

Incidentes relacionados à terapia medicamentosa: percepções de profissionais de enfermagem

Éder Luís Arboit,¹ Silviamar Camponograra,² Tânia Bosi de Souza Magnago,² Janete de Souza Urbanetto,³ Carmem Lúcia Colomé Beck,² Luiz Anildo Anacleto da Silva⁴

¹Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ), Cruz Alta, RS, Brasil. ²Departamento y Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil. ³Pontificia Universidad Católica de Rio Grande del Sul (PUCRS), Porto alegre, RS, Brasil. ⁴Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Santa Maria, Campus de Palmeira das Missões, RS, Brasil

Correspondencia: eder.arb@bol.com.br (Éder Luís Arboit)

Resumo

Objetivo: analisar as percepções e vivências de profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva, sobre a ocorrência de incidentes relacionados à terapia medicamentosa. Método: pesquisa descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa realizada em um hospital gaúcho. Foram entrevistados 15 trabalhadores de enfermagem. A coleta de dados ocorreu em fevereiro e março de 2014, por meio de entrevista semiestruturada, sendo os dados submetidos à Análise Temática. Resultados: os entrevistados demonstram incertezas quanto aos conceitos de incidente, evento adverso e erros de medicação. Citam que já vivenciaram situações de incidentes relacionados à terapia medicamentosa. A conduta adotada consiste na comunicação do evento ao enfermeiro e a intensificação dos cuidados ao paciente. Conclusões: há necessidade de implementar estratégias de educação permanente sobre o tema, assim como medidas de gestão institucional direcionadas a minimizar a ocorrência de incidentes relacionados a terapia medicamentosa em terapia intensiva.

Palavras-chave: Enfermagem. Erros de Medicação. Segurança do Paciente.

Incidents related to drug therapy: perceptions of nursing professional

Abstract

Objective: to analyze the perceptions and experiences of nursing professionals active in the intensive care unit, on the occurrence of incidents related to drug therapy. Method: descriptive and exploratory research with a qualitative approach carried out in a gaucho hospital. They interviewed 15 nursing workers. The data collection took place in February and March 2014, through semi-structured interviews, and the data were submitted to Thematic Analysis. Results: the people interviewed demonstrate uncertainty regarding the concepts of incident, adverse events and medication errors. They cite that they already have experienced situations of security incidents related to drug therapy. The approach adopted consists in communicating the event to the nurse and the enhancement of patient care. Conclusions: it is necessary to implement permanent education strategies on the topic, as well as institutional management measures aimed at minimizing the occurrence incidents related to drug therapy in intensive care.

Key-words: Nursing. Medication Errors. Patient Safety.

Los incidentes relacionados con la terapia de medicamentos: la percepción de los profesionales de enfermería

Resumen

Objetivo: analizar las percepciones y experiencias de profesionales de enfermería actuantes en unidad de terapia intensiva, sobre la ocurrencia de incidentes relacionados a la administración de medicamentos. Método: estudio descriptivo y exploratorio, con enfoque cualitativo realizado en un hospital del Sur de Brasil. Fueron entrevistados 15 trabajadores de enfermería. La recolección de datos ocurrió en febrero y marzo de 2014, por medio de entrevista semiestruturada, los datos fueron sometidos a un Análisis Temático. Resultados: los entrevistados demuestran dudas sobre los conceptos de incidente, evento adverso, errores de medicación y ya vivenciaron situaciones de incidentes relacionados a la administración de medicamentos. La conducta adoptada consiste en la comunicación del evento al enfermero y la intensificación de los cuida-

dos con el paciente. Conclusiones: Es necesario implementar estrategias de educación permanente, como medidas de gestión institucional direccionadas a minimizar este tipo de ocurrencias.

Palabras clave: Enfermería. Errores de medicación. Seguridad de los pacientes.

