, acabar com essa falta de medicação, pra gente não ter que ficar correndo, pra todo lado pra ver se acha ou não medicação; ter um número melhor de funcionários pra atendimento dos pacientes, assumindo uma demanda correta que a gente sabe já está estabelecido”. (AE6)

“...Alta demanda de paciente, sendo todos urgentes, dificuldade de processo para pegar a medicação, a falha do processo, né? [...] As vezes a demanda é tão grande, a busca do medicamento, acaba atrapalhando, te tira a atenção e sobrecarrega, deixando nervosa, né? (AE11)

“...muito paciente, pouco funcionário [...], então você tem que correr o tempo todo. Geralmente a gente fica com seis pacientes, com prescrição que parece um jornal e aí se você não for muito rápido, não tem raciocínio rápido e ficar fazendo hora, você faz coisa errada, faz burrada e aqui tem muita intercorrência.” (AE 23)

O quadro de pessoal evidenciou ser fator estressor no desenvolvimento das atividades da enfermagem tendo em vista que a demanda de pacientes nos serviços de urgência e emergência é sempre imprevista e de complexidades variadas, o que leva o profissional a melhorar seu planejamento de trabalho para conseguir desenvolver todas as suas atividades. É sabido que a assistência a saúde necessita de planejamento e atenção centrada nas atividades para garantir a segurança ao assistido e, no entanto o que se observa é que exatamente a equipe carece de tempo para planejar seu fazer. Isto ocasiona o desenvolvimento de várias atividades ao mesmo tempo, e conseqüentemente, à possibilidade de possibilidade de erro.

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN - Nº 293 de 2004 dá diretrizes de dimensionamento de profissionais de enfermagens nas instituições de saúde em suas várias categorias, estabelecendo as horas de assistência de enfermagem baseadas na complexidade de cuidado dos pacientes, sendo: 3,8 horas de assistência de enfermagem para pacientes necessitados de cuidados mínimos ou autocuidado; 5,6 horas para pacientes de cuidado intermediário; 9,4 horas para pacientes em cuidados semi-intensivos e 17,9 para cuidados intensivos. O cálculo para chegar a esse valor em horas é feito pela classificação de complexidade do paciente. No Brasil o critério de classificação mais utilizado é o Sistema de Classificação de Pacientes de Fugulin⁶⁰.

Subcategoria 3b: A provisão inadequada de materiais e medicamentos influencia a ocorrência de falhas

Nos hospitais, quer sejam públicos ou privados, a responsabilidade do armazenamento de materiais e medicamentos está a cargo das farmácias hospitalares. A história da farmácia hospitalar teve início na idade média, com os remédios naturais e evoluiu com o surgimento dos fármacos industrializados⁵⁵. Sua importância cresce à medida que aumenta o número de medicamentos disponíveis no mercado. Embora a farmácia hospitalar seja de vital importância para a assistência segura aos pacientes e realização da administração segura de medicamentos em tempo correto, normalmente elas se configuram como Central de Abastecimento de Material e Medicamento (CAMM) e muitas vezes funcionam apenas como um estoque para distribuição, gerando uma atividade extra para a equipe de enfermagem que precisa se deslocar do seu local de assistência ao paciente, para adquirir o material e medicamento pra cuidar de seu paciente.

Os discursos em destaque denotam o quanto o assunto incomoda ao profissional e como ele percebe as possibilidades existentes de um modelo diferente de dispensação.

É, bom, esse momento poderia ser mais facilitado, se tivéssemos todas as medicações disponíveis, principalmente no postinho de enfermagem, porque a gente tem que se

deslocar até o CAM, o que gasta um pouquinho de tempo, ainda mais numa situação de emergência. [...] O que dificulta um pouquinho porque é pra ser rápido e acaba demorando pelo percurso que a gente tem até buscar a medicação. [...] ...às vezes a demanda é tão grande, a busca do medicamento acaba atrapalhando, te tira a atenção e sobrecarrega, deixa nervosa...” (AE11)

“É conturbado, porque aqui na emergência as medicações não vem por paciente, a gente tem que ir no CAM buscar e demora muito...” (AE12)

“É conturbado porque assim, a gente precisa buscar as medicações e administrar, é corrido; [...] ter as medicações nos lugares certos, isso ajudaria muito.” (AE13)

“...muitas vezes falta um medicamento, como soro e daí a gente fica meio que, não atrapalhada, mas tem que correr pra conseguir e providenciar para administrar; então isso as vezes atrapalha...” (AE22)

“...eu acredito que principalmente a disponibilização [de medicação] por pacientes [poderia melhorar o processo medicamentosos]. A gente não possui, por exemplo, kit para punção venosa específico, a gente não tem um kit para administração de um fármaco simples como dipirona. Então se a gente tivesse separado as ampolas, água destilada, agulha para aspiração, a seringa de 20 ml, se a gente tivesse isso já separado para ficar mais claro o preparo, facilitaria bastante”.(AE10)

“Eu falo que as ampolas aqui, por exemplo, eu acho são muito parecidas; então por exemplo você pega aqui hoje uma ampolinha de dipirona e uma furosemida pra você ver, a diferença é mínima; a cor das letras é igual, as letrinhas são todas pequenininhas, [...] tem que diferenciar muito uma ampola da outra, um soro do outro, pra chamar mais a atenção de quem tá preparando!” (AE20)

Os discursos abordam o deslocamento repetido do colaborador, gerando estresse aliado à falta de material e medicamento e desorganização setorial como potencializador de conturbação e produtor de estresse. Alguns participantes dão sugestões de melhoria, como denotam as falas destacadas acima, sobre medicações disponíveis no posto de enfermagem e, especialmente da auxiliar de enfermagem identificada como AE13 de ter as medicações nos lugares certos. Já a participante

AE10 deu a sugestão da criação de kits; enquanto a AE20 alerta para grande situação de risco pela semelhança existente entre as ampolas.

Uma das funções da farmácia hospitalar, além do armazenamento de materiais e medicamentos, é realizar a sua dispensação de acordo com as prescrições médicas, contribuindo assim para que o medicamento chegue corretamente ao paciente que dele precisa fazer uso. Materiais e medicamentos representam grande parte dos gastos nas unidades hospitalares se tornando assim a sua gestão de grande importância administrativa ⁶¹.

Devido a essa grande representatividade economico-financeira, os hospitais evoluíram com a sua forma de dispensação de materiais e medicamentos de um processo antigo de estoques nas unidades assistenciais para para os chamados Centros de Abastecimento de Materiais e Medicamentos (CAMM).

