

## Scientific Electronic Archives

Issue ID: Sci. Elec. Arch. Vol. 11 (3)

June 2018

Article link

<http://www.seasinop.com.br/revista/index.php?journal=SEA&page=article&op=view&path%5B%5D=503&path%5B%5D=pdf>

Included in DOAJ, AGRIS, Latindex, Journal TOCs, CORE, Discoursio Open Science, Science Gate, GFAR, CIARDRING, Academic Journals Database and NTHRYS Technologies, Portal de Periódicos CAPES.



# Segurança do paciente e erros de medicação: uma revisão de literatura.

## Patient safety and medication errors: a literature review

A. C. P. Souza, S. A. M. Vieira, P. P. Cavalcanti

<sup>1</sup> Universidade Federal de Mato Grosso - Campus Sinop

Author for correspondence: [anna.claudias89@gmail.com](mailto:anna.claudias89@gmail.com)

**RESUMO.** Objetivou-se com o presente estudo analisar por meio de uma revisão sistematizada na literatura a temática segurança do paciente e erros de medicação. O presente trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica com caráter exploratório e descritivo. Com relação à segurança do paciente foram encontrados 12 cenários referentes a erros de medicação: Erro de prescrição; Erro de dispensação; Erro de omissão; Erro de horário; Erro de medicamento não autorizado; Erro de dose; Erro de apresentação; Erro de preparo; Erro de administração; Erro por uso de medicamentos deteriorados; Erro de monitoração; Erro pela não adesão do paciente e de sua família. E os fatores indutores ao erro: Falhas no sistema de atenção à saúde; Falta de cultura de notificação; Falta de análise dos eventos ocorridos; Falta de recursos materiais adequados; Sobrecarga dos profissionais; Ausência de protocolos e rotinas operacionais implantados; Implantação rápida dos processos; Não aderência por parte do paciente aos tratamentos propostos. Existem ainda alguns fatores que são considerados como protetores ao erro, ou seja, dificultam o acontecimento do erro, são eles: Educação continuada; Certeza dos procedimentos; Conhecimento técnico e habilidade. Observou-se que as instituições e os gestores de saúde devem realizar uma investigação sobre o quanto os fatores indutores ao erro estão interferindo no desempenho das atividades de sua equipe e realizar as intervenções necessárias, pois muitas vezes o fator humano é considerado o principal motivo do erro, porém o erro não ocorre isoladamente, sendo assim não basta punir o profissional e não realizar uma análise detalhada dos fatos que favoreceram o erro.

**Palavras chave:** Segurança do paciente, Erros de medicação, Enfermagem.

**ABSTRACT:** It was aimed at the present study analyze through a systematized review in the literature the subject of patient safety and medication errors. The present work deals with a bibliographic research with an exploratory and descriptive character. With regard to patient safety, 12 scenarios were found regarding medication errors: Prescription error; Dispensing error; Error of omission; Time error; Error of unauthorized medication; Dose error; Presentation error; Preparation error; Administration error; Error for use of impaired medications; Monitoring error; Error by not adhering to the patient and his family. And the inducing factors to the error: Failures in the health care system; Lack of notification culture; Lack of analysis of events; Lack of adequate material resources; Professional overload; Lack of operational protocols and routines implemented; Rapid deployment of processes; Non adherence by the patient to the proposed treatments. There are still some factors that are considered as protectors to the error, that is, they make difficult the event of the error, they are: Continued education; Certainty of procedures; Technical knowledge and ability. It was observed that health institutions and managers should conduct an investigation into how much error-inducing factors are interfering with the performance of their staff's activities and carrying out the necessary interventions, since the human factor is often considered the main reason for Error, but the error does not occur in isolation, so it is not enough to punish the professional and not perform a detailed analysis of the facts that favored the error.

**Key words:** Patient safety, Medication errors, Nursing.

### Introdução

A busca por qualidade na assistência ao paciente, mais do que um objetivo, é um ideal a ser atingido por todos os profissionais que atuam nas instituições de saúde. Com a enfermagem não é diferente. No entanto, apesar dos esforços no

sentido de alcançar essa qualidade, traduzida por uma assistência segura, livre de riscos desnecessários, de forma a permitir o pronto restabelecimento do paciente, convive-se no cotidiano da prática assistencial com inúmeras possibilidades de ocorrências adversas ou

iatrogênicas capazes de comprometer o sucesso do tratamento.

Por esses fatores a segurança dos pacientes no decorrer da internação hospitalar tem merecido atenção crescente dos enfermeiros na busca por uma assistência que assegure um máximo de qualidade e um mínimo de riscos para o cliente. Nesse sentido, no que se refere à administração de medicamentos, a ocorrência de erros durante qualquer etapa desse processo, não só é indesejável para o alcance da qualidade dos serviços, como prejudicial para o paciente, equipe multidisciplinar e instituição hospitalar (PEDREIRA, HARADA, 2009).

Terapia medicamentosa é uma das atividades mais desenvolvidas em instituições de saúde, sendo amplamente relacionadas à prática de enfermagem. Os medicamentos contribuem de forma significativa para melhorar a qualidade de vida das pessoas trazendo-lhes benefícios sociais e econômicos, mas seu uso não é isento de risco. Os erros de medicação podem estar relacionados a falhas no processo de comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar, decorrentes do uso de solicitações verbais, falha na interpretação das prescrições médicas por escrita ilegível e comercialização de medicamentos com nomes e aparências semelhantes, entre outros (PEDREIRA, *et al.*, 2006 *apud* PEDREIRA, HARADA, 2009).

Segundo Lopes, *et al.*, (2006), administração de medicamentos é um procedimento complexo que exige conhecimento científico tais como: farmacológicos relacionados ao tipo de droga, mecanismos de ação, excreção, atuação em cada sistema orgânico, além de conhecimentos de semiotécnica e semiologia, bem como avaliação clínica do paciente, podendo ser realizado por alguns profissionais de saúde, todavia percebe-se que tem sido uma prática realizada diariamente pela equipe de enfermagem.

