



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem

Brasil

Corbellini, Valéria Lamb; Lore Schilling, Maria Cristina; Frantz, Solange Fassbinder; Gonçalves  
Godinho, Tatiana; Urbanetto, Janete de Souza

Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem

Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 64, núm. 2, março-abril, 2011, pp. 241-247

Associação Brasileira de Enfermagem

Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019461004>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem

*Medication-related adverse events: perception of nursing aides*

*Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepción de técnicos y auxiliares de enfermería*

**Valéria Lamb Corbellini<sup>I</sup>, Maria Cristina Lore Schilling<sup>I</sup>,  
Solange Fassbinder Frantz<sup>II</sup>, Tatiana Gonçalves Godinho<sup>III</sup>, Janete de Souza Urbanetto<sup>I</sup>**

<sup>I</sup>Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Curso de Graduação de Enfermagem. Porto Alegre, RS

<sup>II</sup>Hospital Mãe de Deus. Porto Alegre, RS

<sup>III</sup>Hospital São Lucas. Porto Alegre, RS

**Submissão:** 06/12/2009

**Aprovação:** 07/11/2010

### RESUMO

O processo de administração de medicamentos está relacionado a um índice elevado de eventos adversos e têm sido foco de investimento das instituições. Este estudo propôs-se a conhecer a percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem sobre eventos adversos relacionados a medicamentos. Foi realizada uma pesquisa qualitativa com dez profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem de uma unidade de internação clínico-cirúrgica, em um hospital universitário da cidade de Porto Alegre, RS, Brasil. Os resultados evidenciaram que os fatores mais comumente envolvidos em erros de medicação são a sobrecarga de trabalho, a identificação incorreta do paciente, além de outros fatores associados. Conclui-se que há necessidade de se desenvolverem ações para favorecer uma mudança de cultura que garanta a segurança do paciente nas instituições hospitalares.

**Descriptores:** Erros de medicação; Enfermagem; Educação.

### ABSTRACT

The process of administering medication is linked to an elevated rate of adverse events and has been the focus of institutional investments. This study aimed at uncovering the perception of nursing aides regarding medication-related adverse events. A qualitative research was carried out with ten nursing aides from a clinical and surgical inpatient unit in a university hospital in Porto Alegre, RS, Brazil. Results show that the factors most commonly involved in medication errors are work overload and incorrect patient/client identification, as well as other associated factors. It was concluded that there is a need for the development of actions that favor cultural change that guarantees patient safety in hospital institutions.

**Key words:** Medication errors; Nursing; Education

### RESUMEN

El proceso de administración de medicamentos está relacionado a un índice elevado de eventos adversos y ha sido foco de inversiones de las instituciones. Este estudio propone conocer la percepción de algunos técnicos y auxiliares de enfermería sobre eventos adversos relacionados a medicamentos. Fue realizada una investigación cualitativa con diez técnicos y auxiliares de enfermería en una unidad de internación clínica y cirúrgica en un hospital universitario de la ciudad de Porto Alegre, RS, Brasil. Los resultados evidenciaron que los factores más comúnmente involucrados en los errores de medicación son: la sobrecarga de trabajo, la identificación incorrecta del paciente/ cliente, además de otros factores asociados. Se concluye así que hay necesidad de desarrollar acciones que favorezcan una mudanza de cultura que garantize la seguridad del paciente en las instituciones hospitalares.

**Descriptores:** Error de medicación; Enfermería; Educación.

## INTRODUÇÃO

Quando uma pessoa procura um serviço de Saúde, pressupõe-se que o profissional esteja habilitado, capacitado, e qualificado para atendê-la com segurança nos procedimentos que integram a assistência de enfermagem.

A segurança, frequentemente definida como estar livre de lesão psicológica e física, é uma necessidade humana básica que deve ser satisfeita. O cuidado de saúde, fornecido de maneira consciente, e um ambiente comunitário seguro são essenciais para a sobrevivência e bem-estar do cliente e também contribuem para a redução de atos não seguros dentro do sistema de assistência à saúde, assim como para a utilização de boas práticas visando a alcançar ótimos resultados para o paciente<sup>(1-2)</sup>.

Os hospitais têm buscado aprimorar a qualidade da assistência como forma de obter diferenciação no contexto da Saúde. Nesse sentido, algumas entidades certificam as organizações hospitalares, de acordo com critérios estabelecidos e metas a serem alcançadas.

A *Joint Commission International* é uma organização que estabelece e avalia padrões assistenciais voltados à segurança do paciente. Para os hospitais serem credenciados nessa Organização, devem apresentar conformidade com metas, dentre elas: identificar os pacientes corretamente, melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência e melhorar a segurança de medicações de risco<sup>(3)</sup>.

