

ENFERMAGEM E OS ERROS MEDICAMENTOSOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

NURSING AND MEDICAL ERRORS: A LITERATURE REVIEW

Carolina Maria de Souza Neta¹; Leidiane Alves de Andrade¹; Lilian Gomes Rossi Sancenari²

1. Faculdade Morgana Potrich – FAMP, Curso/Programa de Medicina - Mineiros/ GO, Brasil. E-mail: carolinadamata.souza@hotmail.com

2. Enfermeira. Especialista em Docência do Ensino Superior na Saúde pela Faculdade Campos Elíseos FCE - SP, Saúde da Família pela UNIFESP-SP; Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva pela PUC-GO; Enfermagem no trabalho pela FALC-SP. Docente da FAMP - Faculdade Morgana Potrich, Mineiros GO, Brasil.

RESUMO - Diversos fatores podem estar associados aos erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. Dentre estes, carga de trabalho excessiva, ambiente estressante, falhas na prescrição médica e falta de conhecimento da equipe de enfermagem. O principal erro de medicação está associado à velocidade incorreta na infusão de medicamentos. Evidencia-se que os erros na administração de medicamentos acontecem em virtude da falta de preparo e conhecimento dos profissionais, da sobrecarga na assistência, do estresse ocasionado pelo ambiente de trabalho e da falta de comunicação entre os profissionais da equipe multidisciplinar. No Brasil, os erros de medicação são a causa de morte de no mínimo 8000 pessoas por ano. Os deslizes ou efeitos adversos ocasionados pela administração de medicamentos correspondem a 7% das internações hospitalares, equivalente a 840 mil casos por ano. Foi realizada uma revisão de literatura com o intuito de reunir e sintetizar os estudos sobre o tema descrito de maneira sistematizada e com a utilização das seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; apresentação da revisão síntese do conhecimento. Tem-se como objetivo investigar a produção científica sobre erros na administração de medicamentos na prática assistencial da equipe de enfermagem. Dessa forma, acredita-se que a organização e a supervisão dos processos relacionados com medicação, a redução da sobrecarga na assistência e o aperfeiçoamento do conhecimento científico e prático dos profissionais, são algumas formas de se prevenir e reduzir os erros na administração de medicamentos.

ABSTRACT - Several factors may be associated with errors in the administration of medicines by the nursing staff. Among these, excessive workload, stressful environment, flaws in medical prescription and lack of knowledge of nursing staff. The main mistake of medication is associated to the incorrect speed in infusion of medicines. Shows that the errors in the administration of medications happen because of lack of preparation and knowledge of professionals, care, overload of stress caused by the working environment and the lack of communication between the professionals the multidisciplinary team. In Brazil, the medication errors are the cause of death of at least 8000 people per year. The glides or adverse effects caused by the administration of medicines corresponding to 7% of the hospitalizations, equivalent to 840,000 cases per year. A literature review was carried out in order to gather and synthesize the studies on the topic described systematic manner and using the following steps: identification of the theme and selection of the research question; establishment of criteria for inclusion and exclusion; identification of pre-selected and selected studies; categorisation of selected studies; analysis and interpretation of results; presentation of the summary review of knowledge. Has as its aim to investigate the scientific production on errors in the administration of medicines in healthcare practice of nursing staff. Thus, it is believed that the organisation and supervision of medication-related processes, reducing the overload on assistance and the improvement of scientific knowledge and practice of 15/24 professionals, are some ways to prevent and reduce errors in the administration of medicines.

Palavras-chave:

Sistemas de medicação. Enfermagem. Erros de medicação. Segurança do paciente.

Keywords:

Medication. Nursing Systems. Medication errors. Patient safety.

INTRODUÇÃO

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária define o erro de medicação como qualquer evento que pode ser evitado ou que pode induzir ao uso inapropriado de medicamento enquanto este está sob controle do profissional de saúde, paciente ou consumidor. Estes incidentes estão relacionados ao exercício profissional, serviços de saúde, procedimentos, formas de monitoração e uso dos medicamentos (1).

O avanço nos estudos em relação ao cuidado à saúde coopera para a excelência do cuidado prestado. Porém, mesmo com os avanços nos sistemas de saúde, os pacientes estão expostos a inúmeros riscos quando submetidos ao cuidado, principalmente em instituições hospitalares (2).

A falha no cuidado em saúde resulta de ação não intencional, que leva ao erro no momento da assistência ao paciente, pode ser cometido por qualquer membro da equipe e em qualquer etapa do processo, principalmente, durante o preparo e administração do medicamento. A terapia medicamentosa é uma das ações com maior frequência no ambiente hospitalar, podendo ocasionar falhas em qualquer etapa do processo (3).

Nas instituições hospitalares, a segurança na terapia medicamentosa merece atenção especial, visto que a combinação de múltiplas drogas, gravidade e instabilidade dos pacientes, e às vezes total dependência dos mesmos em relação à equipe multidisciplinar, são fatores que levam o paciente a uma maior fragilidade (4).