É importante ressaltar que os erros relacionados à técnica e procedimentos na área da saúde, podem resultar em tragédia para pacientes e suas famílias, aumentar o tempo de internação e os custos hospitalares. A dimensão desta problemática ultrapassa a premissa central de prejuízo para o paciente envolvido, acarretando repercussões para o profissional e instituição, bem como, outras de caráter social, ético, econômico e cultural. A fim de prevenir erros de medicação, devem ser implementados sistemas e métodos de trabalho que considerem a segurança do paciente. Para que a implementação segura da terapia medicamentosa ocorra de maneira segura e sem erros, os futuros profissionais de enfermagem devem ter conhecimentos sobre o correto preparo e administração de fármacos e soluções.

Mesmo no século XXI com todos os avanços tecnológicos, muitos paradigmas ainda são desafiados quando se fala em erros de medicação.

Os profissionais de saúde normalmente associam falhas nas suas atividades à vergonha, perda de prestígio e medo de punições. De modo geral, o ambiente nas instituições de saúde não é propício para uma discussão franca sobre o assunto, visando à melhoria do sistema como um todo.

Uma investigação, com enfermeiros, sobre o tema, demonstrou que 40% de eventos não foram relatados devido ao estigma da atitude negativa em relação ao incidente e os complexos relatórios que os profissionais devem realizar. O medo de represálias e exposição a julgamentos são indicados como os principais fatores para a não notificação e referem que apenas 25% dos erros são formalizados em relatórios ou notificações de ocorrências (BOHOMOL; RAMOS 2007).

Cada etapa do processo de utilização de medicamentos – prescrição, dispensação, administração, monitoramento – é caracterizada por vários e sérios problemas relacionados à segurança do paciente e necessitam de melhores e maiores estudos para evidenciar as falhas e determinar ações de prevenção, podem ser encontrados números altos e surpreendentes.

A discussão e o interesse sobre erros de medicação são crescentes no Brasil, e já existe número considerável de publicações que vem demonstrando a importante dimensão desse tipo de evento nas instituições brasileiras.

## Métodos

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo a partir de referências bibliográficas. Considerou-se para a investigação os seguintes critérios de inclusão: artigos originais baseados em pesquisas científicas, manuais redigidos e disponíveis na íntegra *online*, livros que avaliaram segurança do paciente e erros de medicação, excluindo do estudo editorial, resumo e artigos que não puderam oferecer uma ampla perspectiva sobre o tema.

A busca foi realizada na literatura pertinente no período de 1999 a 2011. Esse período foi escolhido devido à publicação do relatório “*To err is human: building a safer health care system* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), publicado em 1999 pelo Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos (EUA). A publicação desse relevante relatório foi um marco na produção de avanços na segurança do paciente e uso de medicamentos.

Foram rastreadas as publicações indexadas na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO). Em literaturas disponíveis na biblioteca da UFMT, de aquisição própria, e em sites de Organizações envolvidas com a temática

Após consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Biblioteca Virtual em Saúde optou-se pela utilização do descritor “segurança paciente erros medicação”, considerando, que este

descriptor seria adequado para alcançar os objetivos do estudo.

O rastreamento dos artigos ocorreu em duas etapas. Na primeira etapa, foram encontradas 334 referências disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde, restringindo-se para 19 referências disponíveis na base de dados SciELO. Após, procedeu-se o refinamento pelo idioma, sendo selecionadas 12 referências no idioma português. Em seguida partiu-se para a segunda etapa, que consistiu na leitura e análise das 12 referências pré-selecionadas. Os artigos foram classificados entre aqueles que apresentaram temática segurança do paciente e erros de medicação. Sendo selecionados para leitura em profundidade, 9 artigos.

Dos livros adquiridos foram selecionados capítulos que envolviam a temática segurança do paciente e erros de medicação, os quais foram utilizados na revisão bibliográfica e na discussão do trabalho ao se tratar dos tipos erros de medicação e os fatores indutores aos erros e os que servem como fator protetor dificultando assim o profissional cometer o erro. Por ser uma temática nova, ainda existe pouca bibliografia sobre a temática, especialmente voltado para a enfermagem, segurança do paciente e erros de medicação, por este fato foi muito utilizado a referência Pedreira; Harada (2009).

Foi discutida a classificação dos Tipos de erros de medicação conforme *American Society of Health System Pharmacists*, 1993; Belela, *et al.*, (2008) *apud* Pedreira; Harada (2009) que classifica os erros de medicação em: Erro de prescrição, dispensação, omissão, horário, medicamento não autorizado, dose, apresentação, preparo, administração, uso de medicamentos deteriorados, monitoração, e pela não adesão do paciente e de sua família.

E os fatores indutores ao erro: Falhas no sistema de atenção à saúde; Falta de cultura de notificação; Falta de análise dos eventos ocorridos; Falta de recursos materiais adequados; Sobrecarga dos profissionais; Ausência de protocolos e rotinas operacionais implantados; Implantação rápida dos processos; Não aderência por parte do paciente aos tratamentos propostos. Existem alguns fatores que são considerados como protetores ao erro, ou seja, dificultam o acontecimento do erro, são eles: Educação continuada; Certeza dos procedimentos; Conhecimento técnico e habilidade, que também foram discutidos.

Por se tratar de uma revisão bibliográfica, este estudo não está sujeito a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

## Resultados e discussão

Dos 9 artigos disponíveis na base de dados Scientific Eletronic Library Online (SciELO), após

utilizar os critérios de inclusão e exclusão, foram analisados 9 artigos, que estão descritos no quadro 1.

Com abrangência na temática Segurança do paciente e erros de medicação foram selecionados 6 livros que apresentaram abrangência na temática, cujas informações foram utilizadas na revisão bibliográfica e discussão do trabalho, conforme descrito no Quadro 2.