Durante a graduação em enfermagem, aprenderam-se inúmeros procedimentos técnicos que são de competência do enfermeiro, do técnico e do auxiliar de enfermagem. Dentre eles citam-se o preparo e a administração de medicamentos, como sendo um processo que envolve várias etapas: prescrição médica, dispensação, distribuição, preparo e administração propriamente dita.

Esse processo está associado a um índice elevado de eventos adversos nos hospitais e tem sido foco de atenção dos gestores de enfermagem. Os eventos adversos são definidos como lesão não intencional que resulta em alguma incapacidade, disfunção transitória ou irreversível e/ou prolongamento do tempo de permanência no hospital ou morte, como consequência do cuidado prestado<sup>(4)</sup>.

Para uma administração segura de medicamentos o profissional da Área de Enfermagem deve atender a seis acertos: medicamento correto, dose correta, paciente correto, via correta, hora correta e documento correto<sup>(5)</sup>.

Os erros na administração de medicamentos podem trazer danos e prejuízos diversos ao paciente, desde o aumento de tempo de internação hospitalar, necessidade de intervenções diagnósticas e terapêuticas e até consequências irreversíveis como a morte<sup>(6)</sup>.

Um dos problemas enfrentados, devido à ocorrência de erros de medicação, é a ênfase dada à punição e não à educação, o que leva à subnotificação e facilita a repetição do erro<sup>(7)</sup>.

Os erros de medicação podem ser classificados em: erros de prescrição, de omissão, de horário, administração de uma medicação não autorizada, dose incorreta, apresentação, preparo, técnica de administração inadequadas, medicamentos deteriorados, monitoramento ineficiente, erros em razão da aderência do paciente e outros<sup>(8)</sup>.

Em estudo realizado no ano de 2003, encontrou-se como primeira causa mais frequente de erros de medicação a caligrafia ilegível do médico, de difícil leitura e como a segunda causa a

sobrecarga de trabalho do profissional de enfermagem<sup>(8)</sup>.

Muitos profissionais da Área da Saúde não comunicam ou notificam eventuais erros por sentirem vergonha, por terem "idéia punitiva", por medo de sofrerem sanções administrativas, punições verbais, escritas, demissões, processos civis, legais e éticos<sup>(9)</sup>.

Para evitar que erros aconteçam, as Instituições de Saúde têm se preocupado em adotar uma política de segurança do paciente. Para tanto, é necessário que os erros sejam relatados e notificados para que se conheça a causa do problema e se possa intervir em caráter educativo, preventivo e não punitivo.

Assim, esse estudo teve como objetivo conhecer a percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem sobre eventos adversos relacionados a medicamentos.

## MÉTODO

Tratou-se de um estudo de caráter qualitativo desenvolvido em uma unidade de internação clínica e cirúrgica de um hospital universitário, situado na cidade de Porto Alegre, RS, Brasil. A população pesquisada incluiu dez profissionais de enfermagem, de formação técnica ou auxiliar, que prestavam assistência de enfermagem no referido setor desse hospital. A amostra foi selecionada a partir do número total de funcionários da Unidade, que trabalhavam nos turnos da manhã, tarde, noite I e noite II e possuíam mais de um ano de trabalho na Unidade em estudo e/ou Instituição. Do número total de funcionários (86), somente 72 preenchiam os critérios de inclusão, e destes, apenas 10 técnicos e auxiliares aceitaram participar do estudo. Para a ocasião da coleta dos dados, as pesquisadoras foram até o campo de prática, apresentaram o propósito do estudo ao enfermeiro, aos técnicos e auxiliares de enfermagem da referida Unidade. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada com cinco questões abertas, no período dos meses de março e abril de 2009.

As entrevistas foram realizadas em local reservado na instituição e em horário que melhor se adequou aos entrevistados, gravadas, transcritas e armazenadas em um banco de dados. Cada participante recebeu um nome fictício para a identificação das entrevistas (E1 a E10) e também para a preservação do anonimato de sua identidade. Os dados coletados foram analisados, utilizando-se a análise de conteúdo pelo método de Minayo<sup>(10)</sup>, cuja temática desdobra-se nas etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretados. Os princípios éticos, a preservação da identidade, a privacidade e confidencialidade das informações foram respeitadas, de acordo com os pressupostos em relação à pesquisa com seres humanos, conforme resolução 196/96<sup>(11)</sup> e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base na análise dos dados, identificaram-se três temáticas e seus respectivos subtemas, que serão apresentados a seguir.