Sabemos que é na administração medicamentosa que a equipe de enfermagem está mais propensa a cometer falhas, não só por ser uma etapa do sistema de medicação que depende de várias etapas anteriores, mas por ser a última oportunidade para a intercepção do erro, caso ele exista (5).

É necessária a adoção de uma cultura organizacional, onde os gestores de riscos precisam criar meios para contribuir com os profissionais de saúde no desenvolvimento de medidas preventivas. Nas instituições de saúde, protocolos de atualização, que determinam canais de comunicação e como analisar as informações sobre os erros, se fazem necessários (6).

Diante dessa realidade é necessário realizar a descrição e análise de bibliografias para construções teóricas a respeito de erros de medicação cometidos pela equipe de enfermagem. Com a validação dos resultados da pesquisa pretende-se contribuir para uma maior compreensão da relação entre os erros de medicação e os cuidados prestados pela equipe de enfermagem, sensibilizando a incorporação de práticas com cuidados e medidas preventivas.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo desenvolvido por meio de uma revisão integrativa da literatura, considerada a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões e com a definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise da problematização.

Para a escrita do trabalho foi utilizado o método de revisão bibliográfica. Foi realizada uma busca na literatura nacional em bases de dados reconhecidas pela comunidade científica: Scielo e Lilacs. Dos artigos encontrados na literatura foram incluídos aqueles que fizeram alguma referência acerca do tema deste trabalho com os seguintes descritores: Sistemas de medicação. Enfermagem. Erros de medicação. Segurança do paciente. Para a escrita deste projeto foram utilizadas 30 referências, contendo dissertação, monografia, artigo de revista e jornal, legislação e protocolos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segurança do paciente

Entende-se como segurança do paciente uma assistência sem riscos e falhas e dependem dos recursos humanos, materiais, equipamentos e de plantas físicas existentes, e conseqüentemente dos recursos financeiros. Juntamente com a segurança do paciente integra-se a segurança na terapia medicamentosa (7).

A Organização Mundial da Saúde define Segurança do Paciente se referindo à redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável (8).

A segurança do paciente, tendo em vista a complexidade do problema e o surgimento de inúmeros resultados negativos da assistência em saúde prestada representa um dos maiores desafios para os serviços de saúde, e todo este contexto tem mobilizado o mundo na busca por estratégias que assegurem uma assistência em saúde de qualidade e segura (9).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado em 2013 para contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. A Segurança do Paciente é um dos seis atributos da qualidade do cuidado e tem adquirido mundialmente grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de oferecer uma assistência segura (10).

O PNSP é composto por quatro eixos: o estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino; e o incremento de pesquisa sobre o tema (11).

Conforme o Código de Ética do Profissional de Enfermagem é necessário assegurar à pessoa, família e coletividade uma assistência de enfermagem livre de danos.

Nas instituições hospitalares, a maior responsabilidade dos profissionais de enfermagem é garantir aos pacientes uma assistência livre de negligência (termo que designa falta de cuidado ou de aplicação numa determinada ação). Imperícia (incapacidade, a falta de habilidade específica para a realização de uma atividade técnica ou científica).

Imprudência (comportamento de precipitação, de falta de cuidados). Desse modo, dentre as atribuições mais evidentes destes profissionais, a administração de fármacos quando realizada sem o devido cuidado pode ocasionar erros, muitas vezes gravíssimos causando sérias consequências aos pacientes, profissionais e instituições de saúde (4).

O marco da segurança do paciente acontece em 1999 com a divulgação de um estudo nos Estados Unidos da América, intitulado: *To Err is Human: Building a Safer Health Care System (Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro)*, no qual evidenciava o grande número de mortes nas instituições hospitalares deste país causadas por erros na assistência à saúde (12).

O foco na segurança do paciente define-se pela preocupação com a grande quantidade de ocorrência de eventos adversos (EA), isto é, com lesões ou danos ao paciente ocasionados pela assistência de saúde. Há constatação de que a ocorrência de eventos adversos (EA) envolve prejuízos sociais e econômicos consideráveis, podendo provocar danos irreversíveis aos pacientes e suas famílias (1).

A segurança do paciente deve ser valorizada dentro da assistência prestada a ele principalmente nos hospitais onde os profissionais trabalham em busca do melhor para os pacientes, mas devido à elevada complexidade estes estão em risco só pelo fato de lá se encontrarem. Nos hospitais a chance de um erro acontecer é elevada pelo fato da prestação de serviços estarem ligada a complexas interações entre pessoas, instalações, equipamentos e medicamentos (9).

A partir de 2004, a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) incorporou ao seu escopo de atuação as ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, o propósito da aliança é alcançar meios de melhoria no atendimento ao paciente e melhorar a eficiência dos serviços de saúde em várias áreas da atenção e organização por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nas instituições de saúde do país (13).