Cassiani e Ueta (2004) definem erro de prescrição como a seleção incorreta do medicamento; monitoramento; dose; via de administração; concentração; velocidade de infusão; instruções de uso inadequadas feitas por médico; prescrição ilegível ou ordens que possam induzir a erro. Corroborando Anacleto, *et al.*, (2010) concluem que neste tipo de erro, a prescrição não contém as informações que a farmácia necessita para identificar o medicamento e dispensá-lo corretamente, sendo a prescrição deduzida e o medicamento dispensado, podendo ter sido equivocado.

Anacleto, *et al.*, (2010), ao dissertar sobre erro de dispensação concluíram que esse tipo de erro é definido como o desvio de uma prescrição médica escrita ou oral, incluindo modificações escritas feitas pelo farmacêutico após contato com o prescritor ou cumprindo normas ou protocolos preestabelecidos. E ainda considerado erro de dispensação qualquer desvio do que é estabelecido pelos órgãos regulatórios ou normas que afetam a dispensação. Cassiani e Ueta (2004), também concluíram que erro de dispensação corresponde aos desvios que ocorrem no momento da separação e dispensação dos medicamentos pelo Serviço da Farmácia.

Cassiani e Ueta (2004) definiram erro de omissão como a não administração de uma dose ou medicamento ao paciente. Corroborando Ribeiro (1991), Draft (1992), Cassiani (1998), NCCMERP (1998) *apud* Cassiani e Silva (2004) definem erros de omissão como qualquer dose não-administrada até o próximo horário de medicação.

Belela, Peterlini e Pedreira (2011), ao definirem erro de horário concluíram como a administração do medicamento fora do intervalo de tempo estabelecido pela instituição, conforme o aprazamento da prescrição.

Ribeiro (1991), Draft (1992), Cassiani (1998) e NCCMERP (1998) *apud* Cassiani e Silva (2004), ao dissertarem sobre erro de medicamento não autorizado concluíram que este é a administração de um medicamento ou dose de medicamento não-prescrito pelo médico.

Anacleto, *et al.*, (2010), definem erro de dose quando o medicamento é dispensado em concentração diferente daquela prescrita. Podendo ser em maior ou menor quantidade que aquela prescrita.

**Quadro 1:** Descrição dos artigos encontrados de acordo com autores, periódico, título e ano de publicação, Sinop, MT, 2011.

<b>Autores / Ano</b>	<b>Título</b>	<b>Periódico</b>
Bohomol E.; Ramos L. H. 2007	Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente	Revista Brasileira de Enfermagem.
Cassiani, S. H. B. 2005	A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos	Revista Brasileira de Enfermagem.
Erdmann A. L., et al. 2009	A avaliação de periódicos científicos qualis e a produção brasileira de artigos da área de enfermagem	Revista Latino-Americana de Enfermagem
Kawano. D. F., et al. 2006	Acidentes com os medicamentos: como minimizá-los?	Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas
Lopes, C. H. A. F., et al 2006	Administração de medicamentos: análise da produção científica de enfermagem,	Revista Brasileira de Enfermagem
Miasso, A.I., et al. 2006	O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação	Revista Latino-Americana de Enfermagem
Rosa, M.B., Perini E. 2003	Erros de medicação: quem foi?	Revista da Associação Médica Brasileira
Santos, J.O., et. al. 2007	Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação	Acta Paulista de Enfermagem
Yamanaka, T. I., et al. 2007	Redesenho de atividades da enfermagem para redução de erros de medicação em pediatria	Revista Brasileira de Enfermagem

**Quadro 2:** Descrição dos livros utilizados de acordo com autores, título, editora e ano de publicação, Sinop, MT, 2011

<b>Autor / Ano</b>	<b>Título</b>	<b>Editora</b>
Cassiani, S. H. B., UETA, J. 2004	A segurança dos pacientes na utilização da medicação	Artes Médicas
Cassiani, S. H. B. 2010	Hospitais e Medicamentos – Impacto na segurança dos pacientes	Yendis Editora
Pedreira, M. L. G.; Harada, M. J. C.S. 2009	Enfermagem dia a dia – Segurança do paciente	Yendis Editora
Harada, M. J. C. S., et al.;	O Erro Humano e a Segurança do paciente	Editora Atheneu
Vincent, C. 2009	Segurança do paciente – Orientações para evitar eventos adversos;	Yendis Editora
Wachter, R.M. 2010	Compreendendo a Segurança do Paciente	Artmed editora

Belela, Peterlini e Pedreira (2011), ao dissertarem sobre erro de apresentação dos medicamentos, concluíram que o erro de apresentação ocorre quando a administração de um medicamento em apresentação diferente da prescrita.

Ribeiro (1991), Draft (1992), Cassiani (1998) e NCCMERP (1998) *apud* Cassiani e Silva (2004), ao dissertarem sobre erro de preparo de medicação concluíram que esse tipo de erro acontece devido ao preparo incorreto do medicamento: medicamento incorretamente formulado; diluição ou reconstituição incorreta; falha ao agitar suspensões; diluição de medicamentos que não permitam esse procedimento, mistura de medicamentos que são física ou quimicamente incompatíveis e acondicionados em embalagem inadequada do produto prescrita.

Cassiani e Ueta, (2004) definem erro de administração de medicamento como a administração em outras formas que não a prescrita. Procedimento ou técnica inapropriado na administração do medicamento. Podem ser incluídas aqui doses administradas pela via incorreta ou pela via correta, mas no local errado e

os casos em que o padrão de administração não é obedecido.

Anacleto, *et al.*, (2010), também concluem erro de administração de medicamento como qualquer desvio no preparo e administração de medicamentos mediante prescrição médica, não observância das recomendações ou guias do hospital ou das instruções técnicas do fabricante do produto.

Anacleto, *et al.*, (2010), concluem erro por uso de medicamento deteriorado como desvios de qualidade nos medicamentos dispensados sendo os problemas detectados a partir de observação visual, medicamentos armazenados fora da temperatura adequada, com danos na embalagem que comprometam a qualidade e aqueles dispensados com prazo de validade vencido.

