

## COMPREENSÃO DE ENFERMEIROS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE E ERROS DE MEDICAÇÃO

### THE NURSES' UNDERSTANDING ABOUT PATIENT SAFETY AND MEDICATION ERRORS

### COMPRESIÓN DE LOS ENFERMEROS SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y ERRORES DE MEDICACIÓN

Jéssica David Dias <sup>1</sup>  
Karen Sayuri Mekaro <sup>2</sup>  
Chris Mayara dos Santos Tibes <sup>3</sup>  
Sílvia Helena Zem-Mascarenhas <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda em enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. São Carlos, SP – Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira. Casa de Saúde – Hospital e Maternidade. São Carlos, SP – Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestranda em enfermagem pela UFSCar. São Carlos, SP – Brasil.

<sup>4</sup> Enfermeira. Professora associada do Departamento de Enfermagem da UFSCar. São Carlos, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Jéssica David Dias. E-mail: jessddias23@gmail.com

Submetido em: 15/02/2014

Aprovado em: 28/10/2014

## RESUMO

Objetivou-se verificar o entendimento dos enfermeiros de unidades básicas e hospitalar sobre segurança do paciente e erros de medicação e identificar as condutas e estratégias utilizadas na ocorrência desses erros. Trata-se de estudo qualitativo, exploratório e descritivo, com a participação de 20 enfermeiros do estado de São Paulo. Para análise dos dados foi utilizado o referencial teórico de análise temática. Houve bom entendimento do conceito da segurança do paciente e os participantes identificaram o enfermeiro como um profissional fundamental para a propagação da segurança. Observou-se ausência de uniformidade na compreensão sobre erro de medicação pelos enfermeiros. Os principais fatores identificados para a ocorrência do erro foram sobrecarga de trabalho e falta de atenção. A orientação do funcionário foi a conduta mais relatada para lidar com erros de medicação. Como estratégias mais utilizadas para a melhoria da segurança com medicamentos emergiram a capacitação e treinamentos. Nota-se que há preocupação com a segurança do usuário, mas ainda se vive uma cultura de punição quanto aos erros de medicação.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Segurança do Paciente; Erros de Medicação; Pessoal de Saúde; Papel do Profissional de Enfermagem.

## ABSTRACT

*This study aimed to verify the understanding of nurses from basic and hospital care units about patient safety and medication errors, as well as identifying the behavior and strategies used in the occurrence of medication errors. It is a qualitative, exploratory, and descriptive research. The sample consisted of 20 nurses from São Paulo state. The theoretical reference of thematic analysis was used for data analysis. There was a good understanding of the concept of patient safety and the participants identified that the nurse has a fundamental role in the propagation of safety. An absence of uniformity about the understanding of medication errors was observed among nurses. The main factors identified as contributing to the occurrence of errors were work overload and lack of attention. Employee orientation was the most reported conduct to deal with medication errors. Capacitation and trainings emerged as the most used strategies for improving medication safety. It was noted that there is concern about patient safety; however, a culture of punishment regarding medication errors is still present.*

**Keywords:** Nursing; Patient Safety; Medication Errors; Health Personnel; Nurse's Role.

## RESUMEN

*Este estudio buscó verificar la comprensión de enfermeros de unidades básicas y hospitalarias sobre la seguridad del paciente y los errores de medicación, así como identificar las conductas y estrategias adoptadas en casos de errores de medicación. Se trata de un estudio cualitativo exploratorio - descriptivo con la participación de 20 enfermeros del Estado de San Pablo. Para el análisis de datos se utilizó el marco teórico del análisis temático. Los participantes entienden bien lo que significa seguridad del paciente y consideran que el enfermero es el profesional fundamental para propagarla. Se observó ausencia de uniformidad en la comprensión de errores de medicación por parte de los enfermeros. Los principales factores identificados en los casos de errores de medicación fueron sobrecarga de trabajo y falta de atención. La conducta más citada para hacer frente a los errores fue orientación de empleados. Las estrategias más usadas para mejorar la seguridad con medicamentos fueron capacitación y entrenamiento. Se observa preocupación con la seguridad del usuario, pero todavía está presente la cultura del castigo en los casos de errores de medicación.*

**Palabras clave:** Enfermería; Seguridad del Paciente; Errores en la Medicación; Personal de Salud; Rol de la Enfermera.