No Brasil existem três instituições atuando como acreditadora: a Organização Nacional de Acreditação; a Comissão Conjunta Internacional (Joint Commission International – JCI), representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação; e o Conselho Canadense de Acreditação de Serviços de Saúde (Canadian Council on Health Services

Accreditation – CCHSA), representada pelo Instituto Qualisa de Gestão (9).

A RDC nº 36 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências define que as boas práticas de funcionamento do serviço de saúde são componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados (14).

De acordo com a Joint Commission International (JCI), em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS) foram estabelecidas seis metas internacionais de segurança do paciente, sendo as seguintes: A primeira meta esta relacionada a Identificação do paciente corretamente onde o mesmo receberá o cuidado e/ou procedimento. Certificando os dois identificadores, nome completo do paciente e número do prontuário, Nesse indicador, confere o uso da pulseira de identificação nos pacientes internados. A pulseira deve contemplar os dois identificadores estabelecidos (nome completo e número do prontuário do hospital) (11).

A segunda meta tem como objetivo melhorar a comunicação entre a equipe que presta o cuidado, preconizando uma comunicação concreta, oportuna, completa, sem ambiguidade e clara para quem a receber. Ao obter resultados de exames críticos via telefone, o profissional deve anotar o que foi passado, ler novamente as informações escritas para quem as transmitiu e solicitar a confirmação das informações. Uma vez confirmado anotar as informações no prontuário do paciente (13).

O protocolo de segurança no uso de medicamentos de alta vigilância de São Paulo refere que a meta três visa criar e implantar estratégias e mecanismos que garantam a segurança do paciente e da equipe de profissionais envolvidos no processo de utilização de Medicamentos de Alta Vigilância (MAV). Os MAV contém um risco elevado de causar danos significativos aos pacientes quando há imperícia na manipulação dos mesmos. Estes estão armazenados restritamente em setores assistenciais com justificativa clínica para tal. Os MAV são destacados com tarjas/adesivos vermelhos, o que os diferencia na hora do armazenamento, distribuição, dispensação, transporte, recebimento e administração (15).

A quarta meta preconiza cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto. Essa meta tem como objetivo a comunicação entre a equipe envolvida no processo; garantir a inclusão do paciente na marcação do local da intervenção; assegurar cirurgias e procedimentos invasivos no local de intervenção correto, procedimento correto no paciente correto (11).

Identificação correta do paciente: confirmar o nome completo do paciente e número de prontuário na pulseira de identificação, conferir também dados do paciente na ficha de admissão, prontuário e termos de consentimento. Local de

Intervenção correta: marcar o local da intervenção cirúrgica, de preferência ainda com o paciente acordado e fora do centro cirúrgico. Esse agendamento deve ser realizado pelo profissional que fará o procedimento e ser visível mesmo após o paciente preparado e coberto (16).

A pausa ou time out tem como objetivo certificar antes da cirurgia, se o local de intervenção, o procedimento e o paciente estão corretos e se toda a documentação e equipamentos que serão utilizados estão disponíveis e funcionando. Esse time envolve toda a equipe cirúrgica e deve ser contemplada no Checklist (17).

A quinta meta tem como alvo a redução do risco de infecções associadas aos cuidados de saúde dos pacientes, por meio de ações efetivas, dando destaque na importância da prática da higienização das mãos. Melhorar e implementar as condições estruturais para higienização das mãos, com presença de lavatórios, insumos necessários e orientação visual (18).

Educação permanente, avaliação e monitoramento: orientações, treinamentos, campanhas anuais, profissionais, pacientes e acompanhantes. E por último, não menos importante, a meta seis o qual visa a redução do risco de lesões ao paciente, decorrente de quedas. Elaborar, promover e monitorar ações preventivas que contribuam para a redução de lesões provenientes de queda. Mensurando o risco de queda em todos os pacientes, reavaliando sempre que houver mudanças clínicas e descrevendo na placa do leito o nível do risco de queda. A meta foi estabelecida baseada no fato de que os acidentes de queda ocorrem em função do comportamento humano e da complexidade clínica dos pacientes (19).

Segurança na terapia medicamentosa

Segurança na terapia medicamentosa (STM) é um processo de manejo de medicamentos em que não ocorrem falhas (20).

Os medicamentos são um importante instrumento terapêutico no tratamento e prevenção de muitas patologias, mas infelizmente, seu uso não é livre de complicações. Anteriormente os estudos relacionados a segurança na terapia medicamentosa concentravam-se nas suas reações adversas (RAM). Portanto, o conceito de segurança é amplo. Ao longo do tempo a percepção do que é aceitável como seguro e as determinações relacionadas à segurança dos medicamentos modificaram-se através dos avanços terapêuticos alcançados e também pelos inúmeros erros provenientes da utilização de medicamentos (21).