Abrams (2006) *apud* Belela, Peterlini e Pedreira (2011), definiram erro de monitoração de medicamento como a falha em rever um esquema prescrito para devida adequação ou detecção de problemas.

Belela, Peterlini e Pedreira (2011), consideram erro por não adesão do paciente e de sua família como erro em razão da não aderência do paciente e família o comportamento inadequado

do paciente ou cuidador quanto a sua participação na proposta terapêutica.

Cassiani e Ueta (2004), afirmam que erros de sistemas ocorrem quando uma falha em uma cadeia de eventos interrompe o processo normal. Geralmente, não existe uma única causa para um acidente, mas múltiplos locais onde a cadeia de eventos pode ser quebrada. Frequentemente, erros ocorrem porque os sistemas foram elaborados com potencial para a ocorrência do erro.

Sendo assim, por mais perfeito que seja o sistema o ser humano está sujeito a erros, corroborando Cassiani (2010), partindo do princípio de que o erro é inerente ao ser humano, que ocorre nos sistemas mais perfeitos, independentemente da capacitação dos profissionais, e considerando que não se pode modificar a natureza humana, para aumentar a segurança do sistema de utilização de medicamentos em hospitais, é necessário modificar as condições nas quais as pessoas trabalham.

WHO (2002) *apud* Pedreira e Harada, (2009) dissertando a respeito de falhas no sistema de atenção a saúde concluíram que as opiniões atuais sobre a segurança do paciente consideram que a responsabilidade primordial nos casos prejudiciais deve ser atribuída às deficiências na estrutura, na organização e no funcionamento do sistema e não ao profissional.

Kohn, Corrigan e Donalson (2000) *apud* Harada, *et al.*, (2006) concluem que para promoção da segurança do paciente é aspecto fundamental a criação de um ambiente que encoraje a identificação dos erros de medicação, avalie suas causas, implemente a iniciativa apropriada para prevenção e para melhora de desempenho.

Vindo a confirmar a premissa Harada, *et al.*, (2006) destaca a importância do relato de erros, é o primeiro passo para alcance de melhorias. A dificuldade para a notificação espontânea pode estar relacionada a falta de conhecimento por parte do profissional do que realmente seja um erro de medicação.

Kohn, *et al.*, (2000); Bohomol e Ramos (2007) *apud* Pedreira e Harada (2009) relatam que a subnotificação também está vinculada ao desconhecimento do que seja efetivamente um erro, além do medo de envolvimento jurídico em processos legais. Pedreira e Harada (2006) *apud* Pedreira e Harada, (2009), enfatiza, que a simplicidade e a objetividade dos informes de erros e de eventos adversos são essenciais para aumentar o número de notificações.

Em relação ao anonimato no preenchimento das notificações de erros, Harada, *et al.*, (2006) concluem a despeito da forma de notificação dos erros, é referido na literatura que existem vantagens na monitorização desses eventos respeitando-se o anonimato, pois inclui-se nesse caso a facilidade de trazer à tona detalhes contextuais sobre a equipe,

pacientes, fatores que contribuíram e minimizaram a ocorrência adversa.

Diante do exposto, pode-se inferir que os profissionais da saúde não são e/ou estão preparados para lidar com o erro, seja um erro de medicação ou qualquer outro tipo de erro que ele possa vir a cometer, pois quando o erro acontece a primeira atitude a ser tomada é descobrir “o culpado, o mau profissional, o despreparado” e essa cultura punitiva é o principal fator para que não aconteça a notificação dos erros e assim se torna impossível compreender o sistema de saúde e essencialmente qual etapa está favorecendo o erro, para que possa ser avaliado e modificado em prol da segurança do paciente.

As instituições devem começar a pensar na sua estrutura organizacional, como a instituição pode lidar com erros e suas consequências, procurando mudar a realidade da cultura punitiva. Para que essa notificação seja realizada da maneira correta é indispensável que as instituições invistam em educação continuada, treinamentos, cursos para a equipe que nela atua, pois sem possuir conhecimento sobre os tipos de erros, não é possível notificar. Vale ressaltar ainda que a ANVISA disponibiliza *online* relatórios para notificação de erros de medicação e o mais importante é que esses instrumentos garantem o anonimato; é importante que as instituições de saúde e os profissionais de saúde tenham consciência da importância da notificação, somente assim é possível melhorar, aprimorar o sistema de saúde e implementar medidas de prevenção. Sendo assim, um sistema de notificação é imprescindível para o alcance de melhorias no que tange segurança do paciente.

Cassiani e Ueta (2004) defendem que falta de cultura de avaliação dos serviços de saúde, nela incluída avaliação dos processos de trabalho dos diferentes profissionais; dificuldades metodológicas para a realização sistemática de avaliações; postura defensiva dos profissionais frente à ocorrência de qualquer evento negativo; cultura institucional e profissional que perpetua uma visão punitiva e não educativa frente aos erros; medo e insegurança institucional e dos profissionais na notificação dos erros devido às possíveis sanções legais e administrativas; atitudes defensivas dentro da própria instituição, mantendo os erros sob sigilo, circunscritos apenas à unidade onde o mesmo ocorreu, entre outras; são fatores essenciais que não permite a análise de eventos ocorridos e impossibilita melhorias no sistema.

Desta maneira é necessário discutir todos os aspectos relacionados ao fato, ao invés de ser somente um espectador silencioso dos fatos negativos que aconteceram. Wannmacher, (2005) *apud* Pedreira e Harada (2009) também inferem que reconhecer os erros é a melhor forma de melhorar a qualidade e a segurança das atividades ligadas ao

cuidado com a saúde dos indivíduos. Aprender a compreender o erro, desprovido de preconceitos, faz dele fonte de análise sistemática e de ensinamento em situações futuras.

Barreto e Kuramoto (2006) *apud* Pedreira e Harada (2009) conclui que na prática observa-se que os erros acontecem e o profissional de enfermagem não foi preparado para lidar com os erros, mesmo em sua formação, por isso os associa à incapacidade e à falta de conhecimento, além de ter medo das punições que poderá sofrer.