Introdução

A segurança do paciente é um tema bastante desafiador no contexto da saúde e, na atualidade, tem gerado debates no âmbito mundial. O termo segurança do paciente está relacionado “à redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”.¹ Neste contexto, constitui-se em um dos principais parâmetros para a qualificação da assistência de enfermagem.²

O “incidente” refere-se a um determinado evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.³ Neste sentido, o “incidente sem dano” é aquela situação ou evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível. No entanto, o “incidente com dano” é o próprio Evento Adverso (EA), ou seja, é o incidente que resulta em dano ao paciente.¹

Neste contexto, entende-se que o uso seguro de medicamentos é a “inexistência de injúria acidental ou evitável durante o uso de medicamentos”.⁴ O erro de medicação é definido como um evento evitável, ocorrido em qualquer fase da terapia medicamentosa, que pode ou não causar danos ao usuário e representa de 65 a 87% de todos os eventos adversos.⁵

Em um estudo recente realizado em um hospital da região Sul do Brasil, evidenciou-se um aumento do número de incidentes notificados, entre os anos de 2008 a 2012. O aumento mais significativo foi de 59,8% entre os anos de 2010 para 2011, e de 27,8% referente aos anos de 2011 para 2012.⁶

Esta temática merece atenção especial, ainda mais quando se trata de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), pois são consideradas importantes por oferecer suporte especializado de assistência à saúde. Estudo recente revela que, dentre os principais erros na assistência de enfermagem em terapia intensiva estão: erros de medicação, não elevação das grades do leito, perda de cateteres, sondas e drenos, citados por 83% dos entrevistados; extubações acidentais (72%); e higienização inadequada das mãos (67%).⁷

Os profissionais de enfermagem realizam o preparo e administração de medicamentos e, por sua vez, exercem função importante na prevenção de incidentes, uma vez que esta pode ser a última barreira antes da administração do medicamento ao paciente, e, geralmente, seus atos marcam a transição de um erro previsível para um erro real.⁸ As drogas utilizadas no tratamento dos pacientes críticos são apontadas como predisponentes para a ocorrência de incidentes, em função do potencial de risco que apresentam.

A ocorrência dos eventos/incidentes pode estar relacionada a uma série de fatores como: a precarização de serviços de saúde, falhas nos processos de gestão organizacional, falta de educação em serviço, e não somente a uma situação de imprudência ou negligência profissional. Contudo, o erro, muitas vezes, é atribuído ao profissional de saúde, a um problema individual e focalizado nas atitudes, falhas e nas suas condutas e/ou no seu conhecimento (incompetência, negligência ou imprudência). Pode-se dizer, ainda, que o incidente é o resultado de falhas sistêmicas e o profissional é parte do todo.⁹

Evidencia-se, assim, que a segurança do paciente em terapia intensiva depende de vários aspectos e o enfermeiro tem papel fundamental, podendo contribuir, decisivamente, para a implementação de ações, com a finalidade de minimizar os riscos e prevenir a ocorrência de eventos adversos. Nesse sentido, mais do que um objetivo a ser atingido por todos os profissionais da área de saúde, é também um compromisso da própria formação profissional.

Diante da problemática exposta, desenvolveu-se um estudo orientado pela seguinte questão de pesquisa: “quais as percepções e vivências de profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva, sobre a ocorrência de incidentes relacionados à terapia medicamentosa”? O objetivo consiste em analisar as percepções e vivências de profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva, sobre a ocorrência de incidentes relacionados à terapia medicamentosa.

Método

Estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa realizado em uma unidade de terapia intensiva adulto de um hospital do Sul do Brasil. Os participantes foram enfermeiros e técnicos de enfermagem. Como critérios de inclusão, elencou-se: ocupar o cargo de enfermeiro ou técnico de enfermagem da unidade de terapia intensiva adulto desta instituição, há pelo seis meses. Dentre os critérios de exclusão incluem-se: enfermeiros e técnicos de enfermagem afastados por motivo de licença de qualquer natureza, durante o período de coleta de dados.

Para o acesso aos participantes, o pesquisador realizou contato com a coordenação do cenário do estudo. Foi elaborada uma lista dos profissionais que poderiam participar do estudo, mediante os critérios de inclusão e exclusão, sendo realizado sorteio posteriormente.

A coleta de dados ocorreu nos meses de fevereiro e março de 2014, tendo como técnica a entrevista semiestruturada. Para estas empregou-se um roteiro guia, dividido em duas partes. A primeira relacionada aos dados sociodemográficos e laborais dos participantes. A segunda continha questões abertas, através das quais foram encorajados a relatar as suas percepções e vivências acerca dos incidentes relacionados ao uso de medicamento em terapia intensiva, em especial, as estratégias adotadas para reduzir a ocorrência dos mesmos.

Destaca-se que os participantes foram entrevistados individualmente, em sala reservada no próprio serviço de saúde, em horário previamente agendado e inverso ao turno de trabalho. As entrevistas foram gravadas, com auxílio de um gravador digital, assegurando-se material fidedigno para análise. As entrevistas tiveram uma duração média de 18 minutos.