## INTRODUÇÃO

Há um movimento global com vistas à melhoria da segurança do paciente, bem como à garantia de uma assistência de qualidade à população. Esse movimento envolve esforços de todo o sistema de saúde, a fim de promover o gerenciamento de riscos e um ambiente seguro, incluindo, entre outras práticas, a administração segura dos medicamentos.

Uma importante referência sobre a segurança do paciente é o relatório do Instituto Americano de Medicina *To err is Human: Building a safer health care system*<sup>1</sup>, que traz dados alarmantes quanto aos erros evitáveis advindos do cuidado à saúde. Como exemplo têm-se os erros de medicação, que ocasionam 7.391 mortes anuais de americanos nos hospitais e mais de 10.000 mortes em instituições ambulatoriais.

Esses dados preocuparam muitos profissionais, gestores e autoridades da área da saúde. A partir dessa publicação surgiu a “Era da Segurança do Paciente”, mobilizando diversas instituições nacionais e internacionais, com o objetivo de tornar o processo de assistência em saúde mais seguro e menos passível de erros.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a *Joint Commission e Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ)* são referência no assunto no mundo. Essas organizações iniciaram um longo processo de construção de uma base para melhor compreender os desafios na segurança do paciente, além do desenvolvimento de soluções e melhorias para os serviços de saúde.

Em 2005 foi lançada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e identificaram-se seis metas para atuação nesse âmbito, entre elas o desenvolvimento de “soluções para a segurança do paciente”. Assim sendo, a *Joint Commission*, designada como o Centro Colaborador pela OMS, estabeleceu e recomendou a implantação de seis metas internacionais de segurança do paciente, com vistas a promover melhorias específicas em áreas problemáticas da assistência em saúde.<sup>2</sup>

Em âmbito nacional, em 2013 o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), definindo seis protocolos a serem implantados pelas instituições de saúde, entre eles o de segurança na prescrição e uso e administração de medicamentos.<sup>3</sup>

Ainda no mesmo ano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada de número 36 (RDC 36/2013), instituindo as ações para a promoção da segurança do paciente e visando à melhoria da qualidade nos serviços de saúde.<sup>4</sup>

Pacientes em todo o mundo estão sujeitos a erros na assistência na saúde. A OMS estima que um em cada 10 pacientes possa ser vítima de erros e eventos adversos durante a prestação de assistência à saúde no mundo e que há necessidade de estabelecer medidas de prevenção a fim de reverter esse problema.<sup>5</sup>

A OMS define o erro como:

*Uma falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. Podem ocorrer por uma ação errada ou por não conseguir praticar a ação certa, quer seja na fase de planejamento ou na fase de execução.*

Já erro de medicação é “considerado qualquer evento evitável que pode causar ou conduzir à utilização inadequada de medicação ou dano ao doente enquanto a medicação está sob controle do profissional de saúde, doente ou consumidor”.<sup>5</sup>

Um erro de medicação pode ocorrer dentro de vários processos na instituição de saúde, desde a sua prescrição, transcrição, dispensa, administração até a sua monitorização e independe do resultado, ou seja, se houve ou não prejuízo para o paciente.<sup>5</sup>

Desta forma, a enfermagem deve oferecer cuidado seguro, livre de qualquer dano durante seus cuidados, identificando no sistema de saúde as possíveis falhas, tornando-se uma busca contínua de soluções que visem a um cuidado efetivo e com segurança.

O enfermeiro deve responsabilizar-se pelo planejamento das ações de enfermagem no tocante à disponibilização de recursos materiais adequados e seguros, como também na capacitação da equipe e promoção de condições tanto de trabalho como ambientais adequadas para a realização do cuidado, garantindo a segurança para o paciente.<sup>6</sup>

Nesse contexto torna-se fundamental identificar e avaliar a percepção dos profissionais que vivenciam o erro de medicação, principalmente o enfermeiro, uma vez que contém papel gerencial e de liderança da equipe de enfermagem. Esse profissional é o responsável pela equipe de enfermagem na ocorrência do erro de medicação e precisa estar preparado para lidar com essa situação.

