



ORIGINALES

Segurança na administração de medicamentos: Investigação sobre a prática de enfermagem e circunstâncias de erros

Seguridad en la administración de medicamentos: investigación sobre la práctica de enfermería y circunstancias de errores

Safety in drug administration: Research on nursing practice and circumstances of errors

Bruna Figueiredo Manzo¹
Célia Luciana Guedes Barbosa Brasil²
Flávia Felipe Thibau Reis²
Allana dos Reis Correa³
Delma Aurélia da Silva Simão¹
Anna Caroline Leite Costa⁴

¹ Doutora. Professora Adjunta Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. brunaamancio@yahoo.com.br

²Enfermeira. Graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

³Doutora, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Básica, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, MG, Brasil.

⁴Graduanda em Enfermagem. Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.344881>

Submissão: 6/10/2018

Aprovação: 21/01/2019

RESUMO:

Introdução: Prestar um cuidado seguro, efetivo, oportuno e individualizado é um grande desafio na assistência à saúde. Atualmente, os principais erros na assistência à saúde estão relacionados à erros de medicação. Esses erros podem ocasionar danos, especialmente na pediatria, em decorrência da imaturidade dos órgãos e a variação de peso e superfície corpórea. Dessa forma, percebe-se a importância da enfermagem nesse cenário para a garantia de uma assistência segura.

Objetivo: Investigar a prática dos profissionais de enfermagem sobre processo de administração de medicamento, bem como as circunstâncias que levam aos erros.

Método: estudo descritivo, quantitativo, realizado com 147 profissionais de enfermagem em Unidades Intensivas neonatais e pediátricas. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário elaborado e alicerçado nas recomendações do *Guideline for Prevention of Intravascular catheter-related infections* com perguntas relativas a prática de administração de medicamentos e posteriormente realizado análise descritiva dos dados.

Resultados: Os profissionais apontaram fragilidades da prática como checagem dupla das medicações, administração de medicações preparada pelo colega, atrasos e falta de checagem das prescrições. Os erros mais comuns derivaram de dose errada e os fatores ambientais foram apresentados como ponto crítico.

Conclusão: os achados encontrados interferem na consolidação de práticas de segurança na administração de medicação na pediatria e neonatologia, sugerindo necessidade da qualificação da equipe e monitoramento contínuo do processo de trabalho.

Palabras clave: Erros de Medicação; Segurança; Enfermagem.

RESUMEN:

Introducción: Prestar un cuidado seguro, efectivo, oportuno e individualizado es un gran desafío en la asistencia a la salud. Actualmente, los principales errores en la asistencia a la salud están relacionados con errores de medicación. Estos errores pueden ocasionar daños, especialmente en pediatría, debido a la inmadurez de los órganos y la variación de peso y superficie corpórea. De esta forma, se percibe la importancia de la enfermería en ese escenario para la garantía de una asistencia segura.

Objetivo: Investigar la práctica de los profesionales de enfermería sobre el proceso de administración de medicamentos, así como las circunstancias que conducen a los errores.

Método: Estudio descriptivo, cuantitativo, realizado con 147 profesionales de enfermería en Unidades Intensivas neonatales y pediátricas. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario elaborado y basado en las recomendaciones de la *Guideline for Prevention of Intravascular catheter-related infections* relacionadas con la práctica de la administración de medicamentos y posteriormente se realizó análisis descriptivo de los datos.

Resultados: Los profesionales señalaron fragilidades de la práctica como chequeo doble de las medicaciones, administración de medicamentos preparados por el compañero, retrasos y falta de verificación de las prescripciones. Los errores más comunes derivaron de dosis erróneas y los factores ambientales fueron presentados como punto crítico.

Conclusión: Los hallazgos encontrados interfieren en la consolidación de prácticas de seguridad en la administración de medicación en pediatría y neonatología, sugiriendo la necesidad de la calificación del equipo y monitoreo continuo del proceso de trabajo

Palavras-chave: Erros de Medicação; Seguridad; Enfermería

ABSTRACT:

Introduction: To provide safe, effective, timely and individualized care is a major challenge in health care. Currently, the main errors in health care are related to medication errors. These errors can cause damages, especially in pediatrics, because of organs' immaturity and variation in the weight and body surface. In this way, the importance of nursing in this scenario is perceived to guarantee a safe care.