Posteriormente, foram transcritas e registradas em programa editor de textos. O encerramento amostral se deu quando o objetivo da pesquisa foi alcançado, levando-se em consideração o critério de saturação de dados.

Antes do procedimento de coleta de dados os participantes foram esclarecidos quanto a importância e objetivos da pes-

quisa utilizando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após a concordância com o mesmo, procedeu-se a assinatura, ficando o entrevistado com uma via e o pesquisador com a outra. Dessa forma, garantiu-se o anonimato dos participantes, sigilo das informações e a possibilidade de desistência em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização.

Os participantes foram identificados pela letra “E” (de entrevistado), seguida do número arábico correspondente em sequência aleatória à realização das entrevistas (E1, E2, E3,...). Para a interpretação e análise dos dados, utilizou-se a técnica da Análise Temática,¹⁰ que consiste em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. O projeto seguiu todas as recomendações da pesquisa envolvendo seres humanos,¹¹ sendo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob o CAAE 26417113.2.0000.5346.

Resultados

Entrevistou-se quatro enfermeiros e 11 técnicos de enfermagem, todos pertencentes ao sexo feminino. A idade variou de 24 a 45 anos, com uma média de 33 anos, todos pertencentes ao sexo feminino. Quanto ao estado civil, sete profissionais são casadas, cinco solteiras e três divorciadas.

O tempo de trabalho na enfermagem variou de um a 14 anos, com uma média de sete anos. O tempo de trabalho em terapia intensiva variou de um a oito anos com média de 4,2 anos. Em relação à carga horária na instituição, todos trabalham 36 horas semanais, alocados nos turnos matutino, vespertino e noturno. Dos 15 entrevistados, oito possuem outro emprego.

Quanto ao grau de escolaridade, uma enfermeira tem especialização na área, outra está cursando especialização e uma técnica de enfermagem tem curso de especialização pós-técnico. As informações obtidas junto aos participantes do estudo foram agrupadas em duas categorias temáticas: “Percepções acerca dos incidentes relacionados à terapia medicamentosa em UTI” e “Vivências de incidentes relacionados ao uso de medicamentos em UTI”.

Percepção acerca dos incidentes relacionados à terapia medicamentosa em UTI

Os achados da pesquisa evidenciam as distintas percepções dos entrevistados em relação aos incidentes, eventos adversos e erros de medicação. Evidenciou-se que alguns dos entrevistados já ouviram falar sobre o tema, porém desconhecem os conceitos tal como estão explicitados na Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Incidente ocorre quando é feito um procedimento errado. Até acontece, mas muito raramente. (E1)

Evento adverso é qualquer evento decorrente da administração de uma medicação. (E15)

Erro de medicação é quando se administra uma medicação errada, em vez de fazer no paciente, se faz em outro. (E5)

Alguns participantes referem que obtiveram conhecimento sobre o tema, através dos meios de comunicação, no próprio local de trabalho e nos cursos de formação profissional.

Eu vi na televisão que foi administrado vaselina na veia e instalado dieta em acesso venoso. (E1)

Estes erros acontecem com bastante frequência, e aqui dentro do hospital a gente já ouviu falar de casos que teve erros gravíssimos. (E11)

Erro de medicação, já vi muitas vezes. Mas os que acontecem aqui na UTI são coisas pequenas, às vezes está infundindo um soro e está prescrito outro. (E8)

Outros entrevistados referiram que nunca ouviram falar sobre o tema em questão.

Incidente é a primeira vez que eu ouço falar. Isso é novo para mim. (E15)

Já ouvi falar em erro de medicação, os outros não! (E14)

Os participantes também demonstraram, por vezes, confundir as expressões ‘evento adverso’ com ‘reação adversa ao medicamento’ e ‘incidente’ com as ‘medidas preventivas para evitar um acidente de trabalho’.

Evento adverso é quando acontece algum efeito depois de administrar a medicação, pode aparecer algum tipo de alergia. (E5)

Já ouvi falar sobre evento adverso, mas não me aprofundi no assunto, acho que são as reações colaterais dos remédios. (E10)

Incidente é como você tem que se precaver para não ocorrer o acidente de trabalho. (E2)

Vivências de incidentes relacionados ao uso de medicamentos em UTI

Os participantes referiram ter vivenciado, em algum momento da vida profissional, alguma situação de incidente com o uso de medicamentos, seja consigo mesmo ou com um colega de trabalho.