### Etapas do preparo e da administração de medicamentos

A literatura descreve que o processo da medicação envolve várias etapas que vão desde a prescrição até a administração do fármaco. A enfermagem atua na última etapa que é o preparo e a adminis-

tração de medicamentos. Neste momento deve-se atender aos seis acertos, que englobam: medicamento correto, horário correto, dose correta, paciente correto, via correta e documentação correta<sup>(5)</sup>. Além disso, devem-se esclarecer dúvidas, identificar o medicamento com nome do paciente, leito, nome do medicamento, via de administração, gotejo e tempo de infusão, bem como verificar a validade dos equipos e da medicação diluída<sup>(12)</sup>.

Nessa temática emergiu uma sub-temática que será descrita a seguir.

#### ***Ritinas no preparo e administração de medicamentos***

Embora a maioria dos entrevistados não tenha referido a conferência dos seis acertos como etapa fundamental do preparo e administração dos medicamentos, alguns não se esqueceram desse conceito, porém o aplicam de modo parcial, como pode ser evidenciado nas falas a seguir:

*[...] na hora de administrar tu dá uma olhadinha se é pra aquele paciente. (E3)*

*[...] coloca o nome da medicação, a quantidade dela e a via a ser administrada. [...] o cuidado com as vias certas, o paciente certo, é isso aí? (E4)*

*[...] rótulo com nome e sobrenome, leito, assinatura, horário, tudo certinho, em que foi diluído, coisas desse tipo. (E9)*

*[...] conforme a prescrição é diluída, é separada por horários, rotulada com nome de paciente, leito, horário e via. (E8)*

As medicações devem ser devidamente etiquetados com o nome do medicamento, dose, data e hora em que foi preparado, velocidade de gotejo, duração da infusão e a assinatura do profissional<sup>(5)</sup>.

A rotina de preparo das medicações nas instituições de Saúde deveria, por via de regra, seguir uma sistemática padrão, respeitando as recomendações fornecidas pela indústria farmacêutica e também priorizando os seis acertos descritos na literatura para o preparo e administração de medicamentos.

Entretanto, para uma administração segura do medicamento deve-se: manter cada medicamento em seu recipiente e com o seu devido rótulo; protegê-lo da exposição ao calor e luz conforme a particularidade de cada um; refrigerar, de forma adequada, o fármaco, quando o mesmo exige; verificar o prazo de validade; ler os rótulos cuidadosamente e seguir as instruções para o preparo, notificando ao médico efeitos colaterais que o paciente possa apresentar<sup>(1)</sup>.

Um entrevistado relatou como realiza o processo de preparo e administração de medicamentos, conforme a fala que segue:

*[...] A gente prepara o material, tudo na hora. Não podemos preparar mais que 30 minutos antes de administrar. Levo tudo numa bandeja [...]. Preparo a medicação no posto, deixo tudo arrumadinho na bandeja, levo tudo, equipo, caixinha descrapack, para não precisar voltar no posto. Os comprimidos eu não levo aberto e abro na frente do paciente. [...] E medicações endovenosas eu já deixo tudo preparadinho e só coloco lá, rotulado tudo, com nome, leito, conforme manda a situação. (E7)*

Percebe-se, nesta fala, que muitas medicações podem estar sendo preparados trinta minutos antes do horário que deveriam ser administradas, expondo os fármacos a fatores ambientais como calor, luminosidade, armazenamento inadequado, podendo, assim, ocasionar a inativação ou redução da ação desejada.

Em contrapartida, outros entrevistados referiram que o preparo e administração

*[...] “ocorre no posto, preparamos a medicação e administramos em seguida, tudo rotulado (E5)”, e que “[...] O preparo de medicamentos é realizado no exato momento da administração da medicação, aqui na instituição é norma, é regra. [...] violar o frasco somente no momento da aplicação do medicamento no paciente”. (E1)*

Alguns entrevistados acrescentaram, em suas falas, a forma de diluição, o tempo de permanência dos equipos e a permeabilidade do acesso, além de outros cuidados importantes:

*[...] Dependendo da medicação, tu dilui em soro glico ou fisió, aí tu tem que ver a quantia do soro [...] (E2)*

*[...] Na hora de dar a medicação, sempre conféri o equipo, se está com a validade. Cuidar se o paciente está com flebite, se o acesso está bom. Acho que é isso. (E10)*

Antes de administrar uma solução endovenosa deve-se avaliar a permeabilidade do acesso e os sinais inflamatórios que possam indicar uma possível flebite. Nestas situações deve-se providenciar um novo sítio intravenoso, observar a data de validade da solução e a frequência da troca dos equipos e acessos venosos, de acordo com a política da Instituição<sup>(1)</sup>.

Ao avaliar o exposto nesta temática, considerando, sobretudo, as características individuais de cada sujeito, percebe-se que, mesmo entrevistando pessoas que trabalham em uma mesma unidade, sob uma mesma rotina, inseridos em uma mesma realidade, existe condutas diferentes para a realização do preparo e administração dos medicamentos, propiciando um ambiente favorável a falhas e ocorrências de eventos adversos, relacionados a medicamentos.