## OBJETIVO

Objetivou-se verificar a compreensão dos enfermeiros de unidades básicas e hospitalares sobre dois aspectos do cuidado inter-relacionados: segurança do paciente e erros de medicação.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. relatar o entendimento dos enfermeiros sobre segurança do paciente e erro de medicação.
2. identificar as causas para a ocorrência do erro de medicação na visão dos enfermeiros.
3. descrever condutas e estratégias indicadas pelos enfermeiros frente ao erro de medicação.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de caráter exploratório, descritivo e de corte transversal. A pesquisa

qualitativa propõe a obtenção de dados descritivos por meio do contato direto entre pesquisador e o fenômeno em questão e trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes.<sup>7</sup>

A pesquisa foi desenvolvida à luz do referencial qualitativo, propondo uma compreensão particular e profunda dos fenômenos em questão, mais especificamente, o estudo teve enquanto proposta trabalhar com aspectos do desenvolvimento e da dinâmica social, bem como as preocupações e interesses de enfermeiros.<sup>7</sup>

A população inicial contava com 39 enfermeiros, entre estes 24 pertenciam às unidades básicas de saúde (UBS) e 15 ao hospital-escola (HE) do município. Contudo, 19 enfermeiros não participaram por motivos diversos, entre eles o não interesse, licenças médicas e de maternidade ou por se encontrarem em período de férias durante os meses destinados à coleta de dados. A população final contou com oito enfermeiros de UBS e 12 enfermeiros do hospital-escola do município do interior de São Paulo, totalizando 20 enfermeiros. A coleta de dados foi feita no próprio local de trabalho dos participantes, entre agosto e outubro de 2012.

O projeto recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (P. nº 240/2012). Após a identificação dos enfermeiros das instituições selecionadas, realizou-se o agendamento para um primeiro contato por telefone, visando ao esclarecimento dos objetivos e convite para a participação na pesquisa.

Utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada e foi efetuada somente uma entrevista com cada participante. No hospital as entrevistas foram realizadas individualmente com cada enfermeiro na sala de reuniões, proporcionando mais privacidade. Nas UBS utilizou-se a sala de consultas do próprio enfermeiro, também de maneira individual e privada. As falas dos participantes foram gravadas, quando permitido, e após concordância pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a gravação foi utilizado o gravador digital Sony PX312. Quando o enfermeiro não permitia a gravação, anotavam-se as respostas em papel logo após a fala do mesmo. As entrevistas partiram de um roteiro com cinco questões relacionadas à segurança do paciente e erros de medicação, a saber:

1. o que você entende por segurança do paciente?
2. o que é para você um erro de medicação?
3. o que você acha que contribui para os erros com medicamentos?
4. quais as condutas tomadas na unidade diante de uma iatrogenia medicamentosa?
5. que estratégias poderiam minimizar a ocorrência de erros de medicação?

Inicialmente as pesquisadoras se apresentavam e questionavam a possibilidade de gravação da entrevista. Ao final agra-

deciam a participação dos enfermeiros e comprometiam-se a retornar com os resultados após a finalização da análise dos dados. A técnica foi aplicada até a saturação dos dados, ou seja, até que os dados obtidos apresentassem certa redundância ou repetição da compreensão do significado.<sup>8</sup>

As entrevistas foram transcritas na íntegra e enumeradas aleatoriamente, para manter o sigilo e o anonimato dos participantes. Os conteúdos foram submetidos à técnica de análise categorial temática, composta de três fases distintas: pré-análise, exploração do material e categorização dos dados.<sup>7,9</sup>

Cada participante recebeu uma identidade fictícia para a identificação das entrevistas e preservação do anonimato (E1 a E20). A análise dos dados seguiu os passos de acordo com a proposta da análise de conteúdo temática, a saber: ordenação dos dados após transcrição das gravações; leituras dos relatos visando organizá-los a fim de estabelecer um sentido para o conjunto de proposições; leitura do texto transcrito com o objetivo de encontrar aspectos e temas mais relevantes nos discursos; agrupamento dos conteúdos comuns em categorias e interpretação dos temas.

## RESULTADOS

No total houve 20 entrevistados, sendo dois do sexo masculino e 18 do sexo feminino. Em relação ao local de trabalho, participaram 12 enfermeiros das UBS e oito enfermeiros de todos os turnos (diurno, vespertino e noturno) do HE. A faixa etária dos participantes do hospital variou de 25 a 40 anos e a sua média de tempo de trabalho foi de dois anos e seis meses. Já nas UBS a faixa etária dos enfermeiros variou de 30 a 50 anos e a média de tempo de trabalho correspondeu a seis anos e cinco meses.