Objective: To investigate the practice of nursing professionals about drug administration process, as well as the circumstances that lead to errors.

Method: Descriptive, quantitative study with 147 nursing professionals in Neonatal and Pediatric Intensive Units. To collect data, a questionnaire was used elaborated and based on the recommendations of the *Guideline for Prevention of Intravascular catheter-related infections* with questions related to the practice of drug administration and afterwards a descriptive data analysis was used.

Results: The professionals pointed out weaknesses in the practice, such as double checking of medications, administration of medication prepared by the colleague, delays and lack in checking the prescriptions. The most common errors were derived from the wrong dose and the environmental factors were presented as a critical point.

Conclusion: The findings interfere in the consolidation of safety practices in drug administration in pediatrics and neonatology, suggesting the need for team qualification and continuous monitoring of the work process

Key words: Medication Errors; Safety; Nursing

INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios dos serviços de saúde, na atualidade, é prestar um cuidado seguro, efetivo, oportuno e individualizado, uma vez que, com os avanços tecnológicos e científicos, e a inclusão de técnicas cada vez mais complexas, tem potencializado os riscos à segurança do paciente⁽¹⁾.

O relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System* Institute of Medicine dos Estados Unidos da América (EUA), publicado em 2000, apresentou estudos epidemiológicos que estimaram que ocorrem de 44.000 a 98.000 mortes anuais no país devido a erros na assistência à saúde, sendo dessas 30% relacionadas à erros de medicação⁽²⁾. No Brasil, o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sintox), revela que os medicamentos são o primeiro lugar entre os agentes causadores de intoxicações nos seres humanos e o segundo lugar entre os agentes causadores de intoxicação⁽¹⁾. Também no Brasil, uma pesquisa importante realizada em um hospital do Rio de Janeiro, mostrou uma ocorrência de 14,3% de eventos adversos causados por medicamentos, sendo que destes, 31,2% provocaram risco grave à saúde necessitando de suporte de vida⁽³⁾.

Entende-se por erro de medicação um evento adverso evitável, temporário ou permanente, sobrevivendo de qualquer etapa da terapia medicamentosa e, que pode ou não causar danos ao paciente. A constatação do dano é um evento adverso, que é conceituado como um incidente que resulta em dano à saúde do paciente, repercutindo na recuperação, aumentando tempo de internação e custos e podendo levar a morte. Os erros de medicação podem ser classificados em: erro de prescrição, de dispensação, de omissão, de horário, utilização de medicamentos não autorizados ou deteriorados, de dose, de apresentação, de preparo, de administração, de monitoração ou em razão da não aderência do paciente e família⁽⁴⁾.

Estimativas demonstram que entre todos os pacientes hospitalizados, cerca de 3% desenvolvem um evento adverso em decorrência do uso de algum medicamento. Apesar de a frequência apresentar semelhança entre crianças e adultos, o risco potencial para causar danos é três vezes maior entre os pacientes pediátricos e neonatais^(4,5). O risco aumentado em crianças é atribuído à imaturidade dos órgãos o que influencia no metabolismo dos medicamentos, assim como, a variação de peso e superfície corpórea. Associado a esse fato, podemos somar que muitos medicamentos usados em pediatria são destinados a adultos o que, por consequência de fracionamentos, de doses, pode acarretar em erros no processo de preparo e administração^(6,7).

Estudos confirmaram que os erros que ocorrem durante a administração de medicamentos, podem ser evitáveis, o que evidencia a importante participação da equipe de enfermagem no sistema de promoção da segurança do paciente⁽⁶⁾. Esse fato é ainda mais impactante quando se trata da assistência em pediatria, uma vez que uma revisão sistemática acerca de erros de medicação em crianças comprovou que o processo de administração de medicamentos apresentou maior frequência de erros, dentre outros, com taxa de 72 a 75%, sendo então um desafio para toda instituição e equipe de saúde promover mudanças na cultura organizacional que permitam a análise com reestruturação dos processos e a criação de estratégias de segurança, a fim de reduzir, até um mínimo aceitável, riscos e danos desnecessários associados à assistência⁽⁸⁾. Nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatais, os erros chega a variar entre 22 e 59 erros por mil doses, e cerca de 2,5% dessas crianças sofrem com eventos adversos relacionados a terapia medicamentosa⁽⁴⁾.