Segundo o Instituto para Práticas Seguras do Medicamento (ISMP), no Brasil os erros de medicação são responsáveis pela morte de no mínimo 8000 pessoas por ano. As falhas ou eventos adversos provocados pela administração de medicamentos equivalem a 7% das internações hospitalares correspondem a 840 mil casos anualmente (18).

Nas instituições hospitalares a segurança na terapia medicamentosa necessita de atenção especial, uma vez que é necessária a combinação de múltiplas drogas, gravidade e instabilidade dos pacientes e muitas vezes a dependência é total em relação à equipe multidisciplinar são condições que levam o paciente a uma maior vulnerabilidade. A incidência de erros relacionados a terapia medicamentosa aumenta em duas vezes o risco de óbito em pacientes hospitalizados e a morbimortalidade correlacionada a utilização de medicamentos pode ser considerada uma das principais doenças em termos de recursos consumidos podendo ser consideravelmente reduzida através de diagnóstico e prescrição corretos (22).

Para que o usuário tenha mais segurança no uso de medicamento é importante identificar os fatores de risco que contribuem para os incidentes relacionados ao **paciente**. Alguns pacientes são especialmente vulneráveis a erros de medicamentos. Principalmente pacientes com condições específicas como grávidas, disfunções renais, usuários de muitos medicamentos, particularmente se forem prescritos por mais de um profissional de saúde, múltiplas patologias, problemas de memória como Alzheimer, incapacidade de comunicação, bebês e crianças jovens, e ainda aqueles que não falam o mesmo idioma dos profissionais, especialmente os neonatos são mais expostos a erros de medicação, devido à necessidade de cálculo das doses de drogas requeridas em seus tratamentos (6).

Os profissionais de enfermagem, técnico ou graduado estão sujeitos a cometerem erros por diversos fatores como exemplo: inexperiência profissional, situações de emergência, realização de multitarefas, interrupções, fadiga, tédio, ausência de supervisão, falta de hábito de realização de dupla checagem ou checagem por diferentes pessoas de acordo com as recomendações do serviço, trabalho em equipe ineficaz, falha de comunicação entre a equipe, dificuldade em usar memória auxiliar como bulas, protocolos, livros, artigos, ou outras fontes de informação (19).

A inexistência da cultura de segurança também pode ser causadora dos erros de medicamento, fatores como dificuldade ao acesso de informações para os profissionais de saúde; dificuldade ou impossibilidade de acesso ao diagnóstico médico dos pacientes pela equipe de farmácia; funcionários trabalhando em locais inapropriados. Alguns fármacos podem ser facilmente confundidos devido a semelhança quanto ao nome, rótulo, embalagem, cor e forma, as letras muito pequenas nas etiquetas ou rótulos dificultam a leitura (22).

Além de fatores ligados ao paciente, ao profissional de saúde e a própria medicação existem riscos associados às questões técnicas, como a identificação errada de acessos intravenosos, em espaço subaracnóideo e nasoenteral são fatores de risco para a administração de um medicamento pela via errada, falha de comunicação falta ou pouco engajamento no trabalho em

equipe, ausência ou pouco envolvimento do paciente-família (6).

Conhecer os princípios ativos e os nomes comerciais dos medicamentos é ponto relevante para o uso seguro de medicamentos. Os usuários devem ser orientados a manter com eles uma lista com o nome de seus medicamentos (11).

Os Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP) são considerados aqueles que apresentam alto risco de provocar danos importantes aos pacientes. Isso acontece devido a ocorrência de falha no processo de utilização. Estes também são denominados medicamentos de alto risco ou medicamentos de alta vigilância (ISMP). Estar ciente quanto à farmacologia, indicações, contraindicações, efeitos colaterais, precauções especiais, dosagens dos medicamentos é essencial para evitar eventos adversos (23).

Com o grande aumento do número de itens disponíveis e a crescente complexidade da prescrição não é seguro confiar na mente, usar auxiliares de memória, como livros, guias, bulas, software (apoio/decisão), deve ser encarada como um marcador da prática segura, em vez de um sinal de que seu conhecimento é inadequado (5).

O desenvolvimento de habilidades e a capacitação em segurança do paciente são primordiais para que haja a diminuição da ocorrência de incidentes nos serviços de saúde e precisam ser vistos como parte fundamental na formação dos profissionais. Portanto recomenda-se que a educação em segurança do paciente seja ampliada com o intuito a formar uma geração de profissionais de saúde capazes de prover um cuidado mais seguro ao paciente (19).

A existência de uma força de trabalho de enfermagem qualificada e comprometida é determinante para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados hospitalares e que a melhoria do ambiente de trabalho hospitalar pode ser uma estratégia organizacional, que pode contribuir para a melhoria da saúde (22).

O enfermeiro tem a responsabilidade de planejar as ações de enfermagem referentes à disponibilização de recursos materiais adequados e seguros, também a capacitação da equipe e promoção de condições de trabalho e ambientais adequadas para a execução do cuidado, garantindo a segurança para o paciente, é preciso que os líderes adotem uma política de segurança institucional e ofereça recursos humanos capacitados concedendo-lhes autonomia. É necessário elaborar o plano de ação para gerir os riscos, estabelecer barreiras preventivas nos processos, implantar procedimentos de notificação, feedback, comunicação e envolvimento do paciente no cuidado (19).