A duração média das entrevistas foi de 15 minutos por participante. Ao final da exploração do conteúdo das entrevistas, foram identificadas quatro categorias: a contribuição do enfermeiro e a sua concepção sobre segurança do paciente; identificação de problemas para a terapia medicamentosa; condutas adotadas perante o erro de medicação; e estratégias para a melhoria da segurança na utilização de medicamentos.

### A CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO E A SUA CONCEPÇÃO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

A primeira categoria identificada traz a concepção de cada participante sobre segurança do paciente e o envolvimento desses como enfermeiros nesta temática. A maioria dos participantes alegou que a segurança do paciente é prestar assistência sem causar danos ao paciente, preservando sua integridade física e mental, além da manutenção de um ambiente físico e mobiliário adequados. Também foi mencionado que o profissional deve estar convicto, seguro e apto para promover

cuidado de qualidade e que a segurança envolve desde a entrada do paciente na unidade até a sua saída.

Essa categoria pode ser representada pelas seguintes falas:

*Segurança do paciente pra mim é um ambiente, um local e até procedimentos que não tragam nenhum prejuízo pra ele [...] o ambiente tem que contribuir para que não haja nenhum dano ao paciente. Com relação aos procedimentos, os profissionais têm que estar bem treinados, todos falando a mesma língua (E5).*

*[...] é tudo que você vai fazer com responsabilidade, então segurança é você estar fazendo por ele, [...] conhecendo a teoria [...] sem medo, conhecendo aquilo, tendo experiência (E17).*

Como contribuição do enfermeiro para o tema, os participantes levantaram como principais atividades a orientação da equipe de enfermagem, gerenciamento do serviço, orientação do paciente e família quanto ao cuidado, supervisão da equipe, oferta de uma assistência correta e segura e, por fim, a avaliação dos pacientes quanto à sua complexidade: “[...] tentar organizar o serviço, né, da melhor forma possível, ficando sempre junto com a equipe, né, e lidando com as situações, com o paciente em si. Para passar a segurança e também ter a segurança” (E3).

Perceberam-se diferenças nas falas dos profissionais do hospital e UBS quanto ao papel do enfermeiro nos respectivos locais. No hospital há uma postura gerencial que reforça a relação hierárquica com os demais profissionais de enfermagem, trazendo o enfermeiro como um chefe do setor que fiscaliza e vistoria a equipe de enfermagem. Já nas UBS as falas trazem o enfermeiro como um profissional de referência para a equipe de enfermagem e como um profissional confiável e disponível para ser consultado em caso de dúvidas.

## IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS PARA A TERAPIA MEDICAMENTOSA

Quando questionada sobre o conceito de erro de medicação, a grande maioria dos profissionais citou o não cumprimento dos cinco certos da medicação (paciente, dose, via, horário e medicação corretos). Também foi identificada como erro a ocorrência de uma falha no processo, desde a prescrição, dispensação do medicamento pela farmácia até a sua aplicação. Alguns profissionais consideraram o erro de medicação como somente a troca do medicamento, e apenas um profissional não conceituou corretamente: “[...] é administrar um medicamento incorreto, ou a via incorreta, ou o paciente incorreto, fazer na hora errada, a dose errada. São cinco certos e são cinco formas de errar também” (E6).

Como fatores que contribuem para o erro de medicação foram mencionados a sobrecarga de trabalho, falta de atenção do profissional, despreparo ou má-formação profissional, prescrição ilegível, falta de profissionais nos serviços de saúde, automatização do cuidado, falta de planejamento do trabalho pelo profissional, desinteresse pelo trabalho e ainda o ambiente físico inadequado:

*Acúmulo de serviço é o primeiro fator, número muito reduzido de funcionários, a pressa em fazer a medicação, querer adiantar o serviço e a letra do médico contribui para os erros (E13).*

*Falta de atenção, desconcentração, o tumulto na hora do atendimento, o quadro reduzido de funcionários [...]o fato da unidade não estar adequadamente construída pra isso[...] então fica aquela coisa meio que de improvisação (E5).*

Percebeu-se que os problemas abordados pelos profissionais hospitalares ou de atenção básica divergiam. No âmbito hospitalar, o maior problema referido foi a quantidade excessiva de medicações por paciente, intensificando a chance de erros na prescrição e administração de medicações. Já nas UBS houve mais relato de problemas no ambiente físico, visto que a maioria das unidades básicas não é planejada. Isso, na visão dos profissionais, gera tumulto nos atendimentos, sobrecarga dos profissionais e, conseqüentemente, facilita os erros de medicação.