Já aconteceu comigo e foi por falta de atenção. Fui preparar uma medicação e em vez de usar o diluente próprio, usei uma aminofilina. Quando eu fui aplicar a paciente relatou que estava sentindo formigamento e mal estar. Imediatamente eu parei a administração e comuniquei o médico. (E2)

Tinha um paciente com muita dor, daí me pediram para eu fazer uma dolantina EV [endovenosa]. Eu não tinha lido que era só 4 ml e apliquei a ampola inteira. Aí eu fui falar com a enfermeira. Aí ela me disse que eu deveria monitorar os sinais vitais, ficar junto com o paciente, se não der nada tranquilo, mas se der nós vamos ter que chamar o médico. (E14)

Estas situações ocorreram tanto na unidade de terapia intensiva, como em outras unidades. Eles descrevem que a sobrecarga de trabalho, a falta de atenção e pouco conhecimento são alguns dos fatores que contribuem para a ocorrência dos incidentes. Em uma situação em que ocorre um incidente com medicação, as condutas adotadas pelos participantes do estudo são: comunicação do erro/evento ao enfermeiro e ao médico; observação do paciente e monitorização dos sinais vitais e, posteriormente a essas medidas, o enfermeiro(a) chama o funcionário envolvido no incidente ou mesmo a equipe para realizar as devidas orientações.

Evidenciou-se que em uma situação de incidente, é comum o surgimento de sentimentos como: medo, ansiedade, nervosismo, culpa, e a vergonha.

Meu Deus! Dá um pânico, uma tremedeira, um mal estar, não deu para trabalhar mais aquele dia. Pensei que eu poderia tirar a vida de uma criança. (E3)

A equipe fica bem nervosa, bem perdida, mobiliza todo mundo. (E12)

Eu não tinha muita noção do que poderia acontecer. Nem raciocinava direito. Pensei: pronto! Perdi o emprego! (E14)

Percebe-se que os participantes, tem medo de que possam ocorrer consequências de maior gravidade ao paciente, medo de represálias, medo de serem taxados como negligentes, receio de perder o emprego e medo de exposição da imagem institucional.

Eu tive muito medo de acontecer alguma coisa mais grave com o paciente e de perder o emprego, porque tu sabes a gente precisa do emprego, tem filho, casa, e esses erros é uma coisa bem grave. (E7)

As pessoas têm medo de expor a situação, pelo medo de ser chamada sua atenção, e também pela nossa posição. (E15)

Outro fator que merece ser destacado está relacionado com o significado que os trabalhadores dão aos incidentes. Parece haver uma valorização dos incidentes de maior gravidade e de certo modo, uma banalização do incidente que não causou dano visível ao paciente.

Não foi um erro grave, não levou o paciente a óbito. (E5)

Eu administrei uma medicação que já estava suspensa. Daí, na verdade, não foi feito nada, porque depois que foi feito não tem como retirar da veia. (E10)

Em alguns casos, o profissional enfermeiro não é comunicado sobre possíveis intercorrências que acontecem na unidade.

Eu acho que acontece muita coisa que não é passada para o enfermeiro. Eu penso que em relação à quantidade de funcionários, e o número de pacientes, então é uma correria. (E15)

Foi possível evidenciar que a instituição ainda não adota uma política clara e uniforme diante de uma situação de erro/evento adverso/erro de medicação. Percebe-se que os profissionais tentam resolver os problemas em equipe e, quando esta situação foge do controle dos mesmos, repassam o caso para as instâncias superiores. No caso específico da enfermagem, o enfermeiro assistencial normalmente chama o técnico de enfermagem para uma conversa e, neste momento, faz as orientações que julga necessário.

O erro, geralmente é resolvido na equipe, com a enfermeira e o médico. (E3)

Já vi chamar o funcionário para uma conversa, porque é uma grande responsabilidade. A gente deve tudo ao enfermeiro. (E6)

Pelos depoimentos dos entrevistados, observa-se que, frente às ocorrências de erros, primeiramente, tenta-se a resolução do problema entre os profissionais da equipe. Em um segundo momento, se for necessário, o caso é repassado para as coordenações de equipe.