Os eventos adversos são injúrias não intencionais decorrentes da desatenção à saúde, não relacionadas à evolução natural da doença de base, que ocasionam lesões nos pacientes acometidos, prolongamento do tempo de internação e/ou morte<sup>(13)</sup>.

#### ***Fatores que podem induzir ao erro de medicação***

Como a enfermagem atua na última etapa do processo da medicação, ela tem oportunidade de verificar e evitar um erro ocorrido nas etapas iniciais, sendo uma das últimas barreiras de prevenção<sup>(14)</sup>.

Nas entrevistas, quando questionados quanto aos fatores que poderiam induzir ao erro de medicamento e de suas percepções quanto a eles, os sujeitos revelaram que os fatores que mais lhes induzem aos erros são: a sobrecarga de trabalho, a letra ilegível da prescrição médica e a identificação incorreta do paciente/cliente.

#### ***Sobrecarga de trabalho***

A literatura traz dados de outro estudo, no qual se identificou a sobrecarga de trabalho como a segunda causa mais freqüente para

a ocorrência de erros de medicação ou quando o profissional é distraído por colegas, pacientes ou ocorrências no seu local de trabalho<sup>(8)</sup>.

No que tange à sobrecarga de trabalho os entrevistados referem que:

*[...] Pode acontecer de o técnico dar uma medicação errada por [...], muita correria, muito paciente [...] (E3)*

*Olha, às vezes tu pega escala com doze pacientes, [...] dois, três pacientes dependentes e mais as outras pessoas te exigindo, que tu leve pra exame, que tu colete sangue, que tu troque fralda, tudo isso, então fica uma rotina, às vezes, quase impossível de realizar. Então tu tens que se desdobrar em dois, três, para dar conta disso. Com certeza te induz ao erro, com certeza! (E4)*

*"Eu acho que o erro de medicação ocorre mais quando tu está com muito serviço, muitos pacientes". (E5)*

As falhas humanas como falta de atenção, de conhecimento, de interesse e a pressa foi considerada a razão dos erros de medicação em um estudo do tipo *survey* exploratório em um hospital geral universitário<sup>(19)</sup>. Como exemplo disto, cita-se a fala desses entrevistados:

*[...] Mas, isso tudo ocorre devido à pressa pra terminar as tarefas, intercorrências que acontecem no plantão e também excesso de tarefas dos funcionários. (E8)*

*[...] acontece alguns erros de troca de medicação, por causa da correria. O pessoal sai correndo que nem louco, dando medicação. Não olha. (E9)*

Os fatores ambientais, como interrupções da tarefa, podem interferir na atenção no momento do preparo da medicação, conforme expressa a fala a seguir:

*"Eu acho que é a pressa, às vezes a campainha tá tocando, tem que atender, se tu te distrai mais, até na hora de tirar a medicação, alguém chama e aí quando tu voltou tu já não está mais no mesmo pensamento ou tem que fazer algum transporte. Eu acho que é a pressa, mesmo que atrapalha". (E10)*

Acredita-se também que a pressa na execução do trabalho está fortemente ligada à sobrecarga de trabalho, conforme evidenciou-se nas falas dos entrevistados citados nesta subtemática.

### **Prescrição médica**

Uma prescrição de medicamento somente é completa se possuir: nome completo do paciente/cliente; data em que a prescrição foi feita, incluindo dia, mês, ano, horário; nome do medicamento, escrita correta (essencial para evitar confusão com homônimos); dose do medicamento a ser administrado; quantidade e tempo de infusão (se medicação endovenosa); via de administração; horário, freqüência da administração e assinatura do médico, o que torna a prescrição um documento legal<sup>(11)</sup>.

Acrescido aos aspectos cima descritos, as prescrições devem

ser legíveis, sem apresentar equívocos, datadas e assinadas com clareza para comunicação entre o prescritor, o farmacêutico e o enfermeiro<sup>(15)</sup>.

Em um estudo realizado em quatro hospitais de diferentes regiões do Brasil, com uma amostra de 152 profissionais que atuavam na clínica médica e farmácia hospitalar, os tipos de erros mais citados foram àqueles relacionados à prescrição/transcrição de medicamentos<sup>(16)</sup>.