O processo possibilita uma melhoria na qualidade da assistência de enfermagem ao paciente, pois libera a equipe dos antigos e cansativos controles de lotes e validades dos produtos estocados. No entanto, se esse processo não for bem planejado e estruturado, pode gerar perda de tempo, desgaste do profissional e até mesmo levar a uma perda de estímulo e confiança do profissional com os gestores que fizeram o desenho do projeto³.

No que tange à potencialidade de erro medicamentoso relacionado à dinâmica funcional também citada pelos profissionais foi o inadequado processo de centralização de materiais no setor de emergência. Os profissionais referem em seus discursos que precisam se deslocar várias vezes durante seu período de trabalho para ter acesso à medicação, que fica armazenada no CAMM, o que pode ocasionar atraso na terapia medicamentosa, além de desgaste do profissional.

Nesta questão de dispensação de materiais e medicamentos, a abordagem é feita por grande parte dos auxiliares de enfermagem e apenas citada por alguns enfermeiros. Isso se explica por ser a atividade de preparo e administração de medicamentos uma função de responsabilidade da categoria de nível médio na maioria das instituições de saúde no Brasil.

Em um estudo publicado em 2012, em que foi feita revisão sobre fatores que influenciam os erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem, os autores apontaram: a) ambiente - falam que com a existência de um sistema de

medicação bem estruturado, é possível alcançar a diminuição de erros de medicação com planejamento e implementação de metas e normas, ações e regras; b) os efeitos da sobrecarga e condições de trabalho sobre o processo medicamentoso - citam a sobrecarga de trabalho, o cansaço e o estresse do profissional, como causas frequentes para erros, podendo gerar erros de dose, horário, técnicas e velocidade de infusão nas drogas endovenosas⁶².

Vale destacar que no local onde este estudo foi realizado, existe um CAMM trabalhando no sistema de distribuição individual, mas que a retirada deste material ou medicamento é feito pelo profissional de enfermagem, mediante a prescrição médica, fazendo com que o colaborador de enfermagem precise se deslocar do seu local de trabalho e se dirigir até a central para retirar a medicação de cada paciente.

No entendimento dos participantes, se o processo fosse melhorado, possibilitaria um ambiente com menor desgaste, redução no tempo de realização da medicação. Nesta questão do processo de distribuição de material e medicamentos apenas dois enfermeiros citaram esse fato, enquanto no grupo de auxiliares a queixa foi unânime. Isso não espanta porque, nesse local da pesquisa como na maioria dos hospitais brasileiros, a atividade de preparo e administração de medicamentos está a cargo do profissional auxiliar ou técnico de enfermagem.

Subcategoria 3c: O excesso de ruído e o uso de equipamento eletrônico prejudica a dinâmica de trabalho

O excesso de ruído ambiental e o comportamento da equipe no ambiente funcional da emergência usando dispositivo eletrônico, também foram apontados pelos entrevistados como fatores predisponentes ao erro durante terapia medicamentosa. Os discursos abaixo transcritos evidenciam isso:

“...no setor de urgência e emergência, não é só o paciente, é a família chamando o tempo inteiro, as especialidades, diversas equipes...” (E2)

“...olha eu acho que aqui no Pronto Socorro teria que ter um local mais reservado, que não fosse tão junto né, porque o

posto de enfermagem tem essa dificuldade, ser muito próximo da circulação de pessoas. Esse é um fator que acaba distraindo muito todo mundo, fala o tempo todo, todo mundo chama o tempo todo, muita gente circulando, né. O posto de enfermagem mais reservado seria uma das coisas que acho que facilitaria....” (E6)

“O momento de preparar a medicação é um momento que devemos ter bastante atenção, é um momento que é crítico. [...] A distração do profissional com uso de celular, uso de fone de ouvido, conversas paralelas na hora de aspirar [pode favorecer o erro]...” (AE17)

“ É difícil e corrido, são muitos pacientes... [...] Conversas paralelas, uso de celular e falta de atenção [podem influenciar a ocorrência do erro]...” (AE18)

“Depende do setor né... Aqui atrás nas internações, a gente tem o postinho, a gente prepara com mais tranquilidade; mas lá na frente, na medicação a gente fica muito próximo dos pacientes, aí eles ficam perguntando muitas coisas... [...] Ah eu acho que a gente precisa de mais tranquilidade, tá mais concentrado no preparo e sem falar muito assim, estar mais alí né, sem que as pessoas fiquem falando com a gente; essas coisas assim... [...] Lá na frente, na medicação, que são pacientes que chegam, lá você tem mais chances [de cometer erros] por causa que é muita gente. Um funcionário só para todos que chegam e eles ficam perguntando muita coisa, aí você para, fica olhando e as vezes você erra. [...] Tem que ter um ambiente mais tranquilo, um lugar só para medicação e que no momento em que a gente esteja fazendo medicação, a gente não tenha contato com os pacientes”. (AE26)

Santana, Souza, Soares e Avelino realizaram estudo de revisão de artigos publicados no período de 2000 a 2011 sobre os fatores que influenciam erro de medicação ou influenciam em sua redução. Analisaram 25 artigos, 7 materiais de parecer, resolução, diretriz e 5 livros, encontrando como resultado que ruídos gerados por conversas, sejam de pacientes ou profissionais de saúde, ou mesmo interrupções pelo toque do telefone, podem influenciar a ocorrência de erro de medicação ⁶².

Embora apenas os participantes auxiliares de enfermagem identificados com os números 17 e 18 tenham abordado em seus discursos o uso de celular e fone de ouvido o fato preocupa, pois interfere na atenção seletiva que inibe a emoção.

Segundo Goleman “*quanto mais poderosa é a nossa atenção seletiva, maior é a nossa capacidade de nos mantermos absortos no que estamos fazendo*”⁵⁴. Assim o celular e o fone de ouvido representam um foco de divagação e conseqüentemente quebra a harmonia da atenção.

O profissional de saúde precisa desenvolver em si a capacidade de observação, foco e atenção, como ferramenta imprescindível na comunicação com o paciente. É desenvolver a arte de se comunicar com o outro, observando todas as particularidades de uma comunicação adequada, que segundo Silva⁶³, “*envolve elementos e psicológicos, que ocorrem entre as pessoas e dentro de cada uma delas, em contextos interpessoais, grupais, organizacionais e de massa*”. Numa comunicação pressupõem-se um alguém emissor/ transmissor, uma situação a ser transmitida e outro alguém/ receptor. Ambos, transmissor e receptor também são emissores. Entretanto barreiras podem surgir nessa relação e prejudicar essa comunicação.