Vindo a confirmar essa premissa Mayo e Ducan (2004) *apud* Pedreira e Harada (2009) enfatizam que para garantir o sucesso do sistema informe é necessário que a análise dos eventos seja realizada sob perspectiva não punitiva, inserida em uma cultura quais o erro ocorreu e não quem o cometeu, desde que seu autor não tenha agido intencionalmente, infringindo condutas, práticas e procedimentos padronizados.

É importante que a análise dos eventos ocorridos seja realizada com o principal objetivo de melhorar o sistema e não punir como Stump (2000) *apud* Pedreira e Harada (2009) sugerem que o processo de notificação e de análise de erros e de eventos adversos deve ser utilizado como ferramenta para melhorar a qualidade do cuidado e não com a função disciplinar. Harada, *et al.*, (2006), ressaltam que o conhecimento dos fatores humanos que contribuem para a ocorrência de erros possibilita o desenvolvimento de estratégias para o controle de risco, devendo-se realçar a sensibilidade para valorizar e respeitar as circunstâncias em que as ocorrências acontecem.

Sendo assim é possível enfatizar que tão importante quanto a notificação dos erros é a análise dos eventos negativos ocorridos, somente assim é possível avaliar, identificar, propor, implementar medidas de prevenção e melhorias no sistema de saúde. Sem o conhecimento da causa raiz dos erros é impossível melhorar a qualidade de atendimento e manter um nível elevado na segurança do paciente. Porém não adianta somente analisar a estrutura física, equipamentos, mas os fatores humanos que estão favorecendo ao erro para implantar e realizar as atividades, intervenções necessárias.

Madalosso (2000) *apud* Pedreira e Harada (2009), afirmam que na realidade brasileira atual, deficiências ou mesmo ausência de condições apropriadas para realização do cuidar fazem com que usuários do sistema de saúde e profissionais sejam expostos cotidianamente a inúmeras possibilidades de ocorrências adversas que comprometem a assistência qualificada e segura.

Cassiani e Ueta (2004) conclui que no Brasil, convive-se com uma realidade de carência não só quantitativa, mas também qualitativa de recursos humanos, de material e equipamentos, como também da própria estrutura física existente

para a assistência à saúde, de uma forma geral. Somente apontar as carências, deficiências da saúde brasileira não irá mudar a realidade, é necessário avaliar, implementar, e isso tanto na quantidade como qualidade de estrutura física, profissionais e equipamentos.

Vindo a confirmar a premissa Cassiani (2010) enfatiza que para atingir os níveis de qualidade, são necessárias mudanças em vários segmentos, envolvendo adequação das estruturas físicas, renovação e compra de aparelhos e equipamentos para os vários processos e, sobretudo, investimento em capacitação e treinamento dos profissionais, na intenção de melhorar os processos assistenciais.

Harada, *et al.*, (2006) afirma que o problema da carga horária elevada que boa parte dos profissionais da área de saúde mantém, trabalhando em dois empregos ou mais, faz com que essa carga horária geralmente se torne inadequada para manter a atenção em estado elevado por longo período, o que pode acabar comprometendo o uso correto de medicamento, pois este é um procedimento delicado e que precisa de alto grau de atenção. Além da carga horária elevada, existem outros fatores que sobrecarregam os profissionais da saúde.

Segundo Cassiani, (2010) relata que o excesso de trabalho, a falta de pessoal, o volume de tarefas, a carga horária pesada, o número de pacientes com grande quantidade de medicamentos a serem administrados, a falta de qualificação, a estrutura física e financeira e a desorganização das unidades na gestão pessoal são causas estruturais dos erros de medicação.

De acordo com Rogers, *et al.*, (2004) *apud* Pedreira e Harada (2009), afirmam que o efeito da carga horária de trabalho de enfermagem na segurança do paciente mostra a probabilidade de se cometer erro aumenta quando existe longa jornada de trabalho, e é três vezes maior quando enfermeiros trabalharam em turnos superiores a 12,5 horas. Fazer horas extras aumenta o risco de cometer pelo menos um erro, independentemente de quando o plantão foi escalado. Há tendência para aumento da possibilidade de se cometer erros quando enfermeiros fazem horas extras após longo turno de trabalho, com risco significativo elevado após plantões de 12 horas. Trabalhar mais de 40 ou 50 horas por semana aumenta significativamente a probabilidade de se cometer um erro. A solicitação para dobrar plantão não é vinculada apenas a raras emergências, mas a problemas frequentes. Embora a ocorrência de erros não tenha aumentado significativamente, os riscos de cometê-los começam a aumentar após 8,5 horas de trabalho.

Cassiani e Ueta (2004) reforçam que é sabido que a padronização de processos e procedimentos são eficazes para a melhoria da qualidade. Os protocolos auxiliam na padronização

e simplificação dos processos de prescrição, dispensação e administração dessas medicações reduzindo, assim, a probabilidade de erros.

Silva, (2003) *apud* Harada, *et al.*, (2006), relatam que a terapia medicamentosa tem como base um trabalho interdisciplinar, e muitos dos erros de medicação podem ter relação com problemas no processo de comunicação. No que se refere à prática da enfermagem, a interpretação de prescrições médicas escritas com ortografia de má qualidade pode ocasionar erro ou contribuir com aumento de trabalho. O uso de solicitações verbais, a falta de padronização da nomenclatura de medicamentos, no que se refere à comercialização de fármacos com nomes similares, e o uso de abreviaturas também podem ocasionar falhas de interpretação.

Afim de reduzir esses erros que se iniciam na prescrição, o uso da prescrição informatizada é um fator protetor ao erro pois não haveria dúvidas em relação ao nome do medicamento, doses terapêuticas, horários de administração do medicamento, como ratificam Pedreira e Harada (2009) que para reduzir o risco de erros de medicação por interpretação errônea relacionada à semelhança dos sons dos nomes, dos nomes ou da aparência dos medicamentos, recomenda-se o uso de prescrições eletrônicas, com nome genérico, forma farmacêutica, dosagens e indicação do fármaco.