Nesse contexto, destaca-se o papel da enfermagem, pois além de exercer o protagonismo na administração e monitoramento na terapia medicamentosa, a complexidade em pediatria, demanda um maior conhecimento e comprometimento do profissional na condução do processo. Contudo, apesar da lei do exercício profissional preconizar que as práticas mais complexas sejam executadas por

enfermeiros, tem-se observado na prática cotidiana que enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem possuem atribuições semelhantes na terapia medicamentosa⁽⁵⁾.

A falta de qualidade nesse processo, com consequentes problemas e ocorrência de eventos adversos podem ser evitados com intervenções gerenciais pró-ativas e preventivas. Dentre elas, destaca-se a educação da equipe de enfermagem no que se refere ao conhecimento sobre o processo de administração de medicamentos como fator importante para a prevenção dos erros de medicação, com vistas à maior segurança do paciente^(4,7).

O primeiro passo para a prevenção do erro na saúde é admitir que ele é possível e a partir disso, os profissionais da saúde precisam compreender os tipos de eventos adversos, suas causas, consequências e fatores contribuintes. A notificação e o registro dos eventos adversos servem de elementos para a análise crítica e a tomada de decisão, o que pretende eliminar, evitar e reduzir essas circunstâncias do cotidiano do cuidado em saúde⁽⁹⁾.

Para subsidiar e melhorar a prática, é necessário conhecer como ocorre a prática da equipe de enfermagem sobre a administração de medicamentos nas unidades de terapia intensivas neonatais e pediátricas, bem como as circunstâncias que os erros ocorrem. Esta investigação poderá oferecer aos profissionais subsídios para análise ampliada da prática e dos problemas que permeiam tal processo e, assim, favorecer o delineamento de ações que gerem uma assistência de melhor qualidade e segurança para todos os envolvidos.

Assim, este estudo tem como objetivo investigar a prática dos profissionais de enfermagem sobre processo de administração de medicamento, bem como as circunstâncias que levam aos erros em unidades de terapia intensivas neonatais e pediátricas.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, realizado com a equipe de enfermagem de Unidades de Cuidado Intensivos neonatais e pediátricas de um hospital de grande porte de Belo Horizonte em Minas Gerais.

A coleta de dados, foi realizada no período de agosto a novembro de 2017, nos turnos manhã, tarde ou noite, em dias aleatórios, contemplando seis turnos por semana. Foram incluídos no estudo todos os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuavam nas respectivas unidades, resultando em uma amostra de 147 profissionais. Como critérios de exclusão, foram considerados: profissionais que encontravam-se de férias, em licença médica ou licença maternidade, no período da coleta de dados. Um questionário foi elaborado alicerçado nas recomendações do *Guideline for Prevention of Intravascular catheter-related infections*⁽¹⁰⁾ e foi submetido à pré-teste com três enfermeiras especialistas, as quais apontaram diferentes sugestões para ajuste do instrumento.

O instrumento foi dividido em duas partes: Parte I era relacionado a caracterização do perfil sócio-demográfico, na qual, foram abordadas variáveis como sexo, idade, tempo de atuação no setor e na profissão, formação em pós-graduação para os enfermeiros,

jornada e turno de trabalho, tipo de vínculo empregatício, participação em cursos e palestras sobre processo de administração de medicamentos. Na parte II continha 14 perguntas considerando a frequência com que as ações são realizadas durante o processo de administração de medicamentos. Para cada ação, foi posto quatro alternativas: sempre, poucas vezes, raramente ou nunca que deveriam ser assinaladas pelo respondente. Em relação as circunstância de erros foram incluídas 5 perguntas com respostas variadas, dentre elas perguntas sobre os tipos de erros, circunstancias que levaram os erros, dúvidas no processo de medicação, ações diante dos erros, e a quem recorrer diante do erros.