Silva, cita exemplos de ruídos e barreiras, os quais podem ser de ordem pessoal, (linguagem técnica, incompleta, preconceituosa); de ordem física (surdez, mutismo); psicológicos (personalidade, sentimentos, emoções); educacionais (cultural ou de formação) e organizacionais (status)⁶³.

O uso de celular e de fone de ouvido, pode ser encaixado em barreira de ordem física capaz de impedir a comunicação eficaz e de desviar a atenção do profissional sobre a atividade que ele está desenvolvendo, uma vez que o dispositivo pode possibilitar um alheamento do ambiente ou situação em curso. Tal alheamento ao mesmo tempo que inibe ao profissional o ruído ambiental, também pode impedir que o mesmo mantenha seu foco direcionado apenas para a qualidade da assistência e conseqüentemente para o preparo e administração segura da medicação

6.2.4 Categoria 4: A educação enquanto estratégia para evitar o erro

A educação, enquanto macro processo de desenvolvimento do ser humano, não possui limites de tempo, lugar ou época. O homem enquanto ser humano se educa desde o momento que nasce, seja pela observação do outro seja pela imitação ou por reflexão própria ao longo da vida. Isso faz da educação um processo social atemporal e necessário para a continuidade de qualquer sociedade.

Segundo Paulo Freire, o espaço ocupado pela educação na vida das pessoas cresce de acordo com o papel crescente que essas pessoas desempenham nas sociedades. No entendimento dele, o homem deve se preocupar com a sua própria educação de forma ativa e não ser apenas um passivo objeto dela⁵⁷. Nesta mesma vertente de pensamento, Delors entende que todo ser humano constrói a sua educação ao longo da vida, compondo o seu saber, adquirindo aptidões e capacidade de discernir e de agir⁶⁴.

Para Delors "...A educação ao longo da vida é uma construção continua da pessoa humana, do seu saber e das suas aptidões, mas também da sua capacidade de discernir e de agir..."⁶⁵.

No presente estudo, a educação profissional também foi relatada pelos participantes como fator passível de influenciar a prevenção e a ocorrência de erro no processo de preparo e administração de medicamentos, como evidencia a presente categoria.

Essa categoria foi composta por duas subcategorias que abordam a fragilidade de conhecimento técnico científico e a necessidade de educação permanente dos profissionais que atuam na terapia medicamentosa.

Subcategoria 4a: A fragilidade do conhecimento técnico-científico como fator influenciador do erro.

A fragilidade de conhecimento técnico científico apresentado pelos profissionais é, segundo o relato dos participantes, diferencial importante que pode interferir no bom desempenho das atividades profissionais. Assim, consideram que a ocorrência de erro durante o preparo e administração de medicamentos é possível devido ao despreparo técnico dos profissionais liberados no mercado de trabalho. Porém, ao mesmo tempo, percebem a necessidade de conhecimentos específicos por parte dos profissionais de urgência e emergência como pré requisito para trabalhar na unidade. Os trechos dos discursos abaixo destacam o conhecimento científico, o técnico e o farmacológico, como sendo essenciais na prevenção de erro de medicação:

“...eu acho, na minha opinião o profissional de urgência e emergência, tem que ter um conhecimento já de base. [...] Então, o conhecimento científico é muito importante, além do técnico. [...] Os profissionais tão vindo com despreparo, não sei onde é a falha, mas os profissionais tão vindo um pouco defasado relacionado ao preparo de medicamento e o conhecimento científico, principalmente relacionado ao medicamento com a doença”. (E2)

“O conhecimento científico de porque está fazendo aquela medicação, onde vai agir, se o paciente tem algum tipo de alergia, se já tomou aquela medicação ou se é a primeira vez”. (E3)

“...dependendo da medicação na emergência a gente tem que saber que é em bomba, se é fotossensível, se é vasopressora, é vasodilatadora senão, pra que efeito é a medicação. [...] Se eu conheço a medicação eu vejo que a dosagem não é de acordo né, na hora da diluição eu vejo que a cor é outra. Então a gente tem que conhecer tudo isso, inclusive se atentar a esses detalhes, eu acho que isso é o essencial. [...] Também além do conhecimento científico é a prática também, porque na hora da administração, também envolve a parte da medicação, porque às vezes se a medicação é feita para administrar rápido e endovenosa, também agride a veia do paciente, então a gente tem que atentar para isso...” (AE9)

“ ...você tem que conhecer algumas doses, até para que você não cometa erro, tipo uma iatrogenia no preparo das medicações. [...] A gente tem que conhecer os tipos de medicação, o que a gente trabalha e o que a gente vai utilizar para preparar e administrar. Se a gente conhece esses três itens dificilmente comete um erro de preparo ou de administração”. (AE10)

“...[fator que influencia o erro de medicação] tem inúmeros: a via, que já falei, a dose que o médico pede por mg e a gente tem que saber a ampola quantas mg tem. [...] [Para] melhorar e prevenir o erro tem que estudar, estudar bastante; quando voce entra numa unidade voce tem que ver quais as medicações que a unidade trabalha, a dosagem e a mg, pra quando o médico pedir voce já saber”. (AE19)

O participante identificado como E2 fala do despreparo profissional e da falta de conhecimento científico como fatores predisponentes de erro. Os auxiliares de

enfermagem identificados com os números 9 e 10 abordam o conhecimento científico aliado ao conhecimento técnico à medicação, como fator possível à prevenção do erro na proporção em que o conhecimento possibilita perceber uma dosagem errada, a necessidade de uso de bomba de infusão, de equipo fotossensível, bem como em que velocidade uma medicação endovenosa pode ser infundida. Já o participante identificado como AE19 destaca que o profissional tem a necessidade e a responsabilidade de estudar sempre.

Na área da saúde e principalmente na equipe de enfermagem que lida diretamente no preparo e na administração do medicamento ao paciente, a deficiência de conhecimento técnico e científico se configura como grande fator de risco para o paciente, pois potencializa todas as probabilidades do erro acontecer.

