

PERCEPÇÃO E MANEJO DO ERRO DE MEDICAÇÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/11/2023

Thiago Hessel

Suzana Grings de Oliveira da Silva

Yanka Eslabão Garcia

Ana Maria Vieira Lorenzoni

Carla Patrícia Michelotti Pereira

Maryana Schwartzhaupt de Matos

Bibiana Fernandes Trevisan

Vanessa Belo Reyes

Mariana Araújo da Cruz Moraes

Ana Paula Wunder Fernandes

Mariana de Oliveira Cardoso

de administração de medicamentos, enfermeiros e farmacêuticos devem relatar os problemas ocorridos relacionados a erros de medicação. Normalmente, as equipes compostas por esses profissionais apóiam a realização de relatórios de erros de medicação, no entanto, acabam por não relatar os mesmos, devido ao medo inerente de retaliações, ações punitivas e humilhação no ambiente profissional ao admitirem falha no processo de administração ou preparo do fármaco. A construção de uma cultura não punitiva no ambiente de trabalho é um modo de aumentar as notificações de erros e assim trabalhar com a equipe. Conclusão: Esta revisão integrativa teve o propósito de caracterizar as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem para prevenir eventos adversos ligados a erros de medicação no âmbito hospitalar.

PALAVRAS CHAVE: Cuidados de enfermagem. Erros de Medicação. Conduta do tratamento medicamentoso.

ABSTRACT: Objective: To describe the perception and management of medication errors in the literature. Method: This is an integrative review (IR), changing the determination of productions on the topic of the use of health education in the context

RESUMO: Objetivo: Descrever a percepção e o manejo do erro de medicação na literatura. Método: Trata-se de uma revisão integrativa (RI), visando a determinação de produções sobre o tema da utilização de Educação na saúde no contexto de erro de medicação, entre os anos de 2004 à 2014. Resultados: Oito estudos foram encontrados sobre a temática Percepção e manejo do erro de medicação. Para melhorar os processos

of medication errors, between the years 2004 and 2014. Results: Eight studies were found on the theme Perception and management of medication errors. To improve medication administration processes, nurses and pharmacists must report problems related to medication errors. Normally, teams made up of these professionals support the reporting of medication errors, however, they end up not reporting them, due to the inherent fear of retaliation, punitive actions and humiliation in the professional environment when suggesting failure in the administration process or drug preparation. Building a non-punitive culture in the workplace is a way to increase error notifications and thus work with the team. Conclusion: This integrative review aimed to characterize the actions carried out by the nursing team to prevent adverse events related to medication errors in the hospital setting.

INTRODUÇÃO

É inerente a qualquer indivíduo recorrer ao auxílio de serviços de saúde quando há algum agravo em sua saúde física ou mental. Entretanto, o processo de hospitalização, para a devida busca da reabilitação ou do estado de saúde anterior ao do agravo, é cercado por inúmeros riscos ocultos. Riscos esses, referentes à segurança e à possibilidade do usuário do serviço de saúde ser vítima de eventos adversos (EA) que, segundo Reis, Martins e Laguardia (2013), transversalmente podem implicar desde danos individuais a prejuízos coletivos de ordem financeira e interferir nos índices de saúde, como morbidade e letalidade da população. Entre os eventos adversos encontram-se os erros no preparo e na administração de medicamentos.

A preocupação com a dimensão dos danos ou lesões, causadas aos pacientes e às famílias, atribuídas aos eventos adversos culminou na publicação *To err is Human* do Institute of Medicine (IOM), provocando a mobilização da classe médica e do público em geral, das organizações norte-americanas e de diversos países para as questões relacionadas à segurança do paciente. Parte dessa mobilização é fruto do reconhecimento de que o acontecimento de eventos adversos influencia no aumento dos custos sociais e econômicos, implicando em danos às famílias, aos pacientes e à sociedade. O relatório da IOM estimou a ocorrência de 44 a 98 mil óbitos a cada ano, nos Estados Unidos, decorrentes de EA (KOHN et al, 2000) .