Os dados foram inserido sem planilha no programa Microsoft Excel 2010 com dupla digitação dos dados. Foram analisados no software StatisticalPackage for the Social Sciences (SPSS) versão 19, utilizando estatística descritiva com utilização de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e uso das medidas de tendência central (mediana) e medidas de dispersão para variáveis numéricas.

O estudo respeitou as recomendações de privacidade e confidencialidade pela Resolução nº466, de 12 de outubro de 2012, Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa Científica com Seres Humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e da instituição campo de estudo com o número do parecer sob parecer 1.363.357 e CAAE: 47994215.9.0000.5129. Todos os voluntários da pesquisa foram previamente orientados quanto aos objetivos do estudo e, após concordarem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

RESULTADOS

A amostra do presente estudo foi composta predominantemente por técnicos de enfermagem, com idade entre 25 e 68 anos (mediana=39 anos), em sua maioria mulheres, que tinham entre 1 e 40 anos de formação (mediana=12), atuando predominantemente no CTI neonatal, em regime de trabalho de 12h diárias/diurnas, com vínculo estatutário e único.

Dos 24 enfermeiros dois (8,3%) possuem mestrado, e 21 (87,5%) possui alguma especialização. Dentre os profissionais que possuem especialização 12 (57,1%) estão relacionadas à pediatria e neonatologia, e nove (42,85%) estão relacionadas a outras áreas. Os dados acerca do perfil dos profissionais são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil profissional da equipe de enfermagem de unidades de CTI neonatal e Pediátrico (N=147). Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

Perfil dos profissionais	N	%
Idade Mediana (P25-P75)	39	(34-45)
Tempo de formação Mediana (P25-P75)	12	(9-18)
Tempo de atuação na profissão	11,5	(8-18)

Mediana (P25-P75)			
Jornada de trabalho semanal total		36 (30-40)	
Mediana (P25-P75)			
Tempo de atuação na instituição		8 (3-9)	
Mediana (P25-P75)			
Tempo de atuação na unidade atual		8 (1,75-9)	
Mediana (P25-P75)			
Setor de trabalho na instituição	CTI Neonatal	61	41,5%
	CTI Pediátrico	43	29,3%
	Enfermaria Pediátrica	43	29,3%
Sexo	Masculino	6	4,1%
	Feminino	141	95,9%
Profissão	Auxiliar de Enfermagem	5	3,4%
	Técnico de Enfermagem	118	80,3%
	Enfermeiro	24	16,3%
Horário de trabalho na instituição	12 horas diurno	75	51,0%
	40 horas semanais	1	0,7%
	12 horas noturno	55	37,4%
	6 horas diurno	4	2,7%
	6 horas tarde	5	3,4%
Atualmente trabalha	Somente nesta instituição	82	55,8%
	Nesta instituição e estuda	16	10,9%
	Nesta instituição e em outro local	43	29,3%
	Nesta instituição, estuda e trabalha em outra instituição	5	3,4%
Vínculo empregatício	Estatutário	103	70,1%
	Celetista	21	14,3%
	Contrato	23	15,6%

Dos profissionais participantes da pesquisa, 51 (34,7%) afirmaram ter participado de cursos ou palestras sobre o processo de administração de medicamentos, no período entre outubro de 2016 e outubro de 2017, enquanto 94 (63,9%) afirmam que não participaram de cursos e palestras nesse período.

Quando questionado se a equipe de enfermagem já cometeu algum erro no processo de preparo e administração de medicamentos, 69 (46,9%) profissionais afirmaram que sim, enquanto 71 (48,3%) afirmaram que não. A Tabela 2 apresenta as análises descritivas das variáveis quantitativas relacionadas aos erros no preparo e na administração de medicamentos.

Tabela 2- Frequência em relação às dúvidas e circunstâncias de erros no preparo e administração de medicamentos. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.