Cassiani e Ueta (2004) relatam que os profissionais da saúde trabalham em um ambiente complexo que se encontra em permanente mudança: seus processos são complexos, muitas pessoas podem estar envolvidas e existe a falta de padronização dos processos, equipamento e embalagens. Todo processo médico é complexo e cada paciente é diferente, sendo assim é importante que a implantação ocorra de uma maneira que todos os envolvidos no processo possam entender suas etapas e finalidades.

Cada instituição deve ter seus processos implantados, os quais atendam as necessidades da instituição e devem sempre que necessário ser atualizados, para essa atualização a instituição não deve esperar fatos negativos acontecerem e sim periodicamente realizar avaliação a fim de prevenir erros. Por mais urgente que seja a necessidade, a implantação dos processos deve ser de uma maneira que todos os envolvidos na equipe, na instituição consigam acompanhar a implantação e entender seus objetivos e finalidades, caso contrário estará favorecendo mais ao erro do que beneficiar o paciente e a equipe

Cassiani e Ueta (2004), afirmam que a educação do paciente acerca da utilização segura e efetiva de suas medicações promove o envolvimento do paciente em seu próprio cuidado e constitui um componente importante de qualquer estratégia para a redução de erros na medicação.

Os pacientes podem ter sua participação efetiva na identificação dos erros quando lhe são apresentados medicamentos com a aparência diferente daqueles que geralmente tomam. Eles podem também ser auto-monitores efetivos colaterais e toxicidade que venham a desenvolver como resultado do uso de um dado medicamento.

Mas para que esses erros de medicação sejam evitados e que o paciente tenha aderência e entenda a importância do tratamento o profissional deve ter uma boa comunicação com o paciente, assim como enfatiza Vincent e Coulter (2002) *apud* Vincent (2009), dizendo que muitos erros de medicamentos poderiam ser evitados se a comunicação com os pacientes fosse melhorada e se eles fossem encorajados a questionar quando qualquer mudança na medicação fosse prescrita sem uma explicação prévia. Pacientes que recebem informação completa sobre o propósito dos remédios e os seus efeitos prováveis, inclusive efeitos adversos, têm maior probabilidade de tomá-los da forma recomendada, o que leva a melhores resultados na saúde.

Infelizmente, os pacientes, em geral, não recebem informações cruciais sobre os medicamentos que irão tomar o que é uma causa importante de desobediência ao tratamento recomendado. Porém é importante ressaltar que a comunicação entre o profissional e o paciente deve ter qualidade e ser de fácil entendimento para que o paciente não fique repleto de dúvidas em relação ao tratamento.

Cassiani (2010), ainda ressalta que para que o paciente reconheça a necessidade dos medicamentos para manutenção de sua saúde e tenha uma participação ativa no tratamento de sua doença, é necessário que receba uma orientação adequada. Essa orientação deve incluir entre outros aspectos, a finalidade dos medicamentos, o modo de utilização, os cuidados que deve ser tomados e como lidar com possíveis efeitos colaterais. Deve ainda ressaltar a importância da continuidade do tratamento.

World Health Organization (2003) *apud* Cassiani (2010) destacam que a não adesão à terapêutica medicamentosa é um fenômeno sujeito à influência de múltiplos fatores que afetam diretamente o paciente, por determinar seu comportamento com relação às recomendações quanto ao tratamento de sua doença. Esses diferentes fatores podem estar relacionados às condições sociodemográficas, à doença, à terapêutica, à relação dos profissionais de saúde com o paciente, bem como ao próprio paciente.

Holloway (1996) *apud* Cassiani e Ueta (2004), mostram a necessidade de educar os pacientes hospitalizados sobre suas medicações, permitindo aos mesmos, conhecimento e informação suficientes para conduzir eficiente e

confiável administração de medicamentos no domicílio.

Diante do exposto, pode-se afirmar que a orientação que o profissional realiza ao paciente, os termos utilizados, o tempo disponibilizado para realizar as orientações são fatores essenciais na aderência do paciente ao tratamento, além do paciente essas orientações devem ser realizadas com a família, pois muitas vezes, no domicílio são eles os cuidadores. É evidente que não basta o paciente e/ou família ter acesso aos medicamentos se não receber uma boa orientação. O paciente precisa assumir o papel de ativo no seu tratamento, o que é essencial para um resultado positivo no final do tratamento.

A educação continuada é um fator de proteção e um método de minimizar os erros de administração de medicamentos. Fato este que é reforçado por Harada, *et al.*, (2006) ao concluírem que programas de educação continuada sobre os erros de medicação devem ser desenvolvidos em instituições de saúde a fim de que todos os profissionais envolvidos na terapia medicamentosa tenham condições de identificar erros e os possíveis fatores predisponentes e de prevenção. Faz-se necessário acrescentar nessa discussão a importância da educação permanente dos recursos humanos como forma de investimento nos serviços de saúde quanto ao aspecto de prevenção, e não apenas como um item de custeio ou como um dos pontos necessários para se alcançar a qualidade nesses serviços.

Como se não bastasse, Pedreira e Harada (2009) quando trataram de educação continuada concluíram do mesmo modo que a educação permanente deve ser implementada e mantida com constância no cotidiano da equipe de enfermagem como forma de crescimento e de aperfeiçoamento dinâmico e dialógico. Que os treinamentos e atualização aconteçam de maneira individual e/ou coletiva, reafirmando ou reformulando os valores e as práticas para se construir relações de integração de forma criativa e inovadora.

É preciso haver também intervenções em pequenos grupos de estudo, sem deixar de considerar a heterogeneidade cognitiva dos profissionais de enfermagem, suas críticas e suas sugestões, valorizando vivências e experiências com possibilidade de soluções para problemas de comunicação na enfermagem.