É necessário que os erros de medicação sejam reportados para se intervir em caráter educativo, preventivo e não punitivo. Também para que se amplie o uso de ferramentas de gestão de risco para análise e auxílio na tomada de decisão estratégica, tática e operacional em busca de mais êxito (21).

A terapia medicamentosa vai além de aplicar uma injeção no paciente. É uma ação que envolve mais de um profissional de saúde e está propenso a falhas. Para reduzir esses erros, existem vários protocolos relacionados ao assunto.

A ANVISA publicou em 2013 o protocolo: “Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos” para auxiliar as instituições na criação e fomento de seus procedimentos operacionais padrão na administração de fármacos (7).

O protocolo citado deve ser aplicado em todas as instituições, em todos os níveis de complexidade que prestam cuidados à saúde e que utilizam medicamentos na profilaxia, em exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas (24).

É de responsabilidade do profissional de saúde assegurar uma assistência livre de danos, para isso podemos utilizar a regra dos certos, que foi citado pela primeira vez em 1960 nos EUA e na época da sua criação o checklist contemplava cinco certos. Com a evolução do conhecimento a respeito das terapias medicamentosas, também veio à necessidade da inovação desses checklist, atualmente são utilizados nove certos (22, 25).

Hoje em dia existem publicações de artigos com até “treze certos” para a administração segura de medicamentos. O que realmente é importante independente do protocolo adotado é aplicar as barreiras essenciais para minimizar o risco de erro na terapia medicamentosa garantindo a segurança do paciente nesse processo (20).

Os erros são evitáveis e para que eles não incidam alguns passos durante a assistência fazem-se imprescindíveis como, implementar a prática de verificação dos certos da terapia medicamentosa (10).

A relação dos certos está definida da seguinte forma: PACIENTE CERTO - conferir a pulseira de identificação do paciente, com nome completo e data de nascimento. MEDICAMENTO CERTO - confirmá-lo com a prescrição e conferir três vezes o rótulo, verificando atentamente qual o medicamento está prescrito e se o paciente não possui algum tipo de alergia ao composto. DOSE CERTA - observar com atenção a dose prescrita, como por exemplo, paracetamol 750 mg 1 comprimido via oral de 8/8 horas. VIA CERTA - observar atentamente qual a via de administração do medicamento conforme prescrição médica, pois alguns medicamentos possuem diversas vias de administração. HORÁRIO CERTO - deve-se administrar o medicamento no horário correto, para que o tratamento seja mais eficaz. FORMA CERTA - verificar se o medicamento está na sua forma de apresentação correta, como por exemplo, cloreto de sódio 0,9% ou cloreto de sódio 20%. ORIENTAÇÃO CERTA - comunicar o paciente quando você for medicá-lo avisando qual é o medicamento e a via, pois é um direito do mesmo saber o que está recebendo. ANOTAÇÃO CERTA - é importante registrar no prontuário do paciente o

medicamento administrado com a hora, dose, via e se o paciente apresentou alguma reação durante o tratamento. E RESPOSTA CERTA - devemos observar se o paciente não irá apresentar uma reação adversa ao medicamento durante sua administração para que seja atendido o mais rápido possível. Certificar-se de que todas essas informações estejam documentadas corretamente (26).

E alguns autores ainda acrescentam mais quatro certos: TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO CERTO - é de extrema importância que o medicamento seja infundido no tempo certo, pois existem alguns medicamentos que precisam de um tempo X para fazer o efeito esperado, como por exemplo, os antibióticos. COMPATIBILIDADE CERTA - verificar se a medicação administrada é compatível com outra que o paciente já recebe, pois existem algumas drogas que não podem ser administradas juntas. VALIDADE CERTA - observar a data de validade antes de administrar o medicamento. PRESCRIÇÃO CORRETA - nome completo do paciente; data de nascimento; número do atendimento; número da prescrição; data atualizada (27).

Como barreiras de prevenção para minimizar o risco de erros na administração de medicamentos pode-se citar: padronização desde a compra seguida do cadastro e prescrição do medicamento, restrição de acesso aos medicamentos, rótulos e alertas automatizados e verificação em dupla checagem por profissionais diferentes envolvidos no cuidado do paciente (8).

O que ainda pode colaborar para evitar a ocorrência de erros é a adoção de uso de seringas com diferentes adaptadores de conexões e sistemas de administração incompatíveis em situação de via oral/enteral e endovenosa, bem como utilização de cores e classes de medicamentos específicos e identificação diferenciada de soluções eletrolíticas concentradas (20).