Muitos entrevistados do presente estudo citaram a prescrição médica como um fator que pode induzir ao erro de medicação e falaram sobre situações em que podem identificar o erro antes da administração, conforme pode ser evidenciado nos relatos a seguir:

*[...] Às vezes tem algumas letras meio difíceis de entender o que o médico quer prescrever [...] (E2)*

*[...] uma medicação que é IM eles prescrevem EV [...]. Às vezes eles, também, não colocam a via de acesso [...]. Tu não vai dar uma medicação que seria VO, EV. Não são todas, tem medicações que são líquidas, não são todas que são tipo comprimido, Acho, mais por aí. (E6)*

*[...] letra ilegível dos médicos [...] (E8)*

Outro fator também referendado pelos participantes do estudo foi o armazenamento incorreto dos documentos que devem permanecer dentro do prontuário do paciente, como, por exemplo, o descrito na fala abaixo:

*[...] às vezes os médicos se enganam muito. Tipo assim, recebi medicação, tinha dentro da pasta apenas a medicação. E se aquela folha está avulsa ali, eu vou saber pra quem é? Não tinha nome, não tinha leito. Aí a gente precisa sair adivinhando, sair atrás de médico para descobrir pra quem é essa medicação. Aí fica difícil. (E7)*

Para corroborar os achados deste estudo, dados da literatura revelam que em pesquisa realizada com uma amostra de 256 profissionais (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), encontrou-se como causa mais freqüente para a ocorrência de erros de medicação a caligrafia ilegível do médico e, como segunda causa mais freqüente, a sobrecarga de trabalho, ou quando o funcionário é distraído por pacientes, colegas de trabalho ou outras ocorrências, na unidade<sup>(8)</sup>.

### **Identificação incorreta do paciente/cliente**

Um dos graves problemas da ilegibilidade é a ocorrência de interpretações equivocadas, levando à troca de medicamento, de paciente e/ou da via de administração<sup>(17)</sup>.

Realizar a prescrição médica apenas com o número de leito, sem conferir o nome do paciente é uma prática não recomendada e que não deve ser realizada, pois pode induzir a um erro de medicação, porque, com freqüência, o paciente tem seu leito trocado, alterando assim, o número do mesmo:

*[...] Às vezes o médico tem dois ou três pacientes com o mesmo nome e já aconteceu de prescrever para o paciente A achando*

*que era para o paciente B, digamos assim, e ele continua prescrevendo pro A como se fosse a D. Maria, e é a D. Joana, aí tu tem que ver direitinho se é aquela medicação pra aquela pessoa. (E2)*

Esta questão pode ser agravada pela mecanização excessiva das atividades realizadas pela equipe de enfermagem, como por exemplo, quando um técnico ou auxiliar que está há vários dias na mesma escala e está familiarizado com os pacientes e suas respectivas medicações. E em determinado plantão, por necessidade da unidade, de outros pacientes ou por outros motivos, o paciente é trocado de leito. Nesta situação pode ocorrer um erro associado à mecanização das tarefas. O profissional que se detém na mecanização, na rotinização das tarefas, e, sobretudo, por ventura, já esteja sobrecarregado de trabalho, com a atenção reduzida, é um profissional potencialmente perigoso para incorrer na situação de evento adverso relacionado a medicamentos. Esta situação se afirma também nas falas abaixo:

*[...] Pode acontecer de o técnico dar uma medicação errada ou por troca de leito, que acontece muito, e às vezes não é trocado na prescrição o número do leito [...] (E3)*

*[...] algum número de quarto, de leito, se confunde na hora a medicação [...] (E4)*

*[...] muito erro de medicação ocorre é, os médicos colocam um nome de um paciente e colocam o leito de outro [...] (E7)*

Em outra pesquisa realizada com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, encontrou-se, como causa circunstancial do erro, a falha na identificação do paciente. Os profissionais de enfermagem referiram, em quatro relatos, que não havia pulseira de identificação no paciente, os leitos não estavam identificados em três relatos e, em outros três, não perguntaram o nome do paciente, administrando o medicamento somente pelo número do leito<sup>(18)</sup>.

#### **Percepção do técnico e auxiliar de enfermagem frente à condução de um erro de medicamento**

Nessa temática, evidenciaram-se duas subtemáticas: a percepção dos entrevistados sobre a sua conduta e a percepção de como deveria se conduzir diante de um erro de medicação. Para melhor compreendê-la, a percepção pode ser descrita como sendo o ato ou a faculdade de perceber pelos órgãos dos sentidos<sup>(20)</sup>.

##### **Percepção sobre a sua conduta**

Aprender a encarar o erro de frente e comunicá-lo faz dessa ação uma fonte de análise sistemática e de prevenção em situações futuras. Ao compreender e analisar o erro de forma multidisciplinar pode-se aproveitá-lo para corrigir a prática<sup>(21)</sup>.