A fragilidade desse conhecimento também está intrinsecamente ligado ao não cumprimento do Código de Ética de Enfermagem que prevê como imperito aquele que executa função para a qual não está devidamente habilitado, mas também insere o profissional na negligência e imprudência, pois o mesmo deve ser capaz de fazer juízo de si próprio, reconhecer suas limitações e sair em busca de aprendizado. Isto é destacado na fala do participante AE10, que toma para si a responsabilidade de estar sempre estudando ²⁷.

Em estudo publicado em 2012 sobre fatores que influenciam e minimizam erros, os autores discutem que na formação do profissional de enfermagem é imperioso que ele entenda o sistema de medicação em toda sua amplitude, seus fluxos de atividades, o ambiente e que busque informação nas dúvidas e conhecimento com os fármacos ⁶².

Subcategoria 4b: A necessidade de educação permanente como ferramenta para prevenção do erro.

A educação permanente ou educação continuada aparece nos discursos dos participantes desta pesquisa como fator que pode influenciar a ocorrência de erro durante a terapia medicamentosa, à medida que pode ser direcionada para atividades que trabalhem em prol da prevenção do erro.

As falas abaixo destacam, inclusive, estratégias educacionais que podem ser utilizadas de distintas maneiras, para conscientização da equipe, informação e atualização:

“ A gente tem que conscientizar sempre o colaborador com a importância de fazer as coisas corretamente, centrado no que estiver fazendo, e tendo dúvida, perguntar. É uma educação continuada permanente”. (E5)

“ ...muita educação continuada com auxiliar, técnico, enfermeiro; muita orientação pedir para ter o máximo de cuidado possível. [...] Aqui, no caso, temos um enfermeiro responsável pra isso, mas até mesmo os enfermeiros estarem dando essas orientações e até ter um DEF em cada setor, para eles tirarem as dúvidas seria legal”. (E9)

“...palestras que frizem mais, porque a gente sabe o que tem que ser feito mas na correria acaba não fazendo entendeu? Então acho que o aumento de funcionário e o aumento de avisos para a gente não tá cometendo erro”. (AE3)

“Eu acho que é importante sempre atualizar a equipe de enfermagem. Acho importante treinar a equipe do CAM porque as medicações têm nomes comerciais e às vezes a equipe do CAM tem dúvida. E na hora da correria, a equipe de enfermagem pode não se atentar à isso. [...] Acredito que esse pessoal precisa sempre ser treinado, sempre se atualizar porque o nome de medicação está sempre mudando, laboratórios novos, por isso que acredito que é importante a reciclagem de toda equipe de enfermagem, médica, administrativo do CAM que trabalha indiretamente, o pessoal da farmácia. Por isso acredito que a reciclagem é um passo importante desse processo”. (AE8)

“...Palestras, muita palestra, muita orientação, muita palestra, muita assim reuniões... Bem, reuniões, acho que não resolve muito... Assim, muitas orientações toda semana; orientação do que está acontecendo, o que está vindo, não só no pronto socorro. [...] Isso evita muita coisa. Aquela coisa assim, da gente ser reconhecida profissionalmente, sabe? Por exemplo, o que está acontecendo em todos os setores, tá administrando palestras, mostrar pra gente o que está acontecendo; tipo assim, ser priorizados. A gente vai

se sentir mais valorizados... [...] Por parte da chefia estar motivando com reuniões, mostrando pra gente o que está acontecendo, a gente vai se sentir mais valorizado. Chefia orientando nós de tudo que está acontecendo, pra gente já é um diferencial". (AE9)

"Orientação, treinamento para medicações de pouco uso e para as de uso mais comuns; e que o profissional preste atenção, confira sempre medicação, paciente e que faça uso sempre da PM". (AE18)

Ao falar em educação permanente se entende como sendo o processo de desenvolvimento pessoal, para promover não apenas a formação técnica específica da função que o ser humano desenvolve, como também a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes. É uma capacidade em desenvolvimento, uma competência a ser desenvolvida. Envolve o ser humano estar em constante aprendizado, em todas as relações ⁶⁶.

Bezerra entende educação como um processo que possibilita ao indivíduo a obtenção de conhecimentos, para o desenvolvimento de sua habilidade profissional e pessoal, mediante o contexto da realidade institucional e social onde está inserido ⁶⁷.

A educação permanente em saúde atualmente se traduz em um processo pedagógico e educativo que usa o cotidiano do trabalho como referência para melhoria de processos de trabalho, buscando garantir segurança e alcance da velocidade com que a ciência tecnológica se desenvolve. Mas a educação permanente também se preocupa com a melhoria das relações, permeando o entrosamento profissional de saúde/ paciente; profissional/profissional de todas as categorias e a construção das relações dos processos institucionais.⁶⁵

Ceccim analisa a educação permanente em saúde, onde encontra-se o profissional de enfermagem inserido, como um processo que deve ser analisado frente aos componentes do quadrilátero de formação; análise da formação do profissional que envolve mudança de concepção; análises das práticas de atenção à saúde construindo práticas seguras integralizadas e humanizadas; análise da gestão setorial considerando a atenção às necessidades de saúde e a satisfação do usuário e análise da

organização social construindo um atendimento que supra as necessidades sociais por saúde ⁶⁸ .

Os participantes deste estudo focaram a educação permanente ou educação continuada como um processo passivo, onde existe a figura do professor e do aluno, envolvendo um ser apenas recebendo as informações sem a necessidade ou preocupação da busca ativa pelo conhecimento. O modelo de sala de aula é ultrapassado, pois a aquisição de conhecimento com o progresso da tecnologia se tornou dinâmico e possibilitou facilidades para que todos tenham acesso.

Pela fala destes participantes eles se colocaram em uma posição passiva de apenas receptor daquilo que lhe for fornecido; não se colocando como agente de sua própria vida e educação, contrariando preceitos de Freire que diz que o ser humano deve ser o sujeito de sua educação e não o objeto ⁶⁴ . Esta atitude passiva foge também dos preceitos éticos e legais da categoria, que diz que ele é responsável por fornecer uma assistência livre de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência ²³ .

7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos discursos dos colaboradores do serviço de emergência possibilitou identificar os principais fatores influenciadores do erro de medicação. Os fatores foram agrupados em quatro categorias: a normatização das ações de enfermagem no preparo e administração de medicamento; a necessidade da atenção dirigida e centrada na atividade que está sendo desenvolvida; o ambiente funcional estressante e sua influência na terapia medicamentosa e a educação enquanto estratégia para evitar o erro.