Em resposta a esta situação alarmante, a Organização Mundial da Saúde - OMS lançou, em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente como uma iniciativa para o primeiro passo na busca de melhorias na segurança dos cuidados de saúde em todos os Estados-membros da Organização (WHO, 2004).

Outra iniciativa pioneira, realizada pela OMS, foi identificar os principais conceitos de relevância com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS) (RUNCIMAN et al, 2009). Um maior desenvolvimento da classificação apoia medidas de segurança ao paciente como, por exemplo, por meio de um sistema de dados com termos padronizados para assegurar a comparabilidade e o entendimento de termos e conceitos em todo o mundo (JHA et al, 2010). Um estudo transversal estimou a prevalência de EA em 58

hospitais localizados na Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru. O estudo observou uma prevalência de EA de 10,5%. Dos EA identificados, 28% causaram incapacidade nos pacientes, 6% foram associados à morte do paciente e 60% foram classificados como evitáveis (ARANAZ-ANDRÉS et al, 2011). No Brasil, um estudo realizado em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro aferiu a incidência de pacientes que sofreram EA em 7,6% (84 de 1003 pacientes analisados). A proporção global de EA evitáveis foi de 66,7% (56 de 84 pacientes). A incidência de pacientes com EA nos três hospitais foi semelhante aos dados apresentados nos estudos internacionais. No entanto, a proporção de EA evitáveis foi muito maior em hospitais brasileiros, comparando-se a outros países como a Nova Zelândia (61,6%), Austrália (50%), Reino Unido (52%), Dinamarca (40,4%), França (27,6) e Espanha (42,6%). Esse contraste evidenciado sugere que os problemas de segurança do paciente são mais freqüentes no Brasil do que em países desenvolvidos (MENDES et al, 2009).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde brasileiro instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, sendo públicos ou privados (BRASIL, 2013c). No que tange aos objetivos específicos do PNSP, destaca-se a promoção e o apoio à implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, a ampliação do acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente, a produção, a sistematização e difusão dos conhecimentos sobre a segurança do paciente e, finalmente, fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico, de graduação e na pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013b).

Um dos mais comuns tipos de EA evitáveis é o erro de medicação, que é a causa mais frequente de morbidade e morte evitável em hospitais (ELLIOTT, 2010). Estudo realizado nos Estados Unidos da América revelou que cada paciente internado em um hospital norte-americano está sujeito a um erro de medicação por dia, sendo registrados anualmente nessas instituições, no mínimo 400.000 eventos adversos evitáveis relacionados a medicamentos (BRASIL, 2013a). Estima-se que os erros de medicação em hospitais provoquem mais de 7.000 mortes por ano nos Estados Unidos da América, acarretando importantes custos tangíveis e intangíveis (BRASIL, 2013a).

A motivação para a realização do presente estudo emanou de uma necessidade percebida rotineiramente, como técnico em enfermagem e participando do preparo de fármacos e de sua administração em pacientes, somando-se a pouca ênfase atribuída à temática do erro de medicação dada na formação acadêmica de enfermeiros. Desse modo, é crucial ao enfermeiro conhecer os riscos que envolvem todos os passos da administração de medicamentos, para vislumbrar os meandros desse processo e desenvolver meios eficazes de tornar essa tarefa mais segura e fidedigna ao paciente e ao sistema de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa (RI), visando a determinação de produções sobre o tema da utilização de Educação na saúde no contexto de erro de medicação, entre os anos de 2004 à 2014. A escolha do método se deu pelo fato de ser uma importante ferramenta na sintetização das pesquisas disponíveis sobre a temática a ser estudada, sendo um instrumento válido para a prática baseada em evidências, principalmente para a enfermagem (SOUZA, 2010)

A questão norteadora que orientou a presente revisão foi: quais são as estratégias desenvolvidas pela Equipe de Enfermagem para a prevenção dos eventos adversos ligados a erros de medicação no âmbito hospitalar? A coleta de dados foi realizada a partir dos seguintes critérios:

Base de Dados Acessada: A Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), a SciVerse Scopus da Elsevier e a Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). As bases de dados supracitadas foram escolhidas por terem seu acervo atualizado regularmente e, por isso, propiciar aos pesquisadores um acesso eficiente aos conhecimentos produzidos na área da saúde, sendo que a base de dados CINAHL é específica à enfermagem. Será utilizado o marcador booleano AND em cada cruzamento.