## CONDUTAS ADOTADAS PERANTE O ERRO DE MEDICAÇÃO

Essa categoria trouxe as condutas adotadas pelo serviço e pelos profissionais para lidar com o erro relacionado à medicação. A maioria dos participantes acredita na orientação e treinamento do funcionário envolvido com o erro, bem como na importância da comunicação do ocorrido ao médico. Também, os enfermeiros reportam que a punição e troca de função é uma realidade presente em serviços de saúde, contudo, consideram importante a comunicação a toda a equipe e a gerência, veem a necessidade de notificar o erro e acreditam que é preciso comunicar ao paciente e à família sobre a ocorrência da iatrogenia.

*Imediatamente comunicar ao médico, comunicar à equipe, à enfermeira, ao farmacêutico. Após isso fazer a orientação ao funcionário (E19).*

*[...] quando esse erro é evidente, geralmente nós chamamos o funcionário, damos uma advertência. Se for um caso mais sério, nós teremos que estar encaminhando pra*

*supervisão imediata, dependendo do caso, a troca do funcionário do setor ou ficar com restrição de atividades (E10).*

Houve diferença nos discursos em relação às condutas dos profissionais perante os erros de medicação. Quando interrogados sobre o assunto, os profissionais das UBS contavam espontaneamente algum caso ocorrido na unidade e qual a conduta adotada para aquele caso. Já no hospital, a primeira resposta dos enfermeiros era de que não haviam presenciado algum evento na instituição e discorriam sobre condutas a serem tomadas em uma situação hipotética. Contudo, ao perceberem o gravador desligado, comentavam algum caso de erro de medicação ocorrido no local.

## ESTRATÉGIAS PARA A MELHORIA DA SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Como estratégias para a melhoria da segurança com medicamentos, evidenciaram-se, em primeiro lugar, a educação continuada e capacitações para a equipe de saúde, seguido pelo aumento de número de funcionários, a fim de evitar a sobrecarga de trabalho, melhor organização do ambiente físico e padronização do serviço, melhor supervisão do enfermeiro na equipe de enfermagem, melhor legibilidade da prescrição médica ou prescrições eletrônicas e apenas um entrevistado aludiu à importância da não punição como estratégia.

*[...] desde palestras, reciclagem, até mesmo maior número de funcionários, porque tem dias que a demanda é muito grande! Aumentar o número de funcionários e salas (E14).*

*[...] se você não punir, você vir com educação pra esses profissionais que fazem o erro, você acaba tendo eles como aliados, não contra. [...] Confiar no profissional e não chegar e punir, não mandar embora. Se ele fez um erro e não foi educado corretamente aqui e não foi orientado, mandou embora, ele vai acabar em outra instituição cometendo o mesmo erro (E7).*

## DISCUSSÃO

Os resultados encontrados na primeira categoria “a contribuição do enfermeiro e a sua concepção sobre segurança do paciente” estão de acordo com o exposto na literatura<sup>3,10</sup>. Nesse sentido, o Código de Ética deixa claro, no artigo 16, a responsabilidade de “assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”.<sup>10</sup>

Os participantes corroboraram essa afirmação, pois reconheceram a assistência livre de danos como principal objetivo da segurança do paciente. Ressalta-se que é de grande importância os profissionais terem conhecimento do significado e definição de erros de medicação e espera-se que estes apliquem o conceito em sua rotina de trabalho.

Os enfermeiros entrevistados trouxeram uma visão semelhante à declaração para a promoção da segurança do paciente do COREN-SP<sup>11</sup>, que reforça a necessidade de profissionais de enfermagem com competência técnica, científica, ética e legal e que devem somente executar atividades quando estiverem capazes para desempenhá-las de forma segura para si e para outrem.