Especialmente quando se trata de medicamentos a educação continuada é de extrema importância, pois diariamente novos medicamentos são inseridos no mercado e utilizados nos cuidados ao paciente, vindo a confirmar a premissa Harada, *et al.*, (2006) relatam a importância de realizar efetivo programa de educação continuada sobre o uso de novos medicamentos e treinamentos periódicos, centralizados nos princípios gerais da

administração de medicamentos e segurança do paciente.

Corroborando Miasso e Cassiani (2000); Coimbra e Cassiani (2004); Pedreira *et al.*, (2006), Belela (2008) *apud* Pedreira e Harada (2009) concluem que às vezes, alguns erros de medicação não são assim considerados pela equipe de enfermagem por falta de conhecimento. Programas de educação continuada e permanente sobre erros de medicação devem ser desenvolvidos em instituições de saúde para que todos os profissionais envolvidos na terapia medicamentosa consigam identificá-los e também os possíveis fatores predisponentes e de prevenção.

Cassiani e Ueta (2004) defendem que orientação e programas educativos periódicos para todos os clínicos envolvidos com a prescrição, dispensação e administração de medicações, principalmente aquelas de alto risco, é uma forma de minimizar erros. A revisão dos procedimentos necessários em cada estágio do sistema auxilia os clínicos a lembrarem-se da complexidade do sistema de medicação como um todo e permite que cada área melhor entenda como uma alteração em uma das partes do sistema afetará outra. Os profissionais de saúde aprendem sobre a interdependência das diferentes áreas e como as ações de uma podem exercer profundo impacto sobre as outras.

A literatura demonstra que o fato do profissional ter certeza dos procedimentos, saber as etapas dos procedimentos de administração de medicamentos é um fator protetor ao erro. Fato este reforçado por Cassiani e Ueta (2004), confirmando que a grande estratégia de redução de erros começa com o conhecimento de todas as etapas envolvidas com medicamento no hospital, desde a sua aquisição até sua administração.

Não basta apenas o profissional ter conhecimento dos procedimentos que irá realizar é necessário ter uma estrutura que proporcione a realização do procedimento da maneira correta, como ressalta o COFEN, (2007) *apud* Pedreira e Harada (2009), o profissional de enfermagem tem o dever de conhecer suas atribuições de acordo com sua categoria profissional e realizar condutas e procedimentos de sua competência, desde que adequadamente preparados e com condições para isso. Ele tem o direito de exercer sua profissão em ambientes que promovam boas práticas de enfermagem e respeitem a segurança do paciente.

O profissional dessa área deve estar preocupado em oferecer assistência qualificada, reunindo princípios práticos da profissão e valorizando a autonomia do cliente e seus direitos. Como todo profissional da saúde é humano e todo ser humano por mais conhecimento, certeza que possuía sobre o procedimento que irá realizar, este ainda pode cometer erros e alguns fatores contribuem para isso como nos mostra *Committee*

on the Work and environment for Nurses Patient Safety apud Harada, et al., (2006) apud Cassiani e Ueta (2004), a melhor, maior, mais preparada e dedicada força de trabalho ainda poderá cometer erros, pois essa falibilidade é uma parte imutável da natureza humana. Entretanto, essa falibilidade pode ser agravada quando práticas, procedimentos, protocolos, rotinas, técnicas e equipamentos utilizados pelos trabalhadores forem inadequados, complexos e por si só inseguros, por terem sido elaborados, selecionados e mantidos por outros seres humanos, capazes de cometer erros.

Diante do exposto pode-se inferir que sem dúvidas é necessário conhecimento teórico e habilidade técnica ao profissional da saúde para melhor desempenho da sua função, para assim garantir segurança ao paciente. O profissional que possui conhecimento, tem certeza de todas as etapas que envolvem a administração de medicamentos, assim como possui conhecimentos dos medicamentos, se torna mais difícil de vir a cometer o erro, sendo assim o conhecimento pode ser entendido como fator de proteção, porém é importante o profissional não confundir conhecimento, certeza de procedimento com “fazer tudo automático”. O profissional deve realizar as atribuições que são de sua competência e que a instituição proporcione um ambiente de trabalho seguro para os profissionais desenvolverem suas atividades, não basta ter certeza dos procedimentos, se não se possui uma estrutura física adequada.

Harada, et al., (2006), afirmam que uma medida de prevenção dos erros de medicação é, a formação de profissionais de saúde com conhecimentos sólidos em fármacos e em segurança dos sistemas de utilização de medicamentos.

Cassiani e Ueta (2004) também enfatizam que os erros na medicação ocorrem em virtude de deficiência ou carência de conhecimento, desempenho abaixo do padrão esperado, lapsos mentais ou deficiências no sistema e podem estar relacionados com a prática profissional, ao produto, procedimentos, prescrição, estabilidade, embalagem, nomenclatura, sistema de dispensação, distribuição, administração, educação, uso e monitoramento do medicamento. A falta de conhecimento sobre os medicamentos é uma das causas mais comuns de erros na medicação, se o profissional não possui conhecimento, não tem como ele fazer da maneira correta, por isso realizar orientações sobre prescrição, dispensação, preparo, administração, pode ser um grande aliado para evitar e reduzir os erros.

Vindo a confirmar essa premissa Harada, et al., (2006) concluem que para prevenir erros de medicação é necessário que todos os membros da equipe conheçam a tipologia desses eventos, para

que se consiga caracterizá-los como situações passíveis de ocorrer em seu cotidiano profissional.

Assim pode-se afirmar que os profissionais de saúde, especialmente a equipe de enfermagem que é a classe que realiza a administração de medicamentos deve possuir conhecimento sobre medicação, somente assim poderá reduzir o risco dos erros. Todos os dias, novos profissionais entram no mercado trabalho, e para que sejam profissionais de sucesso, as instituições de ensino devem oferecer ensino de qualidade e conhecimento sobre medicamentos, já que é um processo complexo e envolve riscos. Possui conhecimento, habilidade, ter certeza dos procedimentos, não significa que o profissional está isento de cometer erros, mas é capaz de reduzir os riscos ao erro.