Descritores da Biblioteca Virtual em Saúde (Decs): Erros de medicação/Medication errors, Enfermagem/Nursing, Segurança do Paciente/Patient Safety, Aprendizagem/Learning, e os termos Eventos Adversos/Adverse Events, educação da segurança/Safety education. Foi utilizado o marcador booleano AND em cada cruzamento.

Para a avaliação dos dados coletados, foi feita uma avaliação da qualidade e da relevância dos dados obtidos para a pesquisa. Para o registro das informações, um instrumento (APÊNDICE A) foi criado, contendo os seguintes dados:

- Identificação do artigo (título, autor, ano de publicação, descritores);
- Objetivo;
- Metodologia, tipo de estudo, aspectos éticos;
- Resultados;
- Limitações, recomendações.

Para a análise dos dados, ocorreu a avaliação inicial dos artigos selecionados, os mesmos foram comparados entre si, buscando-se dialogar as semelhanças e pontuar as diferenças. Após, os dados obtidos foram registrados na forma de quadro sinóptico, que possibilitou uma interpretação mais sintetizada e comparativa dos dados encontrados.

Esta RI levou em consideração os aspectos éticos, sendo mantidas as autenticidades das idéias, conceitos e definições dos autores pesquisados e as devidas citações e referências de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas

(ABNT). O projeto foi encaminhado e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO A).

A seguir, segue recorte dos resultados na literatura sobre o tema deste capítulo.

RESULTADOS

Oito estudos foram encontrados sobre a temática Percepção e manejo do erro de medicação, conforme tabela que segue:

Nº	Título	Procedência Periódico
1	An intervention to improve inpatient medication management: a before and after study (XU, C. et al.;2014)	China Journal of Nursing Management
2	Medication monitoring in a nurse-led respiratory outpatient clinic: pragmatic randomised trial of the West Wales Adverse Drug Reaction Profile (GABE, M. E. et al;2014)	Estados Unidos Plos One
3	Strategies for Improving Patient Safety: Linking Task Type to Error Type (MATTOX, E. A.;2012).	Estados Unidos Critical Care Nurse
4	Nurses' perceptions of medication errors and their contributing factors in South Korea (KIM, K. S. et al.;2011).	Coréia do Sul Journal of
5	Prevalence, risk factors, consequences and strategies for reducing medication errors in Australian hospitals: a literature review (EVANS, J.;2009).	Nursing Management Austrália Contemporary Nurse
6	Nurses' Responses to Medication Errors: Suggestions for the Development of Organizational Strategies to Improve Reporting (COVELL, C. L.; RITCHIE, J. A.;2009).	Canadá Journal of Nursing Care Quality
7	Nurses' perceptions of causes of medication errors and barriers to reporting (ULANIMO, V. M.; O'LEARY-KELLEY, C.; CONNOLLY, P. M.;2007).	Estados Unidos Journal of Nursing Care Quality
8	Effective strategies to increase reporting of medication errors in hospitals (FORCE, M. V. et al;2006).	Estados Unidos Journal of Nursing Administration

DISCUSSÃO

Otimizar a administração de medicamentos por meio da “percepção e manejo do erro de medicação” é um artifício utilizado para prevenir erros de medicação abordado como temática por oito estudos da presente revisão, correspondendo a 22% da amostra.

Segundo Mattox (2012), entender como cada tipo de tarefa contribui para evitar o erro de medicação aumenta a capacidade dos enfermeiros para fazer mudanças

significativas nos sistemas de saúde. Com a revisão de como ocorreu o erro, enfermeiros e outros profissionais de saúde podem navegar com mais sucesso na prestação de cuidados de saúde e, finalmente, prestar cuidados mais seguros para os pacientes. A diminuição de subnotificações de eventos adversos relacionados ao uso de medicações para o sistema respiratório, segundo o estudo de Gabe et al (2014), pode ser otimizado por meio de perfis estruturados e padronizados de reações adversas a essas drogas, além de monitoramento pró-ativo de possíveis reações adversas.