Circunstancias de erros no preparo e administração de medicamentos		N	%
Dúvidas que levam ao erro	Compatibilidade	87	59,2%
	Aprazamento	35	23,8%
	Diluição e diluente	49	33,3%
	Estabilidade	67	45,6%
	Ação dos Medicamentos	110	74,8%
A quem recorre em caso de dúvida	Colegas	77	52,4%
	Médico	48	32,7%
	Farmacêutico	49	33,3%
	Bibliografia especializada	22	15,0%
	Rotina impressa do setor	51	34,7%
Tipos de erros cometidos	Enfermeiro plantonista	20	13,6%
	Dose errada	179	61,3%
	Via errada	53	18,1%
	Paciente errado	6	4,1%
	Medicação errada	6	4,1%
Condução diante do erro	Diluente errado	11	7,5%
	Horário errado	31	21,1%
	Resolver sozinho	3	2,0%
	Avisar a coordenação de enfermagem	117	79,6%
Fatores que contribuem para o erro	Avisar médico plantonista	65	44,2%
	Notificar a gerência de risco do hospital	4	2,7%
	Informação insuficiente sobre o paciente	19	12,9%
	Informação insuficiente sobre o medicamento	37	25,2%
	Falhas na comunicação entre os profissionais	67	45,6%
	Embalagem confusa na identificação do fármaco	51	34,7%
	Dispensação inadequada pela farmácia	27	18,4%
Equipamentos e bombas de infusão sem calibração	10	6,8%	
Fatores ambientais: baixa luminosidade, condições de trabalho.	86	58,5%	

Em relação às condutas dos profissionais, quando há atraso no horário da medicação, 119 (81,0%) profissionais alegaram que administram o medicamento com atraso, enquanto 2 (1,4%) afirmaram que pulam o horário e 3 (2,0%) que adiantam o próximo horário da medicação. Ainda, quando detectam algum erro na prescrição médica, 96 (65,3%) responderam que notificam a enfermeira ou a coordenação de enfermagem, 90 notificam o médico de plantão (61,2%) e 1 (0,7%) participante alegou que tenta resolver sozinho. A Tabela 3 apresenta as análises em relação a prática dos profissionais durante o preparo e a administração de medicação.

Tabela 3 – Frequência das ações realizadas pelos profissionais no processo de preparo e administração de medicamentos. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.

Ações realizadas pelos profissionais		N	%
É interrompido no preparo de medicamentos	Sempre	54	36,7%
	Poucas vezes	54	36,7%
	Raramente	32	21,8%
	Nunca	6	4,1%
Confere o nome completo do paciente que receberá medicação	Sempre	140	95,2%
	Poucas vezes	7	4,8%
Checa a dose administrada com a prescrição	Sempre	143	97,3%
	Poucas vezes	1	0,7%
	Raramente	1	0,7%
	Nunca	1	0,7%
Checa a via de administração com a prescrição	Sempre	142	96,6%
	Poucas vezes	2	1,4%
	Nunca	1	0,7%
Checa e certificam o nome da medicação com a prescrição	Sempre	143	97,3%
	Poucas vezes	3	2,0%
	Nunca	1	0,7%
Checa o horário da medicação com a prescrição	Sempre	145	98,6%
	Poucas vezes	1	0,7%
	Nunca	1	0,7%
Rotula as medicações de geladeira com data/horário/diluição	Sempre	143	97,3%
	Poucas vezes	1	0,7%
	Raramente	2	1,4%
	Nunca	1	0,7%
Verifica o tempo de estabilização dos medicamentos administrados continuamente no paciente	Sempre	128	87,1%
	Poucas vezes	16	10,9%
	Raramente	1	0,7%
Realiza a conferencia do gotejamento na bomba de infusão de acordo com a prescrição	Sempre	138	93,9%
	Poucas vezes	8	5,4%
Verifica a data de validade das medicações antes do preparo e administração	Sempre	113	76,9%
	Poucas vezes	21	14,3%
	Raramente	5	3,4%
	Nunca	6	4,1%
Realiza checagem na prescrição medica logo após administração de medicamento	Sempre	127	86,4%
	Poucas vezes	15	10,2%
	Raramente	2	1,4%
	Nunca	2	1,4%
Administra medicação preparada por outro profissional	Sempre	35	23,8%
	Poucas vezes	40	27,2%
	Raramente	42	28,6%
	Nunca	25	17,0%