Quando os sujeitos foram questionados de como se conduziram ou reagiram se ocorresse com eles a situação de evento adverso, relacionado a medicamentos, a maioria referiu que se reportaria à enfermeira:

*"Prontamente informaria a enfermeira do ocorrido para que to-*

*masse as medidas cabíveis". [...] Quanto a isto não tem o que esconder, porque tem que ser dito. (E1)*

*[...] Eu mostraria para ela (enfermeira) a prescrição e a gente entraria em contato com o médico pra saber qual seria o procedimento correto. (E2)*

*[...] quando é dada uma medicação errada, tu tem que ter noção daquilo ali que tu realmente fez errado e comunicar o enfermeiro e deixar o paciente em observação. (E3)*

*"Eu comunicaria a enfermeira, pararia a medicação e comunicaria a enfermeira". (E5)*

*"Em primeiro lugar avisar a enfermeira, ela vai entrar em contato com o médico. Avisar porque tem medicação que não aconteceria nada com o paciente, mas tem outras que poderiam alterar o quadro". (E6)*

*Direto pro enfermeiro. [...] Fala, tal medicação foi dada pra tal paciente e o paciente era errado. Aí ela entra em contato com os médicos. (E7)*

*[...] imediatamente comunica o enfermeiro. E o correto seria ele comunicar a equipe médica [...] (E8)*

*[...] Eu ia, a primeira coisa, comunicar o enfermeiro para ele tomar a conduta certa. (E9)*

Pelas respostas, observa-se que os entrevistados preocupam-se em relatar a ocorrência do evento adverso, independente da decisão que será tomada frente ao erro. Corroborando essa afirmativa, a literatura nos diz que, diante da ocorrência de um erro, os benefícios ou complicações dependerão das condutas tomadas pelos envolvidos<sup>(9)</sup>.

Somente um dos sujeitos conduziria esta situação de uma maneira diferente das acima citadas:

*"[...] é muito difícil a gente assumir um erro pra uma chefia e tal. Eu ia reagir dependendo da medicação. Se ele não tem alergia, é lúcido e fala, eu não vou dizer pra minha chefia que eu dei errado. [...] se é uma coisa mais simples, um paracetamol, que não tem alergia, eu tento não falar. (E10)*

Esse fato decorre, provavelmente, pelo medo da punição ou outra consequência que possa levar à demissão do funcionário. Em um estudo com uma amostra de 36 profissionais de enfermagem, observou-se que a maioria das condutas exercidas aos profissionais, frente a um erro de medicação, foi a punição, totalizando 66% das respostas obtidas<sup>(13)</sup>.

##### **Percepção de como deveria ser conduzido um erro de medicação**

Em estudo realizado com uma amostra de 256 pessoas vinculadas a enfermagem, com cinco cenários apresentados, que representavam um erro de medicação, a equipe julgou tratar-se de um erro em quatro cenários e que, desses, três deveriam ser notifica-

dos ao médico<sup>(6)</sup>.

Ao serem questionados de como percebem que deveria ser conduzido o evento adverso relacionado ao medicamento, os sujeitos do presente estudo disseram que o enfermeiro e médico deveriam ser comunicados e poucos falaram sobre a percepção deles de como deveria ser conduzida esta situação.

*Deveria ser conduzida pelo enfermeiro, no caso. A gente passaria para a enfermeira e ela iria ver o histórico, anamnese. Se achar necessário, falar com o médico responsável. (E1)*

*Devido à reação do paciente, a gente espera a resposta do médico pra saber se eu poderia dar outra medicação no lugar daquela [...] (E2)*

*[...] eu pararia a medicação e comunicaria a enfermeira. (E5)*

*[...] Acho que o correto seria avisar a enfermeira, em primeiro lugar, e conforme [...] ela que iria tomar as atitudes [...] (E6)*

Em um estudo realizado no ano de 2005, verificou-se por meio da análise dos dados, que 116 enfermeiros da amostra indicaram um total de 346 condutas distribuídas conforme a frequência - comunicam ao médico (33,0%), intensificam os controles do paciente (30,0%), repreendem o funcionário e anotam no prontuário (13,0%)<sup>(22)</sup>.

Para os entrevistados do atual estudo, prevaleceram as seguintes considerações:

*[...] Comunicar, imediatamente à chefia, no caso, a enfermeira. Que tenha a conduta de assumir a situação e comunicar ao médico [...] (E8)*

*Bom, primeiramente comunicaria ao enfermeiro, que provavelmente comunicaria ao médico da equipe. Que foi administrada uma medicação errada, pro médico avaliar se vai dar um efeito colateral, uma coisa. É isso. (E9)*

Muitos dos entrevistados acreditam que a enfermeira deve comunicar ao médico, como já evidenciado na subtemática anterior. Em estudo com enfoque nas percepções sobre o erro de medicação com auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros, eles foram unânimes, ao responder que o médico deveria ser comunicado e preenchido um relatório de ocorrências, fato que diferencia do resultado da presente pesquisa, onde o relato foi o de procurar o enfermeiro.