Discussão

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tem promovido uma série de iniciativas em prol da segurança do paciente, porém, a adesão dos serviços de saúde ainda é considerada pequena, justamente pelo fato de que alguns serviços de saúde ainda não dispõem de uma cultura institucional voltada para a segurança do paciente. Isso se reflete na alta ocorrência de

eventos adversos evitáveis em hospitais brasileiros, correspondendo a cerca de 67% de todos os eventos adversos.¹²

Corroborando essa informação, os achados dessa investigação evidenciam que não há clareza, entre os participantes, sobre a concepção de ‘incidentes’, ‘evento adverso’ e ‘erros de medicação’. Além disso, verifica-se que alguns participantes relatam desconhecimento sobre a temática.

Estudo realizado com 29 profissionais de enfermagem, em um hospital do Rio Grande do Norte, demonstrou que 48% dos profissionais não sabiam fazer distinção entre erro de medicação e evento adverso. Além disso, a investigação aponta que a totalidade dos participantes relacionou os eventos adversos apenas às alterações clínicas do paciente.¹² A detecção, notificação e análise dos incidentes são essenciais para proporcionar uma melhor qualidade dos cuidados nas instituições de saúde e, conseqüentemente, promovendo a segurança do paciente.

Sob esta ótica, os resultados do estudo mostram o quanto ainda é necessário debater esse tema, tanto no processo formativo como na prática profissional, por meio da educação permanente. Além disso, as instituições de ensino, sejam elas escolas técnicas ou mesmo nas universidades precisam implementar em seus currículos, conteúdos relacionados a segurança do paciente a fim de instrumentalizar os futuros profissionais para uma assistência segura e livre de danos ao paciente.

Em um estudo realizado com alunos de graduação em enfermagem e de medicina de uma universidade pública do Município de São Paulo, a maior parte dos participantes, embora tenham obtido aprendizado formal sobre esse tema, apresentaram atitudes que demonstraram incerteza em relação a algumas práticas.¹³ Assim, percebe-se a necessidade de expandir os espaços de discussão para além do local de trabalho.

Estudo realizado com estudantes de enfermagem em uma unidade de cardiologia intensiva revela que a causa mais comum de erros de medicação foi em decorrência de fragilidades no conhecimento farmacológico.¹⁴ É imprescindível que o tema seja debatido, para além do espaço físico do hospital. Entende-se que este tema deve estar incluído na matriz curricular dos cursos de formação e qualificação profissional nas universidades, seja nos cursos de graduação e pós-graduação e também nas escolas de nível técnico.

Em 2011, a World Health Organization (WHO), lançou o *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition* voltado para todas as instituições de ensino superior e de formação profissional. Este programa visa o desenvolvimento de módulos de segurança do paciente e a sua incorporação às atividades docentes/disciplinas, a fim de dar maior visibilidade ao tema e, também, instrumentalizar os futuros profissionais, qualificando, cada vez mais, a assistência dispensada aos pacientes.¹⁵

No entanto, os currículos dos cursos de enfermagem que ainda não se adequaram, devem ser modificados, visando melhorar a aprendizagem dos estudantes e possibilitando o aprimoramento das habilidades profissionais, nas atividades de preparo e administração de medicamentos, monitoramento e gerenciamento da medicação com segurança.¹⁶ Neste contexto, os conteúdos precisam ser desenvolvidos por meio de ações de ensino-aprendizagem entre docente e discente, visando o compartilhamento de experiências, que repercutam em uma atuação segura, tanto para profissionais como para os

pacientes, devendo, os educadores, adotar estratégias de educação eficazes, além de projetos pedagógicos claros e alinhados.¹⁷

Assim, acredita-se que uma das razões para que os entrevistados façam confusões conceituais e demonstrem pouco domínio da temática, seja decorrente do fato de as discussões sobre o tema ainda serem recentes no Brasil. A distinção seria benéfica, pois permitiria visualizar intervenções para redução dos erros de prescrição, dispensação e administração de medicamentos.¹⁸

A WHO caracteriza a reação adversa como qualquer efeito prejudicial ou indesejado que se manifeste após a administração do medicamento, em doses normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de uma enfermidade.¹⁵ Neste contexto, se faz necessário que os profissionais tenham clareza quanto aos conceitos sobre os diferentes tipos de incidentes que podem ocorrer nos serviços de saúde e, em especial, quando do uso de medicamentos. Assim, os profissionais têm a possibilidade de compreender que estes incidentes são causados, principalmente, por inadequações nos processos de trabalho,¹⁹ promovendo a reflexão dos casos e a tomada de decisões no contexto da prática em saúde.