Para melhorar os processos de administração de medicamentos, enfermeiros e farmacêuticos devem relatar os problemas ocorridos relacionados a erros de medicação. Normalmente, as equipes compostas por esses profissionais apóiam a realização de relatórios de erros de medicação, no entanto, acabam por não relatar os mesmos, devido ao medo inerente de retaliações, ações punitivas e humilhação no ambiente profissional ao admitirem falha no processo de administração ou preparo do fármaco. A construção de uma cultura não punitiva no ambiente de trabalho é um modo de aumentar as notificações de erros e assim trabalhá-los com a equipe (EVANS, 2009). O estudo de Force et al (2006) implementou e avaliou um programa chamado LifeSavers. Seu propósito era construir uma cultura não punitiva e aumentar o relatório de erros de medicação pela equipe. Em um ano, o programa LifeSavers aumentou as divulgações de erro de medicação de 14 para 72 relatórios por mês. O sucesso do desenvolvimento de uma cultura não-punitiva por meio de relatório de erros de medicação possibilitou identificar a fonte dos problemas com a consequente melhoria do sistema de administração de medicamentos identificados (FORCE et al, 2006).

A utilização de sistemas de informação tanto na dispensação como também no processo de notificação de erros acarretam um maior controle e fidedignidade no processo de gestão de medicamentos. Uma pesquisa com enfermeiros apontou que a tecnologia da informação contribui com a diminuição dos erros, entretanto os erros continuam a ocorrer, mesmo com sistemas de tecnologia da informação sofisticados (ULANIMO; O'LEARY-KELLEY; CONNOLLY, 2007).

Compreender de modo abrangente como os enfermeiros respondem aos erros de medicação e identificar estratégias que os mesmos acreditam que podem melhorar foi o objetivo do estudo de Covell e Ritchie (2009). Os resultados sugerem que os enfermeiros usam um processo de tomada de decisão ao relatar erros de medicação. O relatório de erros de medicação pode ser melhorado através da instauração de uma abordagem de resolução de problemas para gerenciar respeitosamente o evento e fornecer aos enfermeiros orientações claras, ensino de recuperação, e feedback em tempo útil (COVELL; RITCHIE, 2009).

Um hospital chinês desenvolveu uma estratégia de intervenção de gestão de cinco pontos. Comparando os dados pré-intervenção com os dados de pós-intervenção, a taxa de cumprimento exato das políticas e procedimentos de medicação aumentou de 86,7%

(645/744 doses observados) para 97,5% (725/744). A taxa de sucesso dos procedimentos de administração de medicamentos aumentou de 94,0% (466/496 doses observados) para 96,8% (480/496). Os relatórios de erros de medicação aumentaram de 77,1% (101/131) para 95,1% (58/61). As reclamações relacionadas à administração de medicamentos pela enfermagem diminuíram de 23 para seis casos (redução de 73,9%). No entanto, apesar das melhorias apresentadas no pós-intervenção, ainda necessitam de estudos randomizados controlados para testar a sua eficácia (XU, 2014).

Um estudo sul coreano desenvolvido por Kim et al (2011) identificou as percepções de erros de medicação dos enfermeiros. Um total de 224 dos 330 (67,9%) questionários foram devolvidos. Mais da metade (63,6%) dos participantes tinha sido envolvido em erros de medicação, uma vez ou mais no mês passado. Para os fatores que contribuem para os erros de medicação, 99 enfermeiros (45,0%) responderam “preparação de drogas avançadas e administração sem verificação (dupla checagem)” (KIM et al, 2011, p. 349). Somente 13,5% dos participantes informaram aos pacientes e suas famílias de erros de medicação e 28,3% dos participantes apresentaram um relatório sobre o incidente ocorrido. Os resultados deste estudo demonstraram que muitos casos de erros de medicação não foram relatados aos supervisores e nem aos pacientes, tendo como principal razão o medo de punição (KIM et al, 2011). Tornar o ambiente hospitalar menos punitivo pode criar atitudes mais construtivas e positivas em relação ao relato de erros de medicação.