Independente de quem o profissional procura, o mais importante é que o erro seja ser comunicado para que as providências possam ser tomadas<sup>(23)</sup>.

Deve-se criar um ambiente que elimine a cultura da punição e substituí-lo por um de vigilância e cooperação<sup>(23)</sup>:

*[...] Com respeito ao profissional, que neste caso errou. Ninguém está livre de erros. Ele deve ser orientado melhor, conversar com ele, mostrar o quanto é importante que ele tenha atenção, se tratando de medicamentos [...] Mas as pessoas acabam, às vezes, só olhando o teu erro. Não, tu errou e não*

*querem saber [...] (E4)*

Observa-se que, um dos sujeitos, ao responder a última questão norteadora, entendeu o fato “conduzir esta questão” como sendo referente à relação do enfermeiro com técnicos e auxiliares de enfermagem, ou seja, relação superior versus subordinado, e evidenciou em sua fala temer punição:

*Há, eu acho que deveria ser dito, o médico deveria ficar ciente de algum erro, pra que se desse alguma reação, pudesse prevê essa reação e pudesse dar uma medicação que revertesse esse quadro antes dele ficar ruim [...], deveria ser dito, mas é muito difícil assumir essas coisas até porque a gente é sempre avaliado e pra não perder o emprego”. (E10)*

Relatos da literatura descrevem a opinião de profissionais, e muitos deles associaram os erros de medicação ao profissional, demonstrando a tendência de responsabilizar somente o indivíduo pelo erro, não valorizando as falhas em todo o processo de medição da Instituição, apontando ainda uma prática de punição<sup>(24)</sup>.

#### 4 Considerações Finais

Ao finalizar esse estudo, percebe-se a complexidade da temática. Quando os entrevistados foram questionados sobre como ocorre o preparo e administração de medicamentos, os seis acertos foram citados de forma parcial, evidenciando-se que muitas vezes são esquecidos aspectos fundamentais desse processo. Alguns apontaram para a questão do tempo de preparo antes da administração da medicação, sendo que um referiu que deve ocorrer no máximo trinta minutos antes da administração e outros dois relataram que o preparo deve ocorrer no exato momento antes da administração. Evidenciou-se, ainda, a preocupação em atentar-se ao tempo de validade de equipos, a permeabilidade do acesso e sinais flogísticos no local de inserção do mesmo.

Na percepção dos entrevistados, os fatores mais comumente envolvidos em erros de medicação são a sobrecarga de trabalho, a prescrição médica, a identificação incorreta do paciente/cliente, que também muitas vezes implica prescrição médica errônea. Surgiram comentários em relação a interrupções, que podem distrair o funcionário, intercorrências que podem surgir no turno de trabalho, e a pressa, a qual se concluiu estar relacionada à sobrecarga de trabalho, exigindo agilidade e concentração maior do funcionário.

Quando questionados sobre qual seria a sua conduta correta, frente a um erro de medicação, os sujeitos responderam que imediatamente comunicariam ao enfermeiro e apenas um dos entrevistados relatou que só comunicaria se a medicação provocasse reações ao paciente.

Os entrevistados acreditam que o enfermeiro deveria conduzir a questão sobre o erro de medicação. Ainda um dos entrevistados relatou que, na sua percepção, o correto seria comunicar à enfermeira e a mesma deveria comunicar ao médico, mas mostrou-se reticente em tomar essa atitude, temendo punição.

Pensa-se que não se pode partir da premissa de que os profissionais estão sempre realizando atualizações relacionadas à farmacologia, visto que, muitas vezes, os mesmos possuem dupla jornada de trabalho, consequência exigida pelas necessidades socioeconômicas atuais, e isso implica falta de tempo, cansaço e desgaste físico e mental.

Acredita-se ser necessário que as instituições busquem estratégias para manter a equipe de enfermagem atualizada, no que se refere a mudanças na apresentação dos medicamentos, armazenamento, formas de administração, interações medicamentosas e aspectos farmacocinéticos e farmacodinâmicos, por meio de programas de capacitação.

Outro aspecto que fica evidenciado com a conclusão desse estudo é a necessidade de padronizar os processos na prática diária de enfermagem, visto que tal medida contribui para a redução de eventos adversos.

Necessita-se, ainda, instituir uma cultura de prescrição legível, quando realizada manualmente, pois conforme demonstrado, além de despender um tempo maior ao tentar executar a prescrição, o profissional da enfermagem pode interpretá-la erroneamente e pro-

vocar danos ao paciente.