De acordo com os resultados do estudo, verifica-se que os trabalhadores já vivenciaram situações de incidentes, no cenário investigado, e demonstram preocupação com relação a isso. Os depoimentos revelam que, mesmo diante de situações inesperadas, os entrevistados não hesitaram em comunicar o fato aos superiores, uma conduta considerada ética, diante de uma situação que envolve a ocorrência de um incidente relacionado ao uso de medicamentos. Mesmo com o risco de receber punição e da exposição negativa, fazem a comunicação do incidente ao seu superior imediato, visando minimizar os efeitos da ação realizada e assegurar segurança e qualidade de vida do paciente. Este resultado é relevante, considerando que a cultura de punição ainda está muito presente nas instituições de saúde.

Em estudo realizado com 23 técnicos de enfermagem, a conduta que mais foi citada foi à comunicação do incidente ao profissional médico. Entende-se que esta conduta está adequada, uma vez que ele é o responsável legal pela prescrição da medicação, e possibilita a adoção de medidas específicas para prevenção de danos maiores ou para reversão dos efeitos do incidente: prescrição de outros medicamentos, avaliação clínica e solicitação de exames laboratoriais.²⁰

Contudo, os participantes também manifestaram que vários sentimentos permeiam a ocorrência de um incidente. Nesse sentido, relatos evidenciando sentimentos como medo e insegurança, foram mais presentes. Estes sentimentos são, de certo modo, comuns entre os membros da categoria profissional, promovendo o desgaste e sofrimento do trabalhador, haja vista que o objetivo primordial da assistência de enfermagem consiste na melhoria da qualidade de vida e saúde do usuário.

Destaca-se o medo de que algo de maior gravidade possa trazer prejuízos ao paciente e também pela exposição do profissional. Outra situação que não pode ser desconsiderada consiste no fato de que, em muitas instituições, ainda predomina a cultura punitiva. A rescisão contratual é uma situação comumente adotada pelas instituições de saúde, como forma de “resolver” a situação.

Os resultados deste estudo vão ao encontro dos achados de outra pesquisa realizada no Estado de Minas Gerais, cujos

sentimentos mais comuns em uma situação de erro foram: medo, impotência, incapacidade, desespero, culpa, vergonha, sensação de incompetência, entre outros. Estes profissionais ainda adotam estratégias de enfrentamento, dentre elas: buscar alguém para compartilhar o problema, fazer a comunicação do erro formalmente e buscar informação e conhecimento.²¹

Também merece destaque o fato de os trabalhadores valorizarem mais os incidentes que resultam em danos mais graves. Assim, evidencia-se um problema de relevância significativa, pois, o fato de o profissional ser conivente com situações que, sabidamente, são prejudiciais ao paciente, pode acarretar em complicações de natureza maior, tanto para o paciente como para o profissional e também para a instituição. Pode-se tomar, como exemplo, a não lavagem das mãos, a administração de fármacos reconstituídos e não diluídos, o uso de técnicas de desinfecção desatualizadas, entre outras.

Assim sendo, o erro pode ser percebido como algo corriqueiro, natural, e os profissionais minimizam sua crítica em relação às boas práticas de saúde. Muitas vezes, o erro de medicação só é descoberto quando o paciente apresenta alguma manifestação clínica após a administração, ou algum dano foi percebido.²⁰

A “ausência de dano” é aquela situação em que o paciente não apresenta nenhum sintoma, ou nenhum sintoma detectado e não foi necessário nenhum tratamento. O “dano leve” caracteriza-se pela presença de sintomas leves, perda de função ou danos mínimos, com duração rápida, sendo necessárias apenas intervenções mínimas. Ainda neste contexto, numa situação de “dano moderado”, o paciente apresenta sinais e sintomas exigindo do profissional que seja adotada conduta apropriada para reverter à condição de saúde do paciente.²²

O “dano grave” é entendido como uma situação em que o paciente sintomático, necessite de intervenção para suporte de vida, ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte, causando diminuição da expectativa de vida, com grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo. O “óbito”, por sua vez, é aquela situação resultante de um determinado evento, que em curto período de tempo causou ou acelerou a morte do paciente.²³