Na percepção dos participantes parece haver o conhecimento de que o erro existe, porém o mesmo parece ainda ser compreendido como decorrente da ação do outro, minimizando sua parcela de participação como ator do processo, que necessita de atenção e respeito às normas. O conhecimento dos “certos da medicação” denotou ser um conhecimento superficial, de ouvir falar e decorado, mas não aplicável. Existe a consciência do risco de dano, contudo parece haver certo distanciamento, algo que o colaborador sabe que existe, mas que está distante dele e não que faz parte das suas ações.

O grupo de enfermeiros deste estudo verbaliza saber da existência do erro, porém não evidenciaram em seus discursos estarem inseridos em ações concretas focadas na segurança do processo da terapia, justificando a ocorrência do erro como sendo influenciado pela alta demanda. O ambiente foi considerado problema e a falta de conhecimento também. No entanto, o grupo de enfermeiros entrevistados denotou consciência da situação preocupante, descrevendo o ambiente tumultuado como algo que necessita de mudança e a falta de conhecimento como consequência proveniente da formação profissional frágil.

O apontamento pelos enfermeiros participantes de que o processo de educação continuada é responsabilidade de um enfermeiro com essa denominação mostra-se preocupante, uma vez que possibilita questionar a função educadora de todo enfermeiro, denotando haver certa acomodação frente à problemática existente. Este é um dado evidenciado pelo presente estudo que se mostra relevante e preocupante, pois remete a questionamentos acerca do real envolvimento do enfermeiro, líder da

equipe, com ações e estratégias concretas para o monitoramento e prevenção de erros medicamentosos

Partindo dos resultados evidenciados pelo presente estudo e das reflexões colocadas é possível elaborar um programa de treinamento e conscientização da importância da terapia medicamentosa em todas as suas etapas. Este programa deve usar de estratégias ativas, mas que também promovam a reflexão necessária à mudança de atitude. E também se faz necessário que sejam feitas pesquisas que possibilitem a avaliação da eficácia do treinamento em longo prazo.

Embora este estudo tenha limitações, sendo uma delas o encerramento da pesquisa pelo fator limitante tempo e não pela saturação dos discursos, a dificuldade da coleta desgastando o pesquisador e conseqüentemente a pesquisa, os dados encontrados são de extrema importância para a prática da enfermagem, na medida em que apontam a problemática do erro medicamentoso e seus fatores influentes, além de possibilitar direcionamento para novos estudos.

Estudos futuros precisam ser desenvolvidos, analisando todos estes fatores de risco para o erro de medicação, traçando caminhos e elaborando estratégias para a melhoria contínua da terapia medicamentosa.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS; To Err is Human: building a safer health system. Committee on quality of health care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy; 2000.
- 2 - Bates DW et al; Incidence of Adverse Drug Events and Potential Adverse Drug Events. JAMA; July 5, 1995; vol. 274, nº 1.
- 3 - Harada MJCS, Pedreira MLG, Peterlini MAS, Pereira SR e col; O erro humano e a segurança do paciente. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2006.
- 4 - Vincent C; Segurança do Paciente: Orientações para Evitar Eventos Adversos. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2009.
- 5 - Couto Filho AF; Souza AP; Responsabilidade Civil Médica e Hospitalar. 2ª ed. Rio de Janeiro- Lumen Juris, 2008; p. 31
- 6 - Cassiani SHDB; A Segurança do Paciente e o Paradoxo no Uso de Medicamento. Revista Brasileira de Enfermagem [on line]; 2005; v. 58, n. 1, p. 95-99.
- 7 – World Health Organization (WHO) - World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2008-2009, WHO; June 2008.
- 8 - Coimbra JAH; Prevenção e detecção de erros de medicação. Rev Ciências, Cuidado e Saúde; 2006; v.5, p. 142-8.
- 9 – Institute for Healthcare Improvement (IHI) 5 Million Lives Campaign: How to Guide: Adverse Drug Events Medication reconciliation; 2008. Disponível em: <http://www.ihl.org/IHI/Program/Campaign>
- 10 - World Health Organization. Patient Safety Workshop Learning From Error.Suíça: WHO; 2008.
- 11 - Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – (REBRAENSP), Pólo São Paulo; Disponível em: [http://www.rebraensp.com.br/polo São Paulo](http://www.rebraensp.com.br/polo_São_Paulo)
- 12 – Instituto Qualisa de Gestão: Programa de Segurança do Paciente; disponível em: www.iqg.com.br/pbsp/introducaophp
- 13 - World Health Organization. The International Classification for Patient Safety; Switzerland: WHO; 2009.
- 14 - Silva AEB de C; Segurança do Paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. Disponível na Revista Eletrônica de Enfermagem (REE) em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12n3a1; 2010; UFG.

- 15 - Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP), Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), Pólo São Paulo. Os 10 passos para a segurança do paciente.; São Paulo; 2010.
- 16 - Santos JO, Silva AEB de C, Munari DB, Miasso AI; Conduas adotadas por Técnicos de Enfermagem após ocorrência de erros de medicação. Acta Paulista de Enfermagem; 2010; 23(3): 328-33.
- 17 - Watcher RM; Compreendendo a segurança do paciente. Tradução Laura Souza Berquió. Porto Alegre: Artmed; 2010
- 18 – Portal Anvisa; Resolução Diretoria Coletiva (RDC) nº 63; 2011; disponível in www.portal.anvisa.gov.br
- 19 – Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013, Programa Brasileiro de Segurança do Paciente. Disponível em bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
- 20 – Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Portaria Nº 1.377 de 09 de julho de 2013, aprova os Protocolos de Segurança do Paciente
- 21 – Ministério da Saúde , Gabinete do Ministro, Portaria Nº 2.095, aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente
- 22 - Cúria LR, Céspedes L, Nicoletti J. 13.ed. Editora Saraiva, editor. Vade Mecum. São Paulo; 2012.
- 23 - Conselho Regional de Enfermagem (COREN-SP). Principais Legislações para o Exercício de Enfermagem. Revisão ortográfica, 2ª edição; jan. 2013.
- 24 - Conselho Regional de Enfermagem (COREN-SP), Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), Pólo São Paulo. Erros de medicação: definições e estratégias de prevenção. São Paulo; 2011.
- 25 – Anacleto TA, Rosa MB, Neiva HM, Martins MAP; Erros de Medicação. Revista Farmácia Hospitalar; jan-fev, 2010.
- 26 - Wannmacher L; Uso racional de medicamentos, Erros: evitar o evitável. Brasília; junho, 2005; v. 2, n. 7
- 27 - Lopes CHA de F, Chaves EMC, Jorge MSB; Administração de Medicamentos: análise da produção científica de Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem; 2006; set-out, 59(5): 684-8.
- 28 - Melo ABR; Segurança na terapia medicamentosa: uma revisão bibliográfica. Esc. Anna Nery. Revista Brasileira de Enfermagem; 2008; mar, 12(1): 166-72.