Rotula medicação de uso coletivo	Sempre	109	74,1%
	Poucas vezes	12	8,2%
	Raramente	7	4,8%
	Nunca	17	11,6%
Checa a medicação na prescrição antes de ser administrada	Sempre	19	12,9%
	Poucas vezes	27	18,4%
	Raramente	25	17,0%
	Nunca	72	49,0%

DISCUSSÃO

O preparo e administração de medicamentos é um processo complexo em que os profissionais da enfermagem apresentam importante função ao realizar a última barreira capaz de impedir os possíveis danos de medicação ao paciente. Nesse sentido, esse estudo buscou elucidar que por meio da análise da prática e circunstâncias de erros que é possível propor estratégias mais efetivas para a promoção da cultura de segurança para o paciente, proporcionando uma assistência mais qualificada e eficaz.

Devido a singularidade e complexidade da terapêutica direcionada a neonatologia e pediatria é de extrema importância o aprofundamento do conhecimento específico e as capacitações frequentes nessa temática⁽⁵⁾. Contrapondo a essa recomendação, o presente estudo alertou que 63,9% dos sujeitos da pesquisa afirmaram que não participaram de cursos e palestras sobre preparo e administração de medicamentos no último ano e que a maioria apresenta dúvidas em relação a ação dos medicamentos que são sanadas com os próprios colegas e não com o enfermeiro de referência. Sugere-se assim, que para uma assistência de qualidade e segura faz-se necessário que processos de trabalho sejam revistos baseados em evidências científicas e que profissionais sejam capacitados e treinados, incorporando líderes e os liderados. Estratégias educacionais, mediadas por grupos focais ou websites educacionais e jogos de simulação, demonstraram ser intervenções importantes para redução das taxas de incidentes envolvendo medicações^(11,12).

O principal erro de medicação levantado pelos profissionais do estudo foi o erro relacionado a dose, corroborando com uma pesquisa realizada nos Estados Unidos realizada com 120 pacientes, que demonstrou que a metade dos pacientes foi exposto a erros de medicação, e a maior parte estava relacionada com a dose. Ressalta-se que o principal fator que contribui para o erro de dose nesse estudo é a complexidade e especificidade da terapia medicamentosa em neonatologia e pediatria^(9,13). A literatura demonstra grande predominância de erros na prescrição médica, sendo mais prevalentes em medicamentos que exigem dosagem baseada no peso e por tanto, fazendo necessário a elaboração de um instrumento de prescrição específico para pediatria e neonatologia, além de influenciar na concordância das ações tomadas em casos de detecção de erros⁽¹⁴⁾.

Em relação aos motivos contribuintes para o erro de medicação, os fatores ambientais entre eles, a baixa luminosidade e condições físicas adequadas constituíram o maior percentual da amostra, seguido por falhas na comunicação, corroborando com outros estudos^(15,16). Verifica-se que os erros de medicação são ocorridos em decorrência da

falta de preparo e de conhecimento dos profissionais, da sobrecarga e estresse gerados no ambiente de trabalho e da falha na comunicação da equipe multidisciplinar. Ainda, ressalta-se que são comuns medicamentos serem suspensos e o médico que suspendeu não comunicar à equipe de enfermagem⁽¹⁵⁾. O Food and Drug Administration (FDA) avaliou os relatórios de erros de medicamentos que foram fatais e identificou que 16% das causas desses erros foram atribuídas à falha na comunicação. Portanto, a prescrição é um importante elo de comunicação escrita entre os profissionais de saúde, vista como o início de uma série de eventos dentro do processo de medicação, que resultará em uma administração segura ou não, de uma dose ao paciente⁽¹⁷⁾.

A comunicação efetiva é outro fator bastante relevante para a promoção da segurança do paciente na administração de medicamentos, permeando todas as relações interpessoais, e está diretamente vinculada como causa ou fator contribuinte de grande parte dos incidentes. Uma adequada comunicação entre profissionais e pacientes/responsáveis, quanto a administração dos medicamentos, trouxe resultados relevantes e efetivos, evitando assim a ocorrência de novos incidentes⁽¹⁸⁾.