Diante disso, é de fundamental importância rever o processo de trabalho institucional, investigando toda e qualquer situação que possa trazer prejuízos ao paciente. A Portaria MS/GM nº 529/2013, art 4º, inciso V: define como Cultura de Segurança “Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares”.¹

Estudo catarinense reafirma a importância da promoção da cultura de segurança nas instituições de saúde, com enfoque às questões estruturais, de comunicação e educação permanente, focalizando nas melhorias dos processos de trabalho, na notificação e investigação dos incidentes, dentre outros aspectos.²⁴

Parte-se do pressuposto de que é impossível eliminar falhas humanas e técnicas. Errar é humano, mas há mecanismos para evitar o erro e mitigar os eventos adversos. O PNSP pode ajudar a informar, a organizar e a articular esses mecanismos, mas precisa encontrar um ambiente favorável às mudanças.²³

Diante dos dados apresentados, entende-se que uma instituição com ambiente favorável de trabalho possui premissas básicas contempladas como adequada estrutura física, dimensionamento e qualidade de recursos humanos, materiais e

equipamentos. Quanto aos profissionais, além de um quantitativo equivalente às necessidades de trabalho, a inserção dessa temática em programa de educação permanente, pode se constituir em estratégia fundamental para qualificar continuamente o processo de trabalho.

Conclusões

Pela análise dos depoimentos dos entrevistados, percebe-se que os mesmos apresentam divergências quanto aos conceitos de incidentes, evento adverso e erros de medicação. Percebe-se a necessidade constante de aperfeiçoamento profissional, minimizado possíveis divergências com relação ao tema, uma vez que a maioria dos entrevistados não soube relatar com convicção os conceitos estabelecidos pelo PNSP.

A definição de conceitos e a uniformização da linguagem entre os profissionais constituem-se em valiosas ferramentas para a qualificação do cuidado dentro das instituições hospitalares, podendo contribuir decisivamente na redução dos incidentes e, conseqüentemente, qualificar a assistência prestada aos pacientes.

Os entrevistados afirmaram já terem vivenciado situações de incidentes, seja consigo mesmo ou com outro profissional.

Neste contexto, descrevem as condutas adotadas diante dos eventos vivenciados, ressaltando que não hesitariam em adotar

medidas a fim de minimizar os efeitos do incidente. Dentre as condutas de maior relevância citadas destaca-se: a comunicação do incidente ao enfermeiro e ao médico e a intensificação dos cuidados ao paciente, a fim de minimizar as conseqüências do erro e promover o restabelecimento das funções orgânicas.

Destaca-se aqui a importância da implementação de estratégias como a capacitação profissional, a vigilância e a notificação voluntária dos incidentes, visando a promoção da cultura de segurança e melhoria da qualidade da assistência. As contribuições dos resultados desta pesquisa são diretamente aplicáveis à instituição onde foi realizada e também a outras instituições, já que podem adotar medidas administrativas e assistenciais visando à segurança dos pacientes. Além disso, também pode servir de base para que outras instituições promovam a reflexão sobre o tema, condição básica para que estes estabelecimentos possam dar novos passos, como a elaboração de planos locais de qualidade e segurança do paciente. Este estudo possui limitações, que incluem, principalmente, o fato de ter envolvido somente enfermeiros e técnicos de enfermagem de um único hospital do Sul do Brasil, impossibilitando a generalização dos resultados. Ademais, cita-se o curto tempo de duração das entrevistas. No entanto, contribuiu para o conhecimento da temática, sobretudo diante da constatação de que investigações sobre esse tema são novas e escassas.