- 29 – Silva AEB de C, Cassiani SHB, Miasso AI, Opitz SP; Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. Acta Paulista Enfermagem; 2007; 20(3): 272-6.
- 30 – Coimbra JAH, Cassiani SHB; Responsabilidade da Enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade da assistência. Rev Latino-Am. de Enfermagem. Ribeirão Preto; mar/abr, 2001; v.9, n.2.
- 31 – Ferreira ABH, mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa, coord. Marina Baird Ferreira, 8. ed. rev atual – Curitiba – positivo, 2010, 960 p.
- 32 – Silva BK, Silva JS da, Gobbo AFF, Inocenti A; Erros de medicação: condutas e propostas de prevenção na perspectiva da equipe de enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem; 2007; v. 9, n.3: 712-23. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9n3a11.htm>
- 33 – Braga QP, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB, Silva AEBC; Percepções dos Profissionais de Enfermagem sobre a Ocorrência de Eventos Adversos e Incidentes na Unidade de Pronto Socorro de um Hospital da Rede Sentinela. Faculdade de Enfermagem UFG; 2010.
- 34 – Carvalho VT, Cassiani SHB, Chiericato C, Miasso AJ; Erros Mais Comuns e Fatores de Risco na Administração de Medicamentos em uma Unidade Básica de Saúde. Rev Latino-Am. de Enfermagem. 1991; v. 7, n.8.
- 35 – Coimbra JAH, Cassiani SHB; Segurança na Utilização de Medicamentos: Dificuldade na Detecção de Erros na Medicação e Algumas Propostas de Prevenção. Ciências, Cuidado e Saúde. Maringá; mai-ago, 2004; v. 3, n. 2: 153-160.
- 36 – Oliveira RC, Camargo AEB, Cassiani SHB; Estratégia para Prevenção de Erros de Medicação no Setor de Emergência. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, jul-ago, 2005; v. 58, n.4.
- 37 – Kawano DF, Pereira LR, Ueta JM, Freitas O; Acidentes com os Medicamentos: Como Minimizá-los. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. Brasília, out-dez, 2006; v. 42, n. 4.
- 38 – Miasso AI, Silva AEBC, Cassiani SHB, Grou CR, Oliveira RC, Fakh FT; O Processo do Preparo e Administração de Medicamentos: Identificação de Problemas para propor Melhorias e Prevenir Erros de Medicação. Rev Latino-Am. de Enfermagem. Ribeirão Preto, mai/jun, 2006; v. 14; n. 3.
- 39 – Freitas DF, Oda JY; Avaliação de fatores de risco relacionados às falhas durante a administração de medicamentos. Arquivo de Ciência e Saúde. Unipar. Umuarama, set/dez, 2008; v. 12, n. 3: 231-7.
- 40 – Minayo MCS; (organizadora), Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade, 31. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

- 41 - Santos AE dos, Padilha KG; Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. Rev. Bras. Enferm. 2005 jul-ago; 58(4);429-33
- 42 – Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde – CNS. Resolução 466/2012. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília (DF) 2013 jun. 13.
- 43 – Bardin L; Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
- 44 - Panizzon C; Luz AMH; Fensterseifer LM. Estresse da equipe de enfermagem de emergência clínica. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS), 2008 – set 29 (3): 391-9.
- 45 - Clayton BD; Stock YN; Cooper SE. Farmacologia na prática da enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012
- 46 – Os 9 certos da administração de medicamentos; disponível in www.portaldaenfermagem.com.br/destaque_read.asp.
- 47 - Fassarella CS; Bueno AAB; Souza ECC de; Segurança do Paciente no Ambiente Hospitalar: os Avanços na Prevenção dos Eventos Adversos no Sistema da Medicação. Rev Rede de Cuidados em saúde.
- 48 – The 12 Rights of Medication Administration, disponível in www.nursegermz.com/nursing.tips/12 rights of medication
- 49 - Machado GM, Cognição, Percepção e Apercepção – Psicologia InfoEscola, disponível em www.infoescola.com/psicologia/cognição-percepção-e-apercepção
- 50 - Carvalho VT, Cassiani SHB. Erros na Medicação: Análise das Situações Relatadas pelos Profissionais de Enfermagem. Medicina Ribeirão Preto 2000. 33: 322-330.
- 51 - Franco JN, Ribeiro G, D’Innocenzo M, Barros BPA. Percepção da Equipe de Enfermagem sobre Fatores Causais de Erros na Administração de Medicamentos. Rev Bras. Enferm. Vol. 63. Brasília Nov/Dez. 2010.
- 52 - Carvalho VT de; Cassiani SHB. Erros na Medicação e Consequências para Profissionais de Enfermagem e Clientes: um estudo exploratório – Rev. Latino-Am. Enfermagem vol. 10 nº 4 Ribeirão Preto. July/aug. 2002.
- 53 - Roque KE; Melo ECP. Avaliação dos Eventos Adversos a Medicamentos no Contexto Hospitalar. Esc. Anna Nery - vol. 16 nº 1 Rio de Janeiro - Mar 2012.
- 54 - Rozenfeld S; Giordani F; Coelho S. Eventos Adversos a Medicamentos em Hospital Terciário: estudo piloto com rastreadores. Rev Saúde Pública vol 47 nº 6 São Paulo Dec. 2013