### Considerações finais

Aprender a lidar com erro e suas consequências não são uma tarefa fácil na realidade atual, apesar de ser um fator presente em todas as classes trabalhadoras, ser algo inerente ao ser humano, a maioria dos profissionais de saúde, não sabe assumir quando comete erros e não sabe lidar com ele, ainda mais com a cultura punitiva que é adotada pelas instituições de saúde.

Infelizmente, o erro é um fator presente nas instituições de saúde, assim como nas diversas outras instituições, porém ao contrário da saúde, essas instituições estão procurando criar sistemas seguros que favoreçam o acerto e minimize os riscos ao erro. Na área da saúde quando se fala em erro, já surgem denominações “o culpado tem que pagar; o mau profissional, o despreparado, entre outros”.

As instituições e gestores de saúde devem realizar investigações sobre o quanto os fatores indutores ao erro estão interferindo no desempenho das atividades de sua equipe e realizar as intervenções necessárias, pois muitas vezes o fator humano é considerado o principal motivo do erro, porém o erro não ocorre isoladamente, barreiras vieram sendo quebradas, falhas vieram acontecendo no sistema de saúde o que obteve como resultado o erro, sendo assim não basta punir o profissional e não realizar uma análise detalhada dos fatos que favoreceram o erro.

É necessário mudar essa cultura punitiva, sendo assim instituições de ensino superior, em especial as Universidades, possuem um importante papel nessa mudança, pois é nela que os futuros profissionais adquirem conhecimento, formam seu perfil profissional e desenvolvem consciência crítica para desempenhar as habilidades e competências.

Logo as instituições devem promover meios para formar esses futuros profissionais saúde, orientando quanto ao conhecer, lidar e aprender com erro desde o início de sua graduação, mostrando também que os erros podem e devem

ser prevenidos, porém sem isentar-se da sua parcela de culpa, quando houver.

Os profissionais da saúde, especialmente a equipe de enfermagem que é responsável pelo maior contato com o paciente, o que implica na necessidade de possuírem conhecimento sobre segurança do paciente e erros de medicação, o tema só passou a ser discutido mais abertamente e despertou a atenção das instituições de saúde a partir do ano 1999, e por ser um tema que as barreiras que o envolvem são complexas, ainda não existe muita diversidade no material, porém existe qualidade, é importante que os profissionais da saúde essencialmente a enfermagem mantenha-se atualizada sobre essa temática tão importante e essencial para o melhor desempenho da sua função.

### Referências

- ANACLETO, T.A. , *et al.*, Farmácia Hospitalar – Erros de medicação; Pharmacia Hospitalar, 2010. Disponível em: <<http://www.sbrafh.org.br/biblioteca/erros%20de%20medica%C3%A7ao%20v%2074.pdf>> Acessado em: 16 de fevereiro de 2011.
- BELELA, A. S. C., PETERLINI, M. A. A., PEDREIRA, M. L. G., Erros de medicação – Definições e estratégias de prevenção, Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo e Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – São Paulo – 2011.
- BOHOMOL E.; RAMOS L. H.; Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. Revista brasileira de enfermagem. Vol.60 nº1 Brasília 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a06v60n1.pdf>. Acessado: 29 de setembro de 2011.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, 2009. Erro de medicação. Disponível em:><http://portal.ANVISA.gov.br/wps/portal/ANVISA/posuso/>
- CASSIANI, S. H. B., UETA, J.; A segurança dos pacientes na utilização da medicação, 1ª edição; Artes Médicas; São Paulo; 2004.
- CASSIANI, S. H. B., A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos; Revista brasileira de enfermagem; vol.58 nº1; Brasília; 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000100019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000100019&script=sci_arttext) Acessado em: 28 de setembro de 2011.
- CASSIANI, S. H. B.; Hospitais e Medicamentos – Impacto na segurança dos pacientes; Yendis Editora; São Caetano do Sul, SP; 2010.
- HARADA, M. J. C. S., *et al.*; O Erro Humano e a Segurança do paciente; 2ª edição; Editora Atheneu; São Paulo; 2006.
- KAWANO. D. F., *et al.*, Acidentes com os medicamentos: como minimizá-los?; Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, vol. 42, n. 4, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v42n4/a03v42n4.pdf> Acessado: 03 de outubro de 2011.
- LOPES, C. H. A. F *et al*; Administração de medicamentos: análise da produção científica de enfermagem, Revista Brasileira de Enfermagem, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000500017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000500017&script=sci_arttext) Acessado em: 02 de outubro de 2011.
- MIASSO, A.I., *et al.*, O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação; Revista. Latino-Americana de Enfermagem vol.14 no.3 Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000300008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000300008&script=sci_arttext) Acessado em: 04 de outubro de 2011.
- PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C.S.; Enfermagem dia a dia – Segurança do paciente; Yendis editora; São Caetano do Sul, SP; 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/img/revistas/prod/v17n1/12f1.gif>> Acessado em: 27 de abril de 2011.
- ROSA, M.B., PERINI E.; Erros de medicação quem foi?; Revista da Associação Médica Brasileira; 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302003000300041&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000300041&lang=pt)> Acessado em 14 de fevereiro de 2011.
- SANTOS, J.O.; *et al.*, Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação, Acta Paulista de Enfermagem vol.20 no.4 São Paulo, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000400016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400016) Acessado em:05 de outubro de 2011.
- VINCENT, C., Segurança do paciente – Orientações para evitar eventos adversos; Yendis Editora, São Caetano do Sul; 2009.

YAMANAKA, T. I., , *et al.*, Redesenho de atividades da enfermagem para redução de erros de medicação em pediatria; Revista Brasileira de Enfermagem REBEn, Brasília 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a11v60n2.pdf>  
Acessado em: 06 de outubro de 2011.

WACTHER, R.M.; Compreendendo a Segurança do Paciente; Artmed editora; Porto Alegre; 2010.