A Instituição de saúde deve contar com uma Comissão Interna de Farmácia Terapêutica e/ou o Núcleo de Segurança do Paciente para as definições sobre o uso seguro dos medicamentos. Ressalto a importância de um sistema de monitoramento sobre o uso do grupo de medicamentos chamados potencialmente perigosos ou de alta vigilância os quais requerem maior vigilância sobre seu uso por apresentarem risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de falha no processo de utilização, conforme define o Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP) (18).

Inúmeras são as etapas envolvendo a terapia medicamentosa, se ocorrer falhas em qualquer uma das fases pode resultar em um incidente. Alguns fatores são extremamente importantes para aumentar a segurança no processo; a identificação correta do paciente com no mínimo dois dados explícitos em sua identificação como nome completo e data de nascimento, padronização institucional de abreviaturas, conciliação medicamentosa na admissão do

paciente, sempre que necessário conhecimento sobre histórico de alergia e sinalização dessa informação em todas as etapas do cuidado, legibilidade da prescrição médica ou prescrição digitada e uso de um sistema eletrônico com padronizações e barreiras de segurança, validação da prescrição pelo profissional farmacêutico, sistema de distribuição por dose unitária, encorajamento do paciente e familiar para participarem desse processo, indagando a equipe sobre informações a respeito do medicamento que será administrado (4).

Essas falhas acontecem em todas as etapas da terapia medicamentosa e sua frequência eleva significativamente os custos do sistema de saúde e aumenta consideravelmente o número de óbitos no intra-hospitalar chegando a quase sete mil por ano (28).

Segundo a ANVISA a cada 100 pacientes sete são acometido por erros, sendo que 66% desse número seriam evitáveis. Isso demonstra que as taxas desses eventos adversos são consideradas elevada (24).

Principais erros de medicação

A questão da assistência segura relacionada aos medicamentos tem sido um assunto central na temática de segurança do paciente, tendo em vista o elevado potencial de risco, a frequência, a gravidade e a recorrência de danos ao paciente. Destaca-se ainda que grande parte dos processos assistenciais envolve o uso de medicamentos (4).

O sistema de medicação em unidades hospitalares é complexo envolve ações conjuntas de profissionais de diferentes áreas da saúde, o que pode contribuir para a ocorrência de erros de medicação em qualquer etapa do processo. Os erros de medicação atualmente são ressaltados por interferir na qualidade da assistência prestada ao paciente e contribuir para o crescimento da morbimortalidade do tempo de permanência na instituição hospitalar e dos gastos financeiros em saúde (20).

O processo da terapia medicamentosa é composto por várias etapas que vão desde a prescrição e distribuição até a ação de administrar o medicamento ao paciente, essa etapa envolve vários profissionais da área de saúde e estão diretamente interligadas. Assim, a prescrição é de responsabilidade do médico, a dispensação e distribuição do medicamento estão sob a responsabilidade do farmacêutico e a administração bem como o monitoramento das reações do cliente é responsabilidade do enfermeiro (13).

Estudar o fármaco antes de prescrever, liberar ou administrar é uma das tarefas menos complexa para o profissional de saúde executar, viabilizando a promoção de uma assistência segura relacionada a terapia medicamentosa, minimizando a ocorrência de eventos adversos (2).

Os Incidentes Relacionados a Medicamentos (IRM) são os mais corriqueiros nas instituições de saúde denigrem a imagem e a credibilidade da instituição pode envolver os profissionais em processos e ações éticas, morais e legais. Quando o IRM gera dano ao paciente é denominado de evento adverso. O erro de medicação pode resultar em: Evento adverso: incidente que causou danos ao paciente; e *Near miss*: aquele incidente que quase causou danos ao paciente (29).

A padronização de processos de trabalho em todas as etapas: prescrição, separação, distribuição, preparo e administração de medicamentos é necessária para melhor garantia da segurança do paciente frente aos riscos que todos os pacientes estão expostos quando recebem medicações em instituições hospitalares (12).

É necessário que os profissionais responsáveis pela terapia medicamentosa realizem cada etapa do processo observando todos os prováveis riscos a eventos adversos. Considera-se erro de medicação qualquer evento evitável que pode levar ao uso inadequado de medicamento. Isso significa que o uso inadequado pode ou não lesar o paciente, não importa se o medicamento se encontra sob o controle de profissionais de saúde, do paciente ou do consumidor. Entretanto, apesar do cuidado em saúde trazer enormes benefícios a todos os envolvidos, a ocorrência de erros é possível, e os pacientes podem sofrer graves consequências, até mesmo o óbito (4).

Pode-se perceber que a abordagem do erro no mundo vem mudando, sendo que o enfoque tem sido na resolução de não conformidades no sistema das instituições e não apenas no funcionário, de forma a criar barreiras para evitar que o erro atinja o paciente através de algum procedimento ministrado por um profissional de saúde (22).

Segundo uma pesquisa realizada (nos EUA 2016), em 36 hospitais e instalações de saúde, apontou como erros que mais acontecem na terapia medicamentosa estão relacionados com horário errado (43%), omissão (30%), dose errada (17%) e aplicação de medicamento sem autorização (4%) (6).