- 55 - Rosentock KIV, Soares MJGO, Santos SR, Ferreira ASMF. Aspectos Éticos no Exercício da Enfermagem: revisão integrativa da literatura. Cogitare Enferm. 2011, out/dez.16(4):727-33
- 56 - Goleman D, Foco A atenção e seu papel fundamental para o sucesso. São Paulo: Ed. Objetiva; 2013
- 57- Abreu FGS, Erros de Medicação: Avaliação da Prescrição e Percepção dos Profissionais de Enfermagem, Ceilândia, 2013
- 58 - Pan American Health Organization/ World Health Organization -Empregabilidade e trabalho dos enfermeiros no Brasil. Instituto de Medicina Social UERJ. Rede observatório de recursos humanos em saúde. Relatório Final. Rio de Janeiro: UERJ, 2006.
- 59 - Avelino FVSD et al, Estresse em Enfermeiros do Setor de Urgência e Emergência. REUFPI – revista de Enfermagem da UFPI
- 60 – Conselho Federal de Enfermagem - COFEN – Resolução nº 293/2004 – disponível em www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004_4329.html
- 61 - Pereira LL, Gestão em Saúde, tendências, inovações e perspectivas/ Pereira LL, Chanes M., Galvão CR - (organizadores), 1. ed – São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2010.
- 62 - Santana JCB; Souza MA de; Soares HC; Avelino KSA. Fatores que Influenciam os Erros de Administração de Medicamentos pela Enfermagem – Rev Enferm. V 15 N° 01 jan/ abr; 2012 (disponível em Google Acadêmico)
- 63 – Silva MJP da; Comunicação tem Remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde; 8ª edição; novembro de 2011; edições Loyola; São Paulo; Brasil; 2002
- 64 – Freire P. Educação e Mudança. Paz e Terra; 12º edição.
- 65 - Delors J. e col. Educação: um Tesouro a Descobrir. Relatório para UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI, MEC - Ministério da Educação e Desporto; Cortez; 1998.
- 66 – Paschoal AS, Mantovani MF, Méier MJ. Percepção da Educação Permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. Rev.Esc.Enferm.USP, 2007; 41(3):478-84.
- 67 - Bezerra ALQ. O Contexto da Educação Continuada em Enfermagem. São Paulo; Lemar e Martinari; 2003.
- 68 – Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunic, Saúde, Educ 2004. 9(16): 161-77.

ANEXOS

ANEXO 1



INSTITUTO DE
PESQUISA
SANTA CASA DE SÃO PAULO

PROCOLO

FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÕES

Título da pesquisa: A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE OS FATORES QUE PODEM INFLUENCIAR A OCORRÊNCIA DE ERRO DE MEDICAÇÃO E AS ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

Pesquisador responsável: Cremilda Maria Correa

e-mail: cremildacorrea@yahoo.com.br Cel: (11) 9 8534-8032

Departamento/Unidade : Unidade de Emergência do Hospital Central - ISCMSP

Orientadora: Luciane Lucio Pereira e-mail: llpereira@ung.com.br tel: (11) 9 7537-5932

Co-autor(es): Não se Aplica

Finalidade da Pesquisa: (x) Mestrado; () Doutorado; () Pós-Doutorado;

() Iniciação Científica; () Trabalho de Conclusão de Curso; () Patrocinado pela

Indústria; () Outros - especificar.....

Prof Dr José César Assef
Diretor do Serviço de Emergência
CRM 46.738

Diretor do Departamento / Serviço / Unidade Assistencial
(assinatura e carimbo)

Diretor do Departamento / Serviço / Unidade Assistencial
(assinatura e carimbo)

Diretor do Departamento / Serviço / Unidade Assistencial
(assinatura e carimbo)

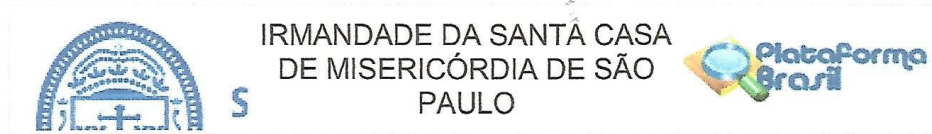
ANEXO 2



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - COAEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE OS FATORES QUE PODEM INFLUENCIAR A OCORRÊNCIA DE ERRO DE MEDICAÇÃO E AS ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO		2. Número de Participantes da Pesquisa 100	
3. Área Temática			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome OREMILDA MARA CORREA			
6. CPF 034.630.058-91	7. Endereço (Rua, n.º) LODFOREN 51125 VILA CLEMENTINO-CASA 513 SAO PAULO SAO PAULO 04640030		
8. Nacionalidade BRASILEIRO	9. Telefone (11) 5081-2507	10. Outro Telefone:	11. Email oremilmacorrea@pafos.com.br
12. Cargo			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sempre que favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tanto ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data <u>20</u> / <u>01</u> / <u>2014</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome IRMÃDADÉ DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO	14. CNPJ 02.775.165/0001-90	15. Unidade/Origem:	
16. Telefone (11) 2175-7088	17. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso do responsável pela instituição: Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável	<u>Jose Cesar Assaf</u>		CPF: <u>07YY71Y48-60</u>
Cargo/Função:	<u>DIRETOR SERVIÇO DE ENFERMAGEM</u>		
Data <u>21</u> / <u>22</u> / <u>14</u>		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica			

ANEXO 3



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE OS FATORES QUE PODEM INFLUENCIAR A OCORRÊNCIA DE ERRO DE MEDICAÇÃO E AS ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

Pesquisador: CREMILDA MARIA CORREA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25613914.5.0000.5479

Instituição Proponente: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 628.216

Data da Relatoria: 17/03/2014

Apresentação do Projeto:

A busca por segurança nos processos de assistência à saúde em todas as suas esferas tem levado os Serviços de Saúde a reverem seus processos assistenciais avaliando os potenciais riscos e elaborando protocolos criando barreiras que possam prevenir a ocorrência de erros. Dentre os processos assistenciais o de terapia medicamentosa tem preocupado os serviços por ser um processo multissistêmico envolvendo várias categorias profissionais podendo gerar alto grau de potencialidade para a ocorrência de erro se não estiver bem estruturado. Sendo a terapia medicamentosa uma atividade diária e rotineira da equipe de enfermagem isso nos mostra a necessidade de conhecimento aprofundado desse processo. O presente estudo tem por objetivo conhecer a percepção da equipe de enfermagem de uma instituição hospitalar a respeito dos fatores capazes de influenciar a ocorrência do erro de medicação no momento do preparo e administração. Será uma pesquisa descritiva, transversal, de campo com abordagem qualitativa. A coleta de dados será feita em uma unidade de emergência após serem seguidos todos os ditames éticos. Os

Endereço: SANTA ISABEL

Bairro: VILA BUARQUE

CEP: 01.221-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2176-7689

Fax: (11)2176-7688

E-mail: cepsc@santacasasp.org.br



Continuação do Parecer: 628.216

dados serão analisados segundo a Análise de Conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer a percepção da equipe de enfermagem de uma instituição hospitalar a respeito dos fatores capazes de influenciar a ocorrência de erro de medicação.