Também houve similaridade com a literatura em relação ao papel do enfermeiro. O enfermeiro deve responsabilizar-se pelo planejamento das ações de enfermagem no tocante à disponibilização de recursos materiais adequados e seguros, bem como à capacitação da equipe e promoção de condições adequadas tanto ambientais quanto de trabalho para a realização do cuidado, garantindo, assim, a segurança para o paciente.<sup>6</sup>

Além disso, os profissionais trouxeram em seus discursos a importância do enfermeiro como gerente do setor e da equipe de enfermagem. A literatura também afirma que a presença efetiva do profissional enfermeiro no processo e supervisão de técnicos e auxiliares de enfermagem não pode ser dispensada. Esse deve ser um processo contínuo e ininterrupto para a verificação e correção de possíveis falhas, a fim de estabelecer estratégias a serem seguidas, avaliar os riscos iminentes e verificar falhas que podem interferir no cuidado ao paciente, prevenindo assim a ocorrência de erros de medicação.<sup>12,13</sup>

Não foi observada nas falas dos participantes a necessidade de criação de uma comissão multidisciplinar envolvida nos aspectos da segurança do paciente, visando à prevenção e à redução dos eventos adversos e de medicamentos e gestão de risco clínico. Essa comissão auxilia com formulações de estratégias para que as instituições tenham cuidado mais seguro e livre de erros. Tal informação vai contra o indicado pelo PNSP, que visa à criação dessas comissões.

Também não foi relatada a importância da inserção do enfermeiro nesses comitês de segurança e a necessidade de esses profissionais estarem se atualizando e se capacitando constantemente. Os enfermeiros devem estar envolvidos em todo o processo de pesquisa e colaborar com a equipe interdisciplinar em todo os ambientes de cuidados.<sup>14</sup>

Ainda, visto que o enfermeiro é formado para ser um profissional crítico e líder de uma equipe, este deve se envolver em uma busca constante de informações e evidências de pesquisa para a prática clínica. Combinando o conhecimento, análise e evidências, os enfermeiros serão desafiados a melhorar continuamente os processos de cuidados e incentivar a sua equipe interdisciplinar, a fim de garantir melhor cuidado aos pacientes.<sup>14</sup>



Ao analisar a segunda categoria “identificação de problemas para a terapia medicamentosa”, perceberam-se semelhanças com os demais autores da área, visto que não há uniformidade na compreensão do que é um erro de medicação pelos profissionais.<sup>15,16</sup> Esse achado reforça a necessidade de esclarecer para a equipe de enfermagem os conceitos de erro de medicação e os tipos de erros existentes.

Além da definição não aprofundada do erro de medicação, percebeu-se também nesta pesquisa apreensão dos entrevistados ao discutir o tema e ainda relutância em exemplificar algum evento iatrogênico ocorrido em seu local de trabalho. Revisão da literatura sobre o tema demonstrou que os eventos não são facilmente relatados, devido ao estigma da atitude negativa em relação ao incidente e os complexos relatórios que os profissionais devem realizar.<sup>17</sup>

Também há semelhanças quanto aos fatores mais frequentes de erros encontrados na literatura.<sup>17,18</sup> Outro estudo analisou a percepção dos enfermeiros sobre as causas de erros de medicação e seu registro e estavam relacionados à ilegibilidade da letra dos médicos na realização das prescrições, distrações, cansaço e sobrecarga dos profissionais.<sup>19,20</sup> Isso legitima os achados desta pesquisa, tendo o primeiro fator para a ocorrência de erros a sobrecarga de trabalho advinda do cansaço dos profissionais, seguida da falta de atenção do profissional.