A prescrição médica tem grande responsabilidade perante os erros na terapia medicamentosa, 91,3% das prescrições contemplavam siglas ou abreviaturas não pré-estabelecidas, 22,8% sem dados de identificação dos pacientes, 4,3% sem data e com rasuras. Essas imperfeições em tais documentos aumentam consideravelmente os erros relacionados à administração de medicamentos o que pode levar a eventos adversos graves e até a morte dos usuários (8).

Os profissionais de enfermagem também carregam a carga da responsabilidade diante o erro, e as causas atribuídas à equipe são: dispersão, desconhecimento científico e comunicação ineficiente. Os estabelecimentos de saúde devem implantar e estimular ações que visam à prevenção de erros decorrentes da prestação da assistência de saúde, dentre elas podemos citar desenvolvimento de uma cultura de segurança do

paciente por parte dos profissionais, evitar as atitudes punitivas, estimulando uma cultura educativa de seus profissionais, implantar a educação continuada no trabalho como método eficaz na prevenção de eventos adversos (23, 30).

Alguns estudos demonstram que a ocorrência da punição é fator contribuinte para a subnotificação do erro. Medidas como, por exemplo, advertência verbal, notificação da ocorrência, advertência escrita e demissão têm sido tomadas como punição do profissional envolvido no erro (30).

Experiências provenientes de outras áreas do conhecimento têm corroborado que este tipo de abordagem produz efeito contrário ao esperado. O sentimento ocasionado pela culpa resulta em esforços cada vez maiores para esconder os erros o que dificulta a identificação, análise e correção dos fatores implicados (1).

Por outro lado não se pode admitir a impunidade como mera estratégia de combate à uma possível subnotificação de erros profissionais quando da administração de medicamentos. Afinal, o esperado não é apenas que tais desvios sejam identificados, mas que eles não ocorram a fim de que se alcance o uso racional de medicamentos. Portanto, a punição de profissionais identificados como responsáveis por um dado erro de medicação deve ocorrer assegurada a ampla defesa apenas quando bem comprovado e em contextos profissionais em que todas as medidas de prevenção a Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) e promoção do uso racional desses produtos tenham sido implantadas (3).

O enfermeiro pode também assumir a responsabilidade de multiplicador da Gestão de Riscos na medida em que assume a função de educador de sua equipe e da comunidade estimulando-os a notificar os eventos adversos e também a reconhecê-los com o intuito de proporcionar a segurança do paciente e do profissional (4).

A terapia medicamentosa necessita que os profissionais envolvidos nesse processo desenvolvam suas competências de forma segura e eficaz, assim garantindo uma terapêutica adequada ao paciente hospitalizado. Os erros de medicação acontecem em consequência do despreparo e do desconhecimento dos profissionais, da sobrecarga de trabalho e da comunicação ineficaz da equipe multidisciplinar (10).

A qualidade da assistência de enfermagem contribui de forma direta para uma boa evolução do quadro de saúde dos pacientes e sua satisfação diante dos cuidados recebidos e que essa qualidade está intimamente relacionada com a segurança da assistência prestada pela equipe de enfermagem (23).

É necessário identificar as possíveis fragilidades e falhas apontadas nos processos e intervir minimizando riscos e garantindo a segurança do paciente (13).

Assim, para se conduzir a uma ampliação da visão do erro é importante para promoção de uma cultura organizacional voltada à segurança é essencial que todos os profissionais da

área de saúde entendam que erros são pertinentes ao processo de percepção humana e que as transformações vêm tanto dos acertos quanto dos erros (30).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contudo, a maior parte dos erros cometidos no processo da terapia medicamentosa é atribuída a equipe de enfermagem, por ser a última etapa do processo medicamentoso e por prestar assistência direta ao paciente. Portanto é notório que o processo da terapia medicamentosa está envolvido por diferentes categorias profissionais entre farmacêuticos, médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

É primordial que as instituições de saúde possuam ações multidisciplinares com a finalidade de promover a segurança do paciente. Devem ser utilizadas tais ações para minimizar os erros no processo de medicação e padronizar regras para toda a equipe envolvida. Uma assistência segura ao paciente depende de intervenções nos processos que compõem a dispensação, preparo e administração de medicamentos, principalmente no sentido de impor barreiras de segurança que evitem os erros e minimizem os riscos aos pacientes. A educação continuada é essencial para que a equipe multiprofissional esteja capacitada, para atuar nos processos que fundamentam a cadeia medicamentosa.