Objetivo Secundário:

- Conhecer a percepção da equipe de enfermagem a respeito do momento do preparo e administração da medicação; - Conhecer a percepção da equipe de enfermagem à respeito de erro de medicação; - Propor estratégias para prevenção do erro de medicação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Serão coletados dados através de uma entrevista, onde será utilizado um gravador de voz e seu conteúdo armazenado em forma de arquivo digital no computador. A participação implicará em riscos mínimos que poderão ser advindos de um possível desconforto ao responder as perguntas norteadoras. Estas entrevista não interferirá na atividade profissional.

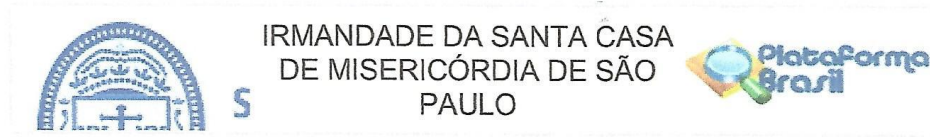
Benefícios:

Espera-se que o resultado desta pesquisa traga maiores esclarecimentos sobre a percepção que o profissional de enfermagem possui a respeito dos fatores capazes de influenciar a ocorrência de erro de medicação e as possíveis estratégias de prevenção

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

composta por informações de caracterização dos participantes, como: idade, sexo, formação, tempo de formado e tempo de trabalho na Unidade de Emergência. A segunda parte conterà questões norteadoras sobre o objeto de estudo, podendo outras questões serem inseridas durante a entrevista para aprofundamento de algum dado que emergir do discurso do participante. A identificação dos possíveis participantes da pesquisa inicialmente será feita por meio de contato com a chefia de enfermagem da Unidade de Emergência para consulta da escala mensal de trabalho

Endereço: SANTA ISABEL
Bairro: VILA BUARQUE **CEP:** 01.221-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2176-7689 **Fax:** (11)2176-7688 **E-mail:** cepsc@santacasasp.org.br



Continuação do Parecer: 628.216

para obtenção de uma lista de nomes. Num segundo momento será feito contato individual com cada provável participante fazendo-lhe o convite para participar da pesquisa. Em caso de concordância será marcada a data e o local da entrevista. As entrevistas acontecerão em local de escolha dos participantes e serão gravadas com a concordância previa deles. As gravações serão transcritas e submetida a todas as fases da análise de dados. O início da coleta será após explicação sobre os objetivos da pesquisa e solicitará a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). O pesquisador ainda explicará sobre a necessidade de gravar as respostas e garantirá a cada entrevistado o sigilo e a confiabilidade dos dados, enfatizando o caráter voluntário de sua participação, esclarecendo que o mesmo não receberá nenhum pagamento por isso. O início da pesquisa acontecerá após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição do local da pesquisa

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
de acordo

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Pendência (s) atendida (s) e aprovada (s) nesta data.

Apresentar relatórios parciais e final do projeto. Primeiro 28/10/14. (modelo na página do CEP)

Endereço: SANTA ISABEL
 Bairro: VILA BUARQUE CEP: 01.221-010
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)2176-7689 Fax: (11)2176-7688 E-mail: cepsc@santacasasp.org.br



S

IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DE SÃO
PAULO



Continuação do Parecer: 628.216

SAO PAULO, 28 de Abril de 2014

Assinador por:
Nelson Keiske Ono
(Coordenador)

Endereço: SANTA ISABEL
Bairro: VILA BUARQUE CEP: 01.221-010
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)2176-7689 Fax: (11)2176-7688 E-mail: cepssc@santacasasp.org.br

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: A Percepção da equipe de enfermagem sobre os fatores que influenciam a ocorrência de erro de medicação e as estratégias de prevenção

Eu, _____ RG Nº _____ de livre e espontânea vontade, como profissional de Enfermagem da unidade de Emergência, aceito participar da pesquisa com o título acima, com a mestrandia da Universidade de Guarulhos, a enfermeira Cremilda Maria Corrêa, sob a orientação da Profª Dra Monica M. Trovo. A pesquisa tem o objetivo de relatar a percepção que a equipe de enfermagem tem sobre os fatores que influenciam a ocorrência de erro de medicação. Estou ciente que participarei de uma entrevista, que será gravada onde me será perguntado os meus dados pessoais e uma questões norteadoras sobre o tema, “o que influencia a ocorrência de erro de medicação”. Nenhum outro procedimento será realizado. Estou ciente que terei minha liberdade garantida e que poderei retirar meu consentimento no momento que eu quiser sem qualquer prejuízo à minha pessoa, entrando em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa – CEP da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, sito à Rua Santa Isabel, nº 305, 4º andar, telefone (11) 2176-7689. As informações fornecidas por mim, quando publicadas, manterão em sigilo o meu nome. Estou esclarecido de que não haverá nenhuma despesa para mim e que também nenhum pagamento será feito pela minha participação nessa pesquisa. Sei também que a qualquer momento da pesquisa em que eu quiser ter acesso ao pesquisador, isso poderá ser feito através do **tel. 9 8534-8032 ou pelo e-mail cremildacorrea@yahoo.com.br.**

Assinatura do Participante da Pesquisa

Nome

legível do participante

Pesquisadora Cremilda Maria Corrêa - RG 5.513.804-4 Tel: (11) 98534-8032

APÊNDICE 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA

PARTE I – Caracterização da amostra

- 1 – Idade: _____ a _____ meses Código _____
- 2 – Sexo: 1 – Masculino () 2 – Feminino ()
- 3 – Formação () Enfermeiro () Téc. de enfermagem () Auxiliar de Enfermagem
- 3.1 - Tempo de formado: () 1 a 5 anos () 6 a 10 anos () + de 10 anos
- 4 – Há quanto tempo você trabalha na Unidade de Emergência? _____

PARTE II

- 5 – Como é o momento de preparar a medicação na Unidade de Emergência?
- 6 – O que é preciso para realizar corretamente a administração de medicamentos na Unidade de Emergência?
- 7 – O que é para você um erro de medicação?
- 8 – Como é possível perceber um erro no momento de preparo e administração de medicação?
- 9 – Que tipo de fator pode influenciar a ocorrência de um erro de medicação?
- 10 – O que pode ser feito para prevenir o erro de medicação no momento do preparo e administração?

APÊNDICE 3

**Transcrição das entrevistas
Gravado em mídia digital**