Bibliografia

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria no. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União (edição digital). Disponível em <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> [acesso: 03.02.2017].
2. Camerini FG, Silva LD. Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. *Texto & Contexto Enferm.* (edição digital) 2011;20(1):41-49. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/05.pdf>> [acesso: 03.02.2017].
3. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *International Journal for Quality in Health Care* (edição digital). 2009;21(1):18–26. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2638755/pdf/mzn057.pdf>> [acesso: 03.02.2017].
4. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. (edição digital). Brasília, DF, 2013. Disponível em <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>> [acesso: 03.02.2017].
5. Gimenes FRE, Marques TC, Teixeira TCA. Medication wrong-route administrations in relation to medical prescriptions. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* (edição digital) 2011;19(1):11-7. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/03.pdf>> [acesso: 03.02.2017].
6. Lorenzini E, Santi JAR, Bão ACP. Patient safety: analysis of the incidents notified in a hospital, in south of Brazil. *Rev Gaúcha Enferm.* (edição digital) 2014;35(2):121-127. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n2/1983-1447-rgenf-35-02-00121.pdf>> [acesso: 03.02.2017].
7. Duarte SCM, Bessa ATT, Büscher A, Stipp MAC. Error characterization in intensive care nursing. *Cogitare Enferm.* (edição digital) 2016;21(n. esp):01-07. Disponível em <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45502/pdf_1> [acesso: 03.02.2017].
8. Leufer T, Cleary-Holdforth J. Let's do no harm: Medication errors in nursing: Part 1. *Nurse Education in Practice* (edição digital) 2013;13(3):213-216. Disponível em <[http://www.nurseeducationinpractice.com/article/S1471-5953\(13\)00025-5/pdf](http://www.nurseeducationinpractice.com/article/S1471-5953(13)00025-5/pdf)> [acesso: 03.02.2017].
9. Ferreira PC, Dantas ALM, Diniz KD, Ribeiro KRB, Machado RC, Tourinho FSV. Adverse event versus medication error: perceptions of nursing staff acting in intensive care. *J res fundam Care Online* (edição digital) 2014;6(2):725-734. Disponível em <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3088/pdf_1272> [acesso: 03.02.2017].
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
11. Brasil, CNS. Resolução 466/2012 - Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> [acesso: 03.02.2017].
12. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *The Lancet* (edição digital) 2011 Mai;90-102. Disponível em <http://www6.enp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Condi%C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%C3%BAde_Celia%20Almeida_2011.pdf> [acesso: 03.02.2017].

13. Yoshikawa JM, Sousa BEC, Peterlini MA. Comprehension of undergraduate students in nursing and medicine on patient safety. *Acta Paul Enferm.* (edición digital) 2013;26(1):21-29. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/en_05.pdf> [acceso: 03.02.2017].
14. Koohestani H, Baghcheghi N. Investigation medication errors of nursing students in Cardiac Care Unite. *Sci J Forensic Med* (edición digital) 2008;3(48):249-255. Disponible en <http://sjfm.ir/browse.php?a_code=A-10-1-5&slc_lang=en&sid=1> [acceso: 03.02.2017].
15. World Health Organization (WHO). Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. v1.1. (edición digital) Final Technical Report and Technical Annexes, January 2009. 154p. Disponible en <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf> [acceso: 03.02.2017].
16. Vaismoradi M, Jordan S, Turunen H, Bondas T. Nursing students' perspectives of the cause of medication errors. *Nurse Educ Today* (edición digital) 2014;34(3):434-40. Disponible en <[http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917\(13\)00140-8/pdf](http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917(13)00140-8/pdf)> [acceso: 03.02.2017].
17. Urbanetto JS, Gerhardt LM. Patient safety in the healthcare education research triad [Editorial]. *Rev Gaúcha Enferm.* (edición digital) 2013;34(3):12-13. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/rgeenf/v34n3/en_a01v34n3.pdf> [acceso: 03.02.2017].
18. Rozenfeld S, Giordani F, Coelho S. Adverse drug events in hospital: pilot study with trigger tool. *Rev Saúde Pública* (edición digital) 2013;47(6):1-9. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/en_0034-8910-rsp-47-06-01102.pdf> [acceso: 03.02.2017].
19. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Azevedo Filho FM. Prevalence of no harm incidents and adverse events in a surgical clinic. *Acta Paul Enferm.* (edición digital) 2013;26(3):256-62. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/en_09.pdf> [acceso: 03.02.2017].
20. Franco JN, Ribeiro G, D'Innocenzo M, Barros BPA. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. *Rev Bras Enferm.* (edición digital) 2010;63(6):927-32. Disponible en <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/09.pdf>> [acceso: 03.02.2017].
21. Siqueira CL, Ferreira KM, Souza TC, Feldman LB. Feelings experienced by nursing teams after the occurrence of medication errors. *Cogitare Enferm.* (edición digital) 2016;21(n. esp):01-10. Disponible en <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45411/pdf_1> [acceso: 03.02.2017].
22. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (edición digital) Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponible en <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf> [acceso: 03.02.2017].
23. Sartor GD, Silva BF, Masier AV. Patient safety in large-sized hospitals: panorama and challenges. *Cogitare Enferm.* (edición digital) 2016;21(n. esp):01-08. Disponible en <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45644/pdf_1> [acceso: 03.02.2017].