A sobrecarga de trabalho é outro fator preocupante, pois muitas vezes resulta em eventos adversos relacionados a medicamentos. As instituições necessitam investir em recursos humanos para melhorar o cenário das condições de trabalho.

A idéia punitiva deve ser substituída pela avaliação do processo, instituindo-se uma política institucional de notificação e a utilização de ferramentas de análise da causa desses erros, corrigindo-se o sistema, prevenindo, assim, novas ocorrências de eventos adversos relacionados a medicamentos.

Assim, entende-se que a implantação de estratégias para a segurança do paciente é um trabalho amplo, que deve envolver todos os atores que participam da assistência, instituindo-se então, uma cultura de segurança do paciente nas Instituições hospitalares.

## REFERÊNCIAS

1. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 5<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
2. Neto AQ. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. RAS 2006; 8(33): 153-8.
3. Bork AM. Metas internacionais sobre a segurança do paciente. São Paulo; 2007. [citado em 2008 Jul 27]. Disponível em: [http://www.einsten.br/sien/entrevista\\_anna.htm](http://www.einsten.br/sien/entrevista_anna.htm).
4. Fundação Osvaldo Cruz. Entrevista à Agência Fiocruz de Notícias – Walter Mendes. Pesquisador apresenta resultados de estudos sobre eventos adversos em hospitais. [citado em 2008 Nov 11]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoID=2023&sid=3>
5. Clayton BD, Stock YN. Farmacologia na prática da enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.
6. Bohomol E, Ramos LH. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. Rev Bras Enferm 2007; 60(6): 32-6.
7. Santos JO, Silva AEBC, Munari DB, Miasso AI. Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. Acta Paul Enferm 2007; 20(4): 483-8.
8. Bohomol E, Ramos LH. Erros de medicação: causas e fatores desencadeantes sob a ótica da equipe de enfermagem. Acta Paul Enferm 2003;16(2): 41-8.
9. Silva AEBC, Cassiani SHB, Miasso AI, Optiz SP. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. Acta Paul Enferm 2007; 20(3): 272-6.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: ABDR; 1996.
11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 1996; 21082-85.
12. Yamanaka TI, Pereira DG, Pedreira MLG, Peterlini, MAS. Redesenho das atividades de enfermagem para redução de erros de medicação em pediatria. Rev Bras Enferm 2007; 60(2):190-6.
13. Silva BK, Silva JS, Gobbo AFF, Miasso AI. Erros de medicação: condutas e propostas de prevenção na perspectiva da equipe de enfermagem. Rev Eletrônica Enferm 2007; 9(3): 712-23.
14. Miasso AI, Silva AEBC, Cassiani SHB, Grou CR, Oliveira RC, Fakih FT. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. Rev Latino-am Enfermagem 2006; 14(3): 354-63.
15. Aguiar G, Júnior LAS, Ferreira MAM. Illegibilidade e ausência de informação nas prescrições médicas: fatores de risco relacionados a erros de medicação. Rev BPS 2006; 19(2): 84-91.
16. Miasso AI, Grou CR, Cassiani SHB, Silva AEBC, Fakih FT. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. Rev Esc Enferm USP 2006; 40(4): 524-32.
17. Araújo PTB, Uchôa SAC. Avaliação da qualidade da prescrição de medicamentos de um hospital de ensino. Rev Ciência Saúde Coletiva 2008.
18. Carvalho VT, Cassiani SHB. Erros na medicação e consequências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. Rev Latino-am Enfermagem. 2002; 10(4): 523-9.
19. Silva AEBC, Cassiani SHB. Erros de medicação em um hospital universitário: tipo, causas, sugestões e providências. Rev Bras Enferm 2004; 57(6): 671-4.
20. Rios DR. Minidicionário escolar da língua portuguesa. São Paulo: DCL; 1999.
21. Wannmacher L. Erros: evitar o evitável. OPAS/OMS 2005; 2(7): 1-6. [citado em 2009 Mai 29]. Disponível:[http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/hse\\_urme\\_eme\\_0605.pdf](http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/hse_urme_eme_0605.pdf)
22. Santos AE, Padilha, KG. Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. Rev Bras Enferm 2005; 58(4): 429-33.
23. Bohomol E, Ramos LH. Percepções sobre o erro de medicação: análise de respostas da equipe de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2006; 14(6): 63-8.
24. Néri EDR, Oliveira SGM, Rodrigues JLN, Medeiros MMC, Fonseca MMF. Erros na área da saúde: culpado ou inocente? Infarma 2006; 18(3/4): 5-8.
25. Cassiani SHB, Teixeira TCA, Optiz SP, Linhares JC. O sistema de medicação nos hospitais e sua avaliação por um grupo de profissionais. Rev Esc Enferm USP 2005; 39(3): 280-7.