REFERÊNCIAS

1. Eveline Franco da Silva, Faveri F de, Lorenzini L. Erro de medicação no exercício da enfermagem: uma revisão integrativa. ENFERMARIA GLOBAL. 2014.
2. Raduenz AC, Hoffmann P, Radunz V, Dal Sasso GTM, Malinska ICA, Marck PB. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2010.
3. Silva JRL da, Bezerra LLO, Monte NL do, Mariz SR. ERROS NA ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOSA E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE: uma revisão da literatura. In: II Congresso Brasileiro de Ciências de Saúde. 2017.
4. Mello AP de. Boas Práticas na Administração de Medicamentos. In: VI Simpósio Internacional de Enfermagem. 2012.
5. Gomes AT de L, Assis YMS de, Fonseca, Silva M da F, Isabelle, Costa KF, et al. Erros na administração de Medicamentos: Evidências E Implicações Na Segurança Do Paciente. Cogitare Enfermagem. 2016.
6. Carvalho TA, Riegel F, Siqueira DS. Erros de medicação e segurança do paciente: uma revisão integrativa. Rev Pre Infec e Saúde. 2017.
7. Camerini FG. Preparo e administração de medicamentos intravenosos pela enfermagem: garantindo a segurança junto aos pacientes críticos. 2010.
8. Dias JD, Mekaro KS, Tibes CM dos S, ZemMascarenhas SH. COMPREENSÃO DE ENFERMEIROS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE E ERROS DE MEDICAÇÃO. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2014.
9. Xavier RV, Filho MM do C, Galdino JA, Said RM. Acreditação Hospitalar: Uma análise nos hospitais do Brasil que possuem a certificação internacional. IX Congresso Virtual Brasileiro - Administração. 2014.
10. Novaretti MCZ, Santos E de V, Quitério LM, DaudGallotti RM. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2014.
11. Silva MV da RS da, Filha FSSC, Lando GA, Branco TB, Viana LMM, Silva HMC e. CUIDADOS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: AS RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. Rev enferm UFPE. 2017.
12. Rigobello MCG, De Carvalho REFL, De Bortoli Cassiani SH, Galon T, Capucho HC, De Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. ACTA Paulista de Enfermagem. 2012.
13. Paim RSP, Bellaver DC, Belmonte J, Azeredo JC. Revisão Integrativa Erros de medicação e segurança do paciente: uma revisão integrativa. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 2017.
14. ANVISA MDS-. Ministério da Saúde. RDC N.º 36 de 25 de Julho de 2013 [Internet]. ANVISA. 2013.
15. SPDM - Associação Paulista para o desenvolvimento da Medicina. Protocolo: Segurança no uso de medicamentos de Alta Vigilância (MAV). 2015.
16. Hoffmeister LV, Moura GMSS de. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2015.

17. Martins GS, Carvalho R De. Realização do timeout pela equipe cirúrgica: Facilidades e dificuldades. Revista SOBECC, São Paulo [Internet]. 2014.
18. De IB– I para PS no U. MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS DE USO HOSPITALAR E AMBULATORIAL - LISTAS ATUALIZADAS 2015 ISSN: Copyright. 2015.
19. Santos JO, Silva AEBDC, Munari DB, Miasso AI. Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. ACTA Paulista de Enfermagem. 2013.
20. Nascimento MA, Freitas K, Oliveira CGS de. Erros Na Administração De Medicamentos Na Prática Assistencial Da Equipe De Enfermagem : Uma Revisão Sistemática. Ciências Biológicas e de Saúde Unit. 2016.
21. Gimenes FRE, Mota MLS, Teixeira TCA, Silva AEB de C, Opitz SP, Cassiani SHDB. Patient Safety in Drug Therapy and the Influence of the Prescription in Dose Errors. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2010.
22. Pena MM, Braga AT, Meireles E da S, Vassao LGC, Melleiro MM. Mapeamento dos erros de medicação em um hospital universitário. Rev Enferm. 2016.
23. Forte ECN, Pires DEP de, Padilha MI, Martins MMFP da S, Forte ECN, Pires DEP de, et al. ERROS DE ENFERMAGEM: O QUE ESTÁ EM ESTUDO. Texto & Contexto - Enfermagem [Internet]. 2017.
24. ANVISA MDS-. PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS. Vol. 11, Journal of Visual Languages & Computing. 2013.
25. Teixeira TCA, Cassiani SHDB. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um Hospital Universitário. Revista da Escola de Enfermagem. 2010.
26. Souza MJ de, Daniel Sundfeld Spiga Real, Cunha ICKO, Bohomol E. PRÁTICAS SEGURAS PARA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO. Enferm Foco. 2017.
27. ENFERMAGEM CR DE. Uso Seguro de Medicamentos: GUIA PARA PREPARO, ADMINISTRAÇÃO E MONITORAMENTO. COREN SP. 2017.
28. EBSERH HUF. Plano de Segurança do Paciente. 2017.
29. Aquino FFR, Juliani CMCM, Lima SAM, Spiri WC, Gabriel CS. Incidentes relacionados a medicamentos em uma instituição hospitalar: Subsídios para a melhoria da gestão. Revista Enfermagem. 2015.
30. Svoboda MSN. Erros de Medicação: Revisão das Ocorrências em Hospitais Brasileiros. 2009.