No que diz respeito à ocorrência de erros, é importante ressaltar que, a partir do reconhecimento do erro, é necessária a análise de todo o processo e os componentes do sistema de medicação, que podem contribuir ou funcionar como barreira para desfecho do erro. Esses fatores podem ser atribuídos aos profissionais, falhas no sistema, à instituição ou até mesmo apresentação dos fármacos. Essa análise é indispensável para o entendimento de todos os fatores que envolvem o processo de medicação, não atribuindo as falhas à incompetência ou irresponsabilidade dos funcionários⁽¹¹⁾.

Quanto à conduta do profissional diante do erro, a maioria dos entrevistados afirmaram que notificam a coordenação de enfermagem, divergindo de outros estudos. Em uma pesquisa realizada no Sul da Flórida revelou que 57,9% não notificariam um erro se não julgassem perigoso e 25% não notificariam de forma alguma por medo da consequência. A percepção da enfermagem sobre erros de medicação é que somente 45,6 % são notificados o restante é omitido por medo da chefia e dos colegas⁽¹⁹⁾. O tratamento dado às notificações de erros com enfoque na atuação do profissional, contribui para que haja uma subnotificação dos erros, uma vez que os profissionais sentem receio de responder processos jurídicos e administrativos, serem rotulados como negligentes, perder a confiança da chefia e de sua equipe. Esse é um fato preocupante que deve ser revertido, pois a subnotificação atrapalha a análise dos erros e a elaboração de possíveis medidas que minimizem a ocorrência desses e assegurem a segurança do paciente.

Os estudos que problematizam a mudança cultural na abordagem dos incidentes de segurança do paciente demonstraram que uma intervenção especificamente focada nesse assunto para os profissionais reduz significativamente os erros de medicação. Além disso, é necessária uma mudança política nas instituições⁽¹⁸⁾.

Um grande problema identificado pelos participantes dessa pesquisa foi a interrupção no preparo dos medicamentos, o que é posto nas pesquisas como um ponto crítico que deixa o profissional mais vulnerável a cometer o erro, por se encontrar exposto a distrações. Pesquisa realizada com enfermeiras pediátricas demonstrou que em 88,9% das interrupções observadas tiveram desfecho foi negativo. Dessa forma,

estudo sugere a necessidade de criar zonas restritas para preparo de medicações, impedindo assim as interferências⁽²⁰⁾.

A checagem dupla é um método eficaz para a supressão do erro na administração dos medicamentos^(15,16). Neste estudo a equipe de enfermagem relatou que essa prática é pouca ou raramente realizada. Além disso, ocorreu a administração de medicação feita por outra pessoa e a falta de conferência das medicações com a prescrição antes de serem administradas, o que contraria as recomendações de boas práticas quanto a administração de medicamentos⁽¹⁰⁾.

Neste estudo os profissionais informaram que aderem à algumas ações recomendadas no processo seguro de administração de medicação. Porém, deve-se considerar que todas as práticas que envolvem a segurança do paciente no processo assistencial devem ser cumpridas, e não apenas algumas. A garantia de conformidade as boas práticas impedem a quebra de barreiras para a prevenção de agravos^(10,16).

Os resultados apresentados estão diretamente relacionados às especificidades institucionais, fato que limita a generalização. Dessa forma, ressalta-se a relevância de estudos com amostras representativas, com a mesma temática da proposta do presente estudo, em decorrência da escassez de trabalhos com tal delineamento e abordagem na pediatria e neonatologia.

CONCLUSÕES

O estudo mostrou que a prática no preparo e administração de medicamentos apresenta fragilidades importantes que podem comprometer a segurança do paciente pediátrico. Nesse sentido, aponta-se a necessidade de reflexão da equipe diante dos achados para que mudanças de comportamento e estratégias seguras aconteçam com vistas a prevenção de erros e conseqüentemente a segurança do paciente.