CONCLUSÃO

Dentre as estratégias evidenciadas nesta revisão para minimizar os erros de medicamento, o uso de tecnologia da informação é percebida como auxiliar para a redução da ocorrência do erro, mas não a extingue.

Abordagens como atividades de ensino nos cursos de formação estimulando o convívio interprofissional na gestão de medicamentos, foram propostas que vem sendo implementadas pela Enfermagem. A realização de atividades educativas com equipes de enfermagem foram realizadas e avaliadas demonstrando serem necessárias para otimizar os conhecimentos teóricos e práticos da equipe, empoderando a mesma para decisões seguras e eficazes no que tange o processo de preparo e administração de fármacos.

A gestão de medicamentos atribui à equipe interprofissional co-responsabilização na segurança dos medicamentos, perpassando todas as fases do processo (prescrição, dispensação, preparo e aplicação).

Esta revisão integrativa da literatura contribuiu na discussão de uma temática de fundamental importância para a segurança do cuidado prestado pela equipe de enfermagem, destacando a necessidade de colocar em prática, no âmbito hospitalar, ações para prevenir erros de medicação.

REFERÊNCIAS

- ARANAZ-ANDRÉS, J. M. et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events'(IBEAS). **BMJ quality & safety**, p. bmjqs.2011.051284, 2011.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de segurança do paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.
- COVELL, C. L.; RITCHIE, J. A. Nurses' responses to medication errors: suggestions for the development of organizational strategies to improve reporting. **Journal of nursing care quality**, Frederick, v. 24, n. 4, p. 287-297, 2009.
- ELLIOTT, M.; LIU, Y. The nine rights of medication administration: an overview. **British Journal Of Nursing**, London, p. 300-305, jan. 2010.
- EVANS, J. Prevalence, risk factors, consequences and strategies for reducing medication errors in Australian hospitals: a literature review. **Contemporary nurse, New South Wales**, v. 31, n. 2, p. 176-189, 2009.
- FORCE, M. V. et al. Effective strategies to increase reporting of medication errors in hospitals. **Journal of nursing administration**, Wakefield, v. 36, n. 1, p. 34-41, 2006.
- GABE, M. E. et al. Medication monitoring in a nurse-led respiratory outpatient clinic: pragmatic randomised trial of the West Wales Adverse Drug Reaction Profile. *PloS one*, San Francisco, v. 9, n. 5, p. e96682, 2014.
- JHA, A. K. et al. Patient safety research: an overview of the global evidence. **Quality and Safety in Health Care**, v. 19, n. 1, p. 42-47, 2010
- KIM, K. S. et al. Nurses' perceptions of medication errors and their contributing factors in South Korea. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 19, n. 3, p. 346-353, 2011.
- KOHN, L. T. et al. **To Err Is Human: Building a Safer Health System**. Washington: Academy Press, 2000.
- MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, [S.l.], v. 21, n. 4, p. 279- 284, 2009.
- MATTOX, E. A. Strategies for improving patient safety: linking task type to error type. **Critical care nurse, Secaucus NJ**, v. 32, n. 1, p. 52-78, 2012.

REIS, A. M. M. et al. Errors in medicine administration-profile of medicines: knowing and preventing. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 181-186, 2010.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009.

SOUZA, M. T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1 Pt 1, p. 102-106, 2010.

ULANIMO, V. M.; O'LEARY-KELLEY, C.; CONNOLLY, P. M. Nurses' perceptions of causes of medication errors and barriers to reporting. **Journal of nursing care quality**, Frederick, v. 22, n. 1, p. 28, 2007.

XU, C. et al. An intervention to improve inpatient medication management: a before and after study. **Journal of nursing management**, Oxford, v. 22, n. 3, p. 286-294, 2014.

World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005. World Health Organization. Dept. of Health System Policies and Operations. Geneva: World Health Organization, 2004.