A terceira categoria da pesquisa, “condutas adotadas perante o erro de medicação”, ressaltou dados que visam a auxiliar no entendimento das atitudes do profissional frente ao problema e quanto à notificação do erro. Houve semelhanças com a literatura quando questionada a conduta mais eficaz perante o erro de medicação, uma vez que a orientação do funcionário foi a mais relatada como conduta.<sup>21</sup> Outra conduta bastante recorrente na literatura é a comunicação do erro ao médico e enfermeiro responsável, relatórios de notificação e cuidados diretos ao paciente.<sup>18,22</sup>

Além disso, as principais condutas relatadas no estudo foram a orientação do profissional, seguido da comunicação ao médico e punição. Percebe-se que a punição foi bastante relatada, ficando acima de muitas outras condutas, como, por exemplo, comunicação à equipe e à gerência, notificação do erro ou, ainda, comunicação ao paciente e à família. A punição também esteve presente na literatura, que notifica que para 74,3% da amostra a punição ocorre às vezes ou sempre, predominando a advertência verbal (49%).<sup>23</sup>

Evidenciou-se o medo de punições até na descrição de casos vivenciados na unidade, visto que, quando interrogados sobre as condutas, os profissionais do hospital demonstraram receio em relatar alguma situação ocorrida no local e somente o fizeram ao perceberem o gravador desligado. Já nas UBS houve mais facilidade em descrever eventos ocorridos em seus locais de trabalho. Atualmente ainda é culpabilizado somente o indi-

víduo que errou, proporcionando ao profissional sentimentos de medo, culpa e sofrimento.<sup>21</sup>

Assim sendo, o funcionário, por temer punições e até mesmo perder o emprego, não notifica e não comunica à equipe sobre o erro. Ressalta-se a necessidade de comissões responsáveis para desenvolver um sistema de vigilância de eventos adversos, bem como a criação de uma técnica de notificação de erros sigilosa, reforçando a mudança na cultura de detecção de erros, que ainda é vista em âmbito nacional como um grande desafio.

Ademais, notou-se que os enfermeiros não consideraram os “quase erros” como um erro de medicação potencial e é preocupante o fato de considerar apenas os casos mais graves ou mais evidentes para uma conduta efetiva de segurança. De acordo com as falas dos profissionais, somente se consideram importantes aqueles erros de medicação que podem causar dano ao paciente ou levar a alguma reação visível, não sendo possível omitir o problema do paciente e da família.

Os resultados da pesquisa em relação à quarta categoria “estratégias para a melhoria da segurança na utilização de medicamentos” corroboraram o que foi encontrado na literatura, que registra diversas contribuições e estratégias para serem implementadas na assistência em saúde de curto a longo prazo, como: educação continuada, presença efetiva do enfermeiro supervisionando a equipe, melhorias do ambiente físico de trabalho, sistema de dose unitária, fornecimento de informações aos pacientes a respeito de seu tratamento (incentivando mais participação dos mesmos) e implantação da prescrição computadorizada, entre outros.<sup>18</sup>

Também, foi consensual entre os enfermeiros a necessidade de disseminar uma cultura de segurança nos serviços de saúde e esta deve ser vista como meta pelas instituições. Um sistema seguro de medicação irá auxiliar os profissionais na prevenção de erros, com medidas que tragam facilidades para a ação de medicar e dificuldades para as oportunidades de errar.<sup>18</sup>

Concordando com as publicações consultadas, na ocorrência de um erro na medicação não é dada ênfase à educação, e sim à punição. E isso, em vez de ajudar a prevenir, faz com que cada vez menos os erros sejam notificados, prejudicando o conhecimento de seus fatores de risco e permitindo sua repetição.<sup>24</sup> É preciso que sejam incluídas estratégias diferenciadas para a melhoria da segurança nas instituições de saúde, reforçando a criação de um ambiente menos punitivo e de aprendizagem contínua.

Finalmente, percebe-se a necessidade de mais inserção da temática segurança do paciente na formação dos futuros profissionais de enfermagem e também capacitações com a temática para profissionais que já atuam na assistência. Por entender que a educação em segurança do paciente era necessária, a OMS desenvolveu em 2011 um guia com propostas para integração do tema em currículos de formação em saúde e como este pode ser desenvolvido por professores e estudantes. Visa-

-se ao estudo das questões de segurança desde a teoria até a prática em serviços de saúde.<sup>25</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É perceptível o crescente interesse científico na temática da segurança do paciente e erros de medicação. As entrevistas mostraram que há bom entendimento do conceito e da importância da segurança do paciente para os enfermeiros e estes identificam o enfermeiro como um profissional de papel fundamental para disseminar a cultura de segurança no ambiente de trabalho. Os principais fatores salientados para a ocorrência do erro medicamentoso foram a sobrecarga de trabalho e a falta de atenção do profissional.

A orientação do funcionário foi a conduta mais citada pelos participantes, contudo, constatou-se a punição uma conduta ainda muito presente na área da saúde, deixando o profissional apreensivo e muitas vezes levando a casos de subnotificação. E ainda, como estratégia mais presente foram enfatizados capacitação e treinamentos para os funcionários, bem como aumento na contratação destes.

Também foi observado que as instituições de saúde adotam, a maioria, uma abordagem centrada na pessoa, buscando um culpado e estimulando uma condição punitiva perante o erro. Sabe-se que há problemas com essa abordagem, visto que se separam os atos inseguros do sistema, levando à manutenção de padrões já existentes e repetição dos erros.

As entrevistas colaboraram unindo um pensamento recorrente tanto na literatura quanto na prática: a cultura de segurança deve ser prioritária e amplamente disseminada nos serviços de saúde. Deve-se entender que falhas e erros humanos são esperados em qualquer instituição e, por isso, é preciso desenvolver estratégias para a prevenção dos mesmos, bem como apoiar-se na formação dos profissionais de saúde e capacitações com a temática.

Para estudos futuros, conclui-se que há a necessidade de verificar as percepções dos técnicos de enfermagem sobre a temática, uma vez que estes desempenham papel fundamental na administração de medicamentos e estão integrados no cuidado ao paciente.

Uma das limitações do estudo consistiu na quantidade reduzida de participantes entrevistados, pois vários se encontravam afastados. Outro fator limitante relaciona-se diretamente à cultura do medo da punição. Isso é compreensível, uma vez que a temática ainda traz conotação negativa para a prática profissional e para a instituição.

## AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

## REFERÊNCIAS

1. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. A comprehensive approach to improving patient safety. In: Konh LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health care system. Washington (DC): Institute of Medicine; 2000. p. 17-25.
2. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge: 2005-2006. Geneva: WHO; 2005.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/ Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Anvisa; 2013.
5. World Health Organization. Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report. Geneva: WHO; 2009.
6. 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.
7. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2010. 80p.
8. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública. 2008; 24(1):17-27.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2008.
10. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN N°160/93 de 12 de maio de 1993. Rio de Janeiro: COFEN; 1993.
11. Conselho Regional de Enfermagem - SP. Declaração da Enfermagem do Estado de São Paulo para a Promoção da Segurança do Paciente. Projeto enfermagem para segurança do paciente do Coren-SP. São Paulo: Coren-SP; 2010.
12. Teixeira, TCA, Cassiani SHB. Root cause analysis: evaluation of medication errors at a university hospital. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(1):139-46.
13. Faye H, Rivera-Rodriguez AJ, Karsh BT, Hundt AS, Baker C, Carayon P. Involving intensive care unit nurses in a proactive risk assessment of the medication management process. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2010; 36(8):376-84.
14. Hughes RG. Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses [prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation]. AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. p. 7-36.
15. Bohomol E, Ramos LH. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. Rev Bras Enferm. 2007; 60(1):32-6.
16. Telles Filho PCP, Praxedes MFS, Pinheiro MLP. Erros de medicação: análise do conhecimento da equipe de enfermagem de uma instituição hospitalar. Rev Gaúcha Enferm. 2011; 32(3):539-45.
17. McBride-Henry K, Foureur M. Medication administration errors: understanding the issues. Aust J Adv Nurs. 2006; 23(3):33-41.
18. 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.
19. Mayo AM, Duncan D. Nurse perceptions of medication errors: what we need to know for patient safety. J Nurs Care Quality. 2004; 19(3):209-17.
20. Manias E, Aitken R, Dunning T. How graduate nurses use protocols to manage patients' medication. J Clin Nurs. 2005; 14(8): J Clin Nurs. 2005 Sep;14(8):935-44. [Cited 2014 Feb 12]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16102145>.
21. 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. 2010; 63(6):927-32.

22. Corbellini VL, Schilling MCL, Frantz SF, Godinho TG, Urbanetto JS. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(2):241-7.
  23. Claro CM, Krocckz DVC, Toffolletto MC, Padilha KG. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(1):167-72.
  24. Tang FI, Sheu JS, Yu S, Wei IL, Chen CH. Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. *J Clin Nurs.* 2007; 16(3):447-57.
  25. World Health Organization. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Geneva: WHO; 2011.
-