Diante do exposto, é notória a relevância dos resultados apresentados. Nessa perspectiva, a qualificação continua da equipe com ênfase nas especificidades da pediatria e neonatologia e o acompanhamento e avaliação de indicadores de processos sejam estratégias importantes para prevenção de erros e eventos adversos. Acredita-se que por meio dessas ações sejam possíveis o desenvolvimento e a efetivação da cultura de segurança.

REFERÊNCIAS

1. Santana JCB, SousaMA, Soares HC, Avelino KSA. Fatores que influenciam e minimizam os erros da administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. *Revista Enfermagem*. 2012; 15(1): 122-137.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Errors in health care: a leading cause of death and injury. In: *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington DC: Institute of Medicine- National Academy Press; 2000. p. 26-48.
3. Roque KE, Melo ECP. Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(1):121- 7.
4. Belela ASC, Peterlini MAS, Pedreira MLG. Revelação da ocorrência de erro de medicação *RevBras Ter Intensiva*. 2010; 22(3):257-263.

5. Rangel PPS Garcia MC, Souza FT, Rocha PK. Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolve a Segurança do paciente pediátrico. *RevEnferm UFSM*. 2014 Jan/Mar; 4(1): 152-162.
6. Harada MJCS, Chanes DC, Kusahara DM, Pedreira MLG. Segurança na administração de medicamentos em Pediatria. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(4):639-42.
7. Okumura LM, Matsubara DS, Comarella L. Relação entre o uso seguro de medicamentos e serviços de farmácia clínica em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Revista Paulista de Pediatria*. 2016; 34(4): 397-402.
8. Silva LD, Camerini FG. Análise da administração de medicamentos intravenosos em hospital da rede sentinela. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(3):633-41.
9. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. *Esc Anna Nery*. 2014 jan/mar;18(1):122-129.
10. O'Grandy NP, Alexande M, Burns LA, Dellinger PE, Garland J, Heard SO et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Centers for Disease Control and Prevention Morbidity and Mortality Weekly Report*, Atlanta. 2011; 1-83.
11. Guerrero-Márquez G, Martínez-Serrano A, Míguez-Navarro C, López-Mirón JA, Espartosa-Larrayad M. Conocimiento de las enfermeras de las dosis de medicamentos en urgencias de pediatría. *Enferm Clin*. 2016;26(4):213-9. 35.
12. Daupin J, Atkinson S, Bédard P, Pelchat V, Lebel D, Bussières JP. Medication errors room: a simulation to assess the medical, nursing and pharmacy staffs ability to identify errors related to the medication-use system. *JEvalClin Pract*.2016;22(6):907-16.
13. Johnson KB, Lehmann CU. Electronic Prescribing in Pediatrics: Toward Safer and More Effective Medication Management Pediatrics. 2013;131(4):824–826.
14. Larochelle JM, Ghaly M, Creel AM. Clinical pharmacy faculty interventions in a Pediatric Intensive Care Unit: an eight-monthreview. *J PediatrPharmacolTher*. 2012; 3:263-9.
15. Rocha FSR, Lima CA, Torres MR.,Gonçalves RPF. Tipos e causas de erros no processo de medicação na prática assistencial da equipe de enfermagem. *Revista unimontes científica*. 2015; 17(1).
16. Teixeira TC, Cassiani SH. Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(2):100-7.
17. Jacobsen TF, Mussi MM, Silveira MPT. Análise de erros de prescrição em um hospital da região sul do Brasil. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde*. 2015;6(3):23-6.
18. Hardmeier A, Tsourounis C, Moore M, Abbott WE, Guglielmo BJ. Pediatric medication administration errors and workflow following implementation of a bar code medication administration system. *J Healthc Qual*. 2014 Jul-Aug; 36(4):54-61; quiz 61-3.
19. Mayo AM, Duncan D. Nurse perceptions of medication errors: what we need to know for patient safety. *J Nurs Care Qual*. 2004; 19(3):209-217.
20. Hall LM, Pedersen C, Hubleby P, [Hemingway A](#), [Watson C](#), [Keatings M](#). Interruptions and pediatric patient safety. *J PediatrNurs*. 2010; 25:167-75.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia