



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

CRISTIANE MARTINS DA ROCHA

**ERROS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS RELACIONADOS À
SEGURANÇA DO PACIENTE NEONATAL E PEDIÁTRICO**

RIO GRANDE

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

CRISTIANE MARTINS DA ROCHA

**ERROS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS RELACIONADOS À
SEGURANÇA DO PACIENTE NEONATAL E PEDIÁTRICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Linha de pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a indivíduos e Grupos Sociais. Orientadora: Dr^a. Giovana Calcagno Gomes.

RIO GRANDE

2017

Ficha catalográfica

R672e Rocha, Cristiane Martins.
Erros na administração de medicamentos relacionados à
segurança do paciente neonatal e pediátrico / Cristiane Martins da
Rocha. – 2017.
100 p.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande –
FURG, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio
Grande/RS, 2017.

Orientadora: Dr^a Giovana Calcagno Gomes.

1. Segurança do paciente 2. Pediatria 3. Erros de
medicação 4. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal 5.
Enfermagem I. Gomes, Giovana Calcagno II. Título.

CDU 616-083

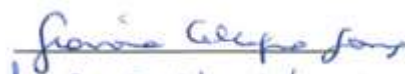
ERROS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS RELACIONADOS À SEGURANÇA DO PACIENTE NEONATAL E PEDIÁTRICO

Essa Dissertação foi submetida ao processo de sustentação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem e aprovado em 08/12/2017, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

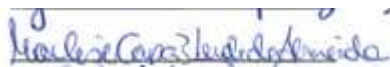
Profª Drª Giovana Calcagno Gomes

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA



Giovana Calcagno Gomes – Presidente (FURG)



Marlise Capa Verde de Almeida Melo (FURG)



Juliane Portella Ribeiro- Membro Externo (UFPEL)



Adriane Maria Netto de Oliveira – Suplente Interno (FURG)



Denise Duarte Grafulha – Suplente Externo (SMS)

Agradecimentos

Aos meus pais, Odenir e Laidy por sempre me incentivarem meus estudos, apoiarem e compreenderem os momentos de ausência nos últimos tempos.

Ao meu esposo, João, porque sem o seu incentivo e apoio, talvez eu não conseguira conquistar esse título.

Aos meus filhos por compreenderem a importância desse título para mim e me entenderem pelos momentos que não pude dar a atenção devida para eles.

À Profa. Giovana Gomes pelo apoio, orientação e disponibilidade, e ser um exemplo de uma grande profissional, tanto na assistência como na docência e entender os meus momentos de ausência, sempre me trazendo novamente para os estudos.

Agradeço também a Marlise e Juliane por terem aceitado a participarem da minha banca e terem me dado orientações de como melhorar a minha pesquisa.

Aos meus colegas de trabalho do setor CME do Hospital Universitário, por sempre me incentivarem na minha trajetória acadêmica.

A Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário, por ter aprovado a minha pesquisa.

Aos profissionais de Enfermagem da UTI Neonatal e Pediatria do Hospital Universitário por terem aceitado participar da minha pesquisa, saibam que sem o comprometimento e disponibilidade de vocês eu não teria conseguido chegar aonde cheguei. O meu muito obrigado.

Enfim muito obrigado a todos que fizeram parte desse título, cada um de vocês merece esse título junto comigo.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS - Agência nacional de saúde Suplementar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASHP – American Society of Hospital Pharmacists
BI – Bomba de Infusão
CIPNSP – Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
CFF – Conselho Federal de Farmácia
COREN – Conselho Regional de Enfermagem
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
EM – Erro de Medicação
FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz
IMSN – International Medication Safety Network
ISMP – Institute for Safe Medication Practices
MPP – Medicação Potencialmente Perigosa
MS – Ministério da Saúde
NCCMERP – National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention
NSP – Núcleo de Segurança do Paciente
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde
PNSP – Plano Nacional de Segurança do Paciente
PSP – Plano de Segurança do Paciente
REBRAENSP – Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SAS – Secretaria de Atenção a Saúde
SNVS – Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS – Sistema Único de saúde
UP – Unidade de Pediatria
UTIN – Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal
WHO – World Health Organization

RESUMO

ROCHA, Cristiane Martins. Erros na administração de medicamentos relacionados à segurança do paciente neonatal e pediátrico. 2017. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- PPGENF. Universidade Federal do Rio Grande/ FURG. Rio Grande.

O processo de administração de medicamentos, prática constante do trabalho da enfermagem, é um dos maiores fatores relacionados à ocorrência de erros no âmbito hospitalar, acontecimento que pode levar o paciente à morte. Errar é uma situação característica inconversível do ser humano. Entender e identificar a incidência, os elementos expostos e os resultados dos erros, assim transformando-os em uma chance de acerto é uma maneira para a construção de um modelo de saúde seguro e de qualidade. Tendo em vista que os erros de medicação são um dos mais graves problemas enfrentados pela equipe de enfermagem e que na área neonatal e pediátrica estes adquirem as piores proporções o estudo objetivou conhecer a percepção de trabalhadores de enfermagem acerca dos erros na administração de medicamentos relacionados à segurança do paciente neonatal e pediátrico. Realizou-se pesquisa exploratória, descritiva de cunho qualitativo. Participaram 23 trabalhadores da equipe de enfermagem da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal e da Unidade de Pediatria de um Hospital Universitário no Sul do Brasil. A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2017 por meio de entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados pela técnica de Análise Temática. Foram respeitados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/12 e o parecer do CEPAS de número 71/2017. Emergiram dados acerca dos cuidados de enfermagem relacionados à administração de medicamentos; dos tipos de erros de medicação conhecidos; dos erros na administração de medicamentos vivenciados pelos participantes do estudo; das providências tomadas frente aos erros; dos protocolos de notificação de erros; da importância dos Programas de Educação Permanente para evitar os erros de administração de medicamentos e das estratégias utilizadas pelos trabalhadores para evitar erros de medicação. O estudo revelou que os profissionais da enfermagem se preocupam com a questão da administração de medicamentos e dos erros de medicação. Percebem que a educação permanente da equipe, a experiência e o comprometimento dos profissionais são fatores que podem diminuir a ocorrência de erros. Torna-se necessária a reflexão e conscientização acerca da segurança do paciente neonatal e pediátrico quanto à administração de medicamentos, contribuindo para a construção de uma cultura de segurança e para a realização de práticas seguras e humanizadas no ambiente do cuidado, minimizando a ocorrência e os efeitos dos erros de medicação.

Descritores: Segurança do paciente. Pediatria. Erros de medicação. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Enfermagem.

ABSTRACT

ROCHA, Cristiane Martins da. Errors in administration of medications related to neonatal and pediatric patient safety 2017. 100f. Dissertation (Master's degree in Nursing) – Nursing School. Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

The medication administration process, a constant practice in nursing work, is one of the major factors related to the occurrence of errors in the hospital setting, an event that can lead the patient to death. To err is a characteristic irreversible situation of the human being. Understand and identify the incidence, the elements exposed and the results of the mistakes, this turning them into a chance of success is a way to build a model of health insurance and quality. Considering that medication errors are one of the most serious problems faced by the nursing team and that in the neonatal and pediatric areas these acquire the worst proportions the study aimed to know the perception of nursing workers about the errors in the administration of medications related to neonatal and pediatric patient safety. Exploratory research was carried out, descriptive of a qualitative nature. Twenty-three workers from the nursing team of the Neonatal Intensive Care Unit and from the Pediatric Unit of a University Hospital in the South of Brazil participated. Data collection was performed in the first half of 2017 through a semi-structured interview. The data were analyzed using the Thematic Analysis technique. The ethical principles of research involving human beings were respected, in accordance with Resolution 466/12 and CEPAS opinion No. 71/2017. Data emerged about nursing care related to drug administration; types of medication errors known; of errors in administration of drugs experienced by study participants; of the measures taken against errors; of error reporting protocols; of the importance of the Permanent Education Programs to avoid errors of medication administration and the strategies used by the workers to avoid medication errors. The study revealed that nursing professionals are concerned with the issue of medication administration and medication errors. They perceive that the permanent education of the team, the experience and the commitment of the professionals are factors that can reduce the occurrence of errors. It is necessary to reflect and raise awareness about the safety of neonatal and pediatric patients regarding the administration of medicines, contributing to the construction of a safety culture and to the practice of safe and humane practices in the care environment, minimizing the occurrence and the effects of medication errors.

Descriptors: Patient Safety. Pediatrics. Medication Errors. Intensive Care Units, neonatal. Nursing.

RESUMEN

ROCHA, Cristiane Martins. Errores en la administración de medicamentos relacionados con la seguridad del paciente neonatal y pediátrico. 2017. 100f. Disertación (Maestría en Enfermería). Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería - PPGENF. Universidad Federal de Río Grande / FURG. Río Grande.

El proceso de administración de medicamentos, práctica constante del trabajo de la enfermería, es uno de los mayores factores relacionados con la ocurrencia de errores en el ámbito hospitalario, acontecimiento que puede llevar al paciente a la muerte. Errar es una situación característica inconversible del ser humano. Entender e identificar la incidencia, los elementos expuestos y los resultados de los errores, así transformándolos en una oportunidad de acierto es una manera para la construcción de un modelo de salud seguro y de calidad. En vista de que los errores de medicación son uno de los más graves problemas enfrentados por el equipo de enfermería y que en el área neonatal y pediátrica estos adquieren las peores proporciones el estudio objetivó conocer la percepción de trabajadores de enfermería acerca de los errores en la administración de medicamentos relacionados a la salud seguridad del paciente neonatal y pediátrico. Se realizó investigación exploratoria, descriptiva de cuño cualitativo. Participaron 23 trabajadores del equipo de enfermería de la Unidad de Tratamiento Intensivo Neonatal y de la Unidad de Pediatría de un Hospital Universitario en el Sur de Brasil. La recolección de datos se realizó en el primer semestre de 2017 por medio de una entrevista semiestructurada. Los datos fueron analizados por la técnica de Análisis Temático. Se respetaron los principios éticos de la investigación envolviendo seres humanos, conforme a la Resolución 466/12 y el parecer de la CEPAS de número 71/2017. Los datos sobre los cuidados de enfermería relacionados con la administración de medicamentos, de los tipos de errores de medicación conocidos; de los errores en la administración de medicamentos vivenciados por los participantes del estudio; de las providencias tomadas frente a los errores; de los protocolos de notificación de errores; de la importancia de los Programas de Educación Permanente para evitar los errores de administración de medicamentos y de las estrategias utilizadas por los trabajadores para evitar errores de medicación. El estudio reveló que los profesionales de la enfermería se preocupan por la cuestión de la administración de medicamentos y de los errores de medicación. Se percibe que la educación permanente del equipo, la experiencia y el compromiso de los profesionales son factores que pueden disminuir la ocurrencia de errores. Se hace necesaria la reflexión y concientización acerca de la seguridad del paciente neonatal y pediátrico en cuanto a la administración de medicamentos, contribuyendo a la construcción de una cultura de seguridad y para la realización de prácticas seguras y humanizadas en el ambiente del cuidado, minimizando la ocurrencia y los efectos de los errores de medicación.

Descriptores: Seguridad del paciente. Pediatría. Errores de medicación. Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. Enfermería.

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 Segurança do paciente relacionada ao erro de medicação	16
2.2 Causas de erros na administração de medicamentos	21
2.3 Erros na administração de medicamentos na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal e na Unidade de pediatria.....	25
2.4 Estratégias utilizadas pela enfermagem para diminuir os erros na administração de medicamentos	28
2.5 Ensino e a Segurança do Paciente.....	32
3 METODOLOGIA.....	35
3.1. Tipo de Estudo	35
3.2. Local de Realização.....	35
3.3 Participantes do Estudo.....	36
3.4 Método de Coleta dos Dados	36
3.5 Método de Análise dos Dados	37
3.6 Aspectos Éticos	37
4. RESULTADOS	38
4.1 Caracterização dos participantes do estudo.....	38
4.2 Cuidados da equipe de enfermagem relacionada a administração de medicamentos	38
4.3 Percepções dos trabalhadores acerca dos tipos de erros de medicação conhecidos.....	52
4.4 Erros na administração de medicamentos vivenciados pelos participantes do estudo	54
4.5 Providências tomadas frente aos erros	61
4.6 Protocolos de notificação de erros	64
4.7 Programas de Educação Permanente e a temática sobre erros de administração de medicamentos	66
4.8 Estratégias utilizadas pelos trabalhadores para evitar os erros de medicação	71
5 DISCUSSÃO DOS DADOS	77
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Erro! Indicador não definido.	
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados.....	98
APÊNDICE C – CEPAS.....	99

1 INTRODUÇÃO

Um dos problemas enfrentados pela equipe de enfermagem é a possibilidade de erros na administração de medicamentos em pacientes. Tal fato coloca o paciente em risco, fragilizando sua segurança, podendo causar-lhes danos ou, até mesmo, levá-lo à morte, ou seja, um evento adverso.

Erro de medicação (EM) é qualquer evento prevenível, ou melhor, previsível e passível de prevenção, que, de fato ou potencialmente, pode levar ao uso inadequado de medicamento. Isso significa que o uso inadequado pode ou não causar dano ao paciente, e não importa se o medicamento se encontra sob o controle de profissionais de saúde, do paciente ou de um consumidor. O erro pode estar relacionado à prática profissional; aos produtos usados na área da Saúde; aos procedimentos; aos problemas de comunicação, incluindo-se prescrição, rótulos, embalagens e nomes; à preparação; à dispensação; à distribuição; à administração, à educação; ao monitoramento; e ao uso propriamente dito de medicamentos. (ANVISA, 2013).

A administração de medicamentos é uma ação interdependente na qual o médico prescreve, os farmacêuticos e técnicos da farmácia dispensam os medicamentos, o enfermeiro apraza, prepara e administra e os técnicos de enfermagem preparam e administram. Conforme o Capítulo I das Relações Profissionais, Seção I, Art.30, do Código de Ética de Enfermagem é proibido administrar medicamentos sem conhecer a ação da droga e sem certificar-se da possibilidade dos riscos, também no Art.32 é proibido executar prescrições de qualquer natureza, que comprometam a segurança do paciente. Na Seção II das Relações com os trabalhadores de enfermagem, saúde e outros, no Art.36 é direito da equipe de enfermagem recusar-se a executar prescrição medicamentosa e terapêutica, onde não conste a assinatura e o número de registro do profissional, exceto em situações de emergência. Além disso, o profissional de enfermagem poderá recusar-se a executar prescrição medicamentosa e terapêutica em caso de identificação de erro ou ilegibilidade (COFEN,2007).

A administração de medicamentos exige conhecimento científico e habilidade técnica. Nesse sentido, o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem

(Resolução COFEN nº 311/07) diz que é direito do cliente a prestação de uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de negligência, imperícia ou imprudência (BRASIL, 2007).

Revisão integrativa constatou que a enfermagem tem forte ligação com os erros de medicação. Essa ligação é explicada, especialmente, por dois tipos de relação: a direta e a indireta. A relação direta é a que mais traz implicações para o processo de trabalho da enfermagem, pois reproduz as adversidades da própria profissão, como a formação e conhecimento deficitários, o estresse vivenciado diariamente pelas duplas ou triplas jornadas de trabalho, as falhas de comunicação entre os componentes da equipe e a distração. A relação indireta pode ser explicada pelo fato de que a enfermagem, muito embora não tenha sido a responsável primária pelo erro no processo de medicação, é considerada como a última barreira para evitar que o erro chegue ao paciente. Nesse contexto, todos os erros que antecedem a administração de medicamentos podem ser evitados ou minimizados através das ações da enfermagem (FORTE, MACHADO, PIRES, 2016).

No intuito de despertar a consciência e maior envolvimento político dos trabalhadores da saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em outubro de 2004, na Assembleia Mundial da Saúde, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Essa Resolução, no seu artigo 57, refere que tem como objetivo fundamental prevenir danos aos pacientes relativos à administração de medicamentos. Um dos elementos centrais da proposta é a ação conhecida como Desafio Global, a qual lança um tema prioritário a cada dois anos para a adoção de medidas que promovam a segurança do paciente (WHO, 2008). Sugere ainda aos países, a necessidade de dispensar uma maior atenção à temática, orientando e apoiando o desenvolvimento e implantação de políticas públicas e práticas para a segurança do paciente no mundo (BRASIL, 2011).

Danos por erros de medicação ocorrem em todos os países do mundo. Deve-se aprender com esses erros após a sua análise, fazendo com que as ações punitivas sejam substituídas por ações educativas. Quando as organizações oferecem sistemas seguros há uma redução dos erros relacionados a assistência ao paciente.

A primeira reunião *International Medication Safety Network (IMSN)* foi realizada em Salamanca, Espanha, de 17 a 19 de novembro de 2006. Os participantes da reunião, por unanimidade concordaram que os profissionais de saúde, organizações, autoridades de saúde e outras partes interessadas devem considerar

objetivos essenciais e chamar a atenção para a sua realização a nível global. Para evitar erros de medicação e contribuir para o cuidado mais seguro, os participantes se comprometem a trabalhar juntos como membros da *IMSN* para promover a realização destes objetivos essenciais, incentivar e promover o desenvolvimento de centros de práticas de medicamentos seguros em todos os países e facilitar a cooperação entre eles (SALAMANCA, 2006).

No Brasil lançou-se a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, a qual institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), normatizando e estabelecendo as ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários, visando à promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Esse preconiza o monitoramento e a prevenção de danos na assistência à saúde, a promoção e o apoio à implantação de iniciativas voltadas à segurança do paciente (BRASIL, 2013).

Unindo-se ao PNSP, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) e a Câmara Técnica do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN – SP) elaboraram conjuntamente a cartilha Dez Passos para a Segurança do Paciente, os quais se referem a: Identificação do paciente; cuidado limpo e cuidado seguro, incluindo a higienização das mãos; cuidado com cateteres, sondas e conexões corretas; uso de *check-list* para promover cirurgia segura; administração segura de sangue e hemocomponentes; envolver o paciente com sua própria segurança; estabelecer uma comunicação efetiva com o paciente; trabalhar com a prevenção de quedas; incentivar os cuidados para a prevenção de úlceras por pressão e promover a segurança na utilização de tecnologias (COREN-SP, 2010).

Mesmo havendo regulamentação estabelecida pela Anvisa com a RDC nº 333, de 19/11/03, que estabelece normas para evitar quaisquer similaridades de nomes entre as marcas de medicações existentes no mercado, ainda existem coincidências de marcas, não verificadas pela agência reguladora, que concede registro de nomes semelhantes ou mesmo iguais para substâncias medicamentosas diferentes (BRASIL, 2003).

Dessa forma, ressalta-se a importância das orientações ou recomendações para melhorar a segurança dos pacientes com a colaboração dos órgãos oficiais do sistema de saúde no Brasil, das agências reguladoras, bem como dos estabelecimentos de saúde públicos ou privados, e com a participação ativa dos

profissionais de saúde, para, assim, facilitar o desenvolvimento de estratégias de minimização desses erros (LOPES et al., 2012).

Um erro de medicação não é resultado direto de uma má conduta por um único membro da equipe multidisciplinar, ao passo que a acusação dessa pessoa não deve ser buscada ou reconhecida como uma recompensa por relatar o erro. A conscientização da existência de erros de medicação na prática clínica diária, bem como da natureza interativa do processo de uso de medicamentos com a participação de todos os membros da equipe disciplinar, leva ao melhor entendimento dos erros (KOUMPAGIOTI, et al., 2014).

É preciso inserir práticas seguras neste cenário, por meio de treinamentos, utilização de protocolos atualizados pela equipe multiprofissional, presença de comitês de segurança do paciente, notificação de incidentes pelos profissionais e, posteriormente, análises desses incidentes identificando suas causas, dentre outras estratégias, a fim de prevenir a ocorrência dos mesmos (TEIXEIRA, CASSIANI, 2014).

Caso o erro na administração de medicamentos aconteça na Unidade de Tratamento Intensivo (UTIN), as consequências podem ser mais graves. Isso torna-se evidente porque a maioria dos pacientes internados são prematuros e não possui mecanismos adaptativos de defesa, além do que, seu metabolismo é mais acelerado, fazendo com que o efeito desses medicamentos ocorra quase imediatamente, não havendo tempo hábil para correção do erro.

Nessa unidade um único paciente, por vezes um prematuro extremo, é manipulado por diversos profissionais, o que predispõe a um aumento da chance de sofrer consequências de um erro. Submetido a diversas intervenções para diagnósticos e tratamento, ele costuma permanecer mais tempo no hospital, o que também colabora para maior exposição a potenciais riscos e perigos para esse paciente, até um pequeno lapso cometido por um profissional pode ter consequências devastadoras, a curto e longo prazo (SILVA et al., 2013).

O recém-nascido criticamente enfermo pode receber de 15 até 20 medicações endovenosas por dia, a maioria destas não licenciadas e off-label. Eventualmente, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a gravidade poderia ser considerada uma justificativa para prescrever e usar medicamentos que não são aprovadas pela agência reguladora (ANVISA), invocando a relação risco/benefício; daí a importância de avaliar essa condição (LOUREIRO et al., 2013).

A expressão off label refere-se à prescrição de medicamentos de maneira diferente das orientações da bula ou compêndios oficiais, relativo a dose, indicação, faixa etária, intervalo de administração ou forma de administração. A prescrição off label não é proibida, não é uma forma incorreta do uso das medicações e abrange vários protocolos pediátricos (BRASIL, 2013).

Nessa situação entende-se que para cuidar dos neonatos é preciso se cercar de todos os cuidados a que se refere a administração de medicamentos, sendo que as medicações necessitam ser ajustadas com precisão, de acordo com o peso da criança, seu estado de saúde e sua idade, sendo de suma importância que não ocorra erros no preparo e administração dos medicamentos e que os neonatos sejam monitorados após a sua administração (LUZ, 2014).

Estudo revela a ocorrência de erros de medicação, em diversas áreas e locais de atendimento à criança, relacionados a diversos fatores, no qual se destaca a prática dos profissionais e o sistema em que a assistência é realizada (BELELA, PEDREIRA, PETERLINE, 2011). O compromisso ético e o desenvolvimento tecnológico estabelecem aos profissionais de enfermagem a pesquisa constante de informações precisas e atualizadas (SILVA et al., 2014).

A criança hospitalizada, muitas vezes, pode ser percebida como um mero objeto de intervenção para os profissionais da saúde. No entanto, apesar de estudos e diretrizes programáticas que evidenciam a importância do cuidado integral, a criança ainda precisa ser vista e tratada na sua dimensão singular de um ser em desenvolvimento (WEGNER et al., 2016).

Questões referentes ao uso de medicações por crianças afetam a enfermagem pediátrica. Há desafios diários associados, principalmente, as diversas formas de administração, posologia, preparação, armazenamento, substâncias para a diluição e tempo de estabilidade de algumas preparações. Isso se dá pela falta de medicamentos intravenosos prontos para serem usados em pacientes pediátricos, tornando necessária a diluição dos medicamentos de uso adulto (TONELLO et al., 2013).

Errar é uma situação característica inconversível do ser humano. Contudo, entender e identificar a incidência, os elementos expostos e os resultados dos erros, assim transformando-os em uma chance de acerto, é uma maneira para a construção de um modelo de saúde seguro e de qualidade (SILVA, et al., 2014).

A reflexão sobre a possibilidade de erros de medicação e dos danos decorrentes dos mesmos, assim como dos métodos para a sua identificação e avaliação deve incluir uma perspectiva ampla dos aspectos envolvidos na sua ocorrência. Deve incluir, igualmente, o conjunto dos profissionais que podem contribuir no seu entendimento adequado, permitindo a discussão do problema em suas múltiplas interfaces (DALMOLIN, GOLDIM, 2013).

Os erros de medicação não devem ser banalizados, nem magnificados, e devem ser adequadamente abordados em todas as suas repercussões pessoais, profissionais e institucionais. O reconhecimento da possibilidade real de sua ocorrência, a avaliação dos riscos, a revisão das etapas do sistema de medicação, a implementação de políticas institucionais para notificação, capacitação e revelação de erros de medicação é o caminho a seguir (DALMOLIN, GOLDIM, 2013).

A constatação de que os erros podem ocorrer implica no reconhecimento de que medidas devem ser tomadas. O comprometimento de toda equipe de profissionais de saúde e da própria instituição será decisivo, não para negar a existência de erros, mas para lidar de forma adequada, quando eles ocorrerem. (DALMOLIM, GOLDIM, 2013). Para desenvolver uma cultura de segurança do paciente, o primeiro passo é reconhecer e identificar o erro e encarando-o como uma fonte de ensinamento. É essencial desconstruir o conceito de que o erro é individual, necessita-se ampliar o enfoque da equipe como responsável pelo evento adverso (SOUSA et al., 2016)

Tendo em vista que os erros de medicação são um dos mais graves problemas enfrentados por trabalhadores da equipe de enfermagem e que na área neonatal e pediátrica estes adquirem as piores proporções questiona-se: qual a percepção de trabalhadores de enfermagem acerca dos erros na administração de medicamentos relacionados à segurança do paciente neonatal e pediátrico?

A partir dessa objetivou-se conhecer a percepção de trabalhadores de enfermagem acerca dos erros na administração de medicamentos relacionada à segurança do paciente neonatal e pediátrico. Acredita-se propiciar a reflexão e a conscientização acerca da importância da segurança do paciente neonatal e pediátrico quanto a administração de medicamentos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O seguinte capítulo abordará a Segurança do paciente relacionada ao Erro de Medicação; Causas de erros na administração de medicamentos; Erros na administração de medicamentos na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal e na Unidade de Pediatria; Ensino e Segurança do Paciente e Estratégias utilizadas pela enfermagem para diminuir os erros na administração de medicamentos.

2.1 Segurança do paciente relacionada ao erro de medicação

A expressão erro pode ser definida como um ato voluntário ou intenção de fazer algo errado ou como um ato de omissão, em que o trabalhador não faz o correto a ser realizado. Tais condutas podem levar a um desfecho indesejável ou potencialmente indesejável (WACHTER, 2010). Já o termo evento adverso passa a ser definido como injúria não proposital decorrente da atenção à saúde, não relacionadas à evolução natural da doença de base, que podem causar dano ao paciente, levando a um maior período de internação (WHO, 2008). Trata-se de dano que resulta do cuidado ou da assistência à saúde, sem consistir da existência de um erro, como exemplo, os efeitos colaterais relacionados ao uso de determinados medicamentos e, ainda, complicações aceitáveis decorrentes de ato cirúrgico (WACHTER, 2010).

A ANVISA é a agência reguladora de medicamentos que tem como campo de atuação não um setor específico da economia, mas todos os setores relacionados a produtos e serviços que possam afetar a saúde da população brasileira, entre eles os erros de administração de medicamentos. Sua competência passa a abranger tanto a regulação sanitária medicamentosa quanto a regulação econômica do mercado (BRASIL, 2013).

Além disso, é responsável pela coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) de forma integrada com outros órgãos públicos relacionados direta ou indiretamente ao setor medicamentoso da saúde. Na estrutura da administração pública federal, a ANVISA encontra-se vinculada ao Ministério da Saúde e integra o Sistema Único de Saúde (SUS), absorvendo seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2013).

A partir de abril de 2013, o Ministério da Saúde passou a investir, por meio da Portaria nº 529 o PNSP que tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional adotando as seguintes definições:

“Segurança do Paciente (redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde); Dano (comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico); Incidente (evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente) e Evento adverso (incidente que resulta em dano ao paciente), (BRASIL, 2013).”

A cultura de segurança passa a configurar-se por meio de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:

“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; cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional e cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança” (BRASIL, 2013).”

Na busca pelo alcance dos objetivos operacionalizados pela organização de gestão de segurança o PNSP implementa suas estratégias de segurança ao paciente, conforme segue (BRASIL, 2013):

- I - elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente;
- II - promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente;
- III - inclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade relativos à segurança do paciente;
- IV - implementação de campanha de comunicação social sobre segurança do paciente, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade;
- V - implementação de sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno às unidades notificantes;

VI - promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual;

VII - articulação, com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, para inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação.

O PNSP estabelece a criação do Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP). Composto por representantes do governo, da sociedade civil, de entidades de classe e universidades, tendo como objetivo promover e apoiar iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção à saúde. O Comitê será uma referência para a tomada de decisão na área e o apoio à implantação do programa. Para assegurar o manejo mais seguro dos pacientes, o Ministério da Saúde colocou em consulta pública seis protocolos de prevenção a eventos adversos: higienização das mãos, cirurgia segura, prevenção de úlcera por pressão, identificação do paciente, prevenção de quedas e prescrição, uso e administração de medicamentos. Os protocolos funcionam como guias e normas que devem ser observadas nos hospitais e também as práticas mais recomendadas para manter a segurança ao paciente (BRASIL, 2013).

Compete ao CIPNSP propor e validar protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diversas áreas, propor e validar projetos de capacitação em Segurança do Paciente; analisar quadrimestralmente os dados do Sistema de Monitoramento incidentes no cuidado de saúde e propor ações de melhoria; recomendar estudos e pesquisas relacionados à segurança do paciente; avaliar periodicamente o desempenho do PNSP e elaborar seu regimento interno e submetê-lo à aprovação do Ministro de Estado da Saúde (BRASIL, 2013).

O CIPNSP é composto por representantes, titular e suplentes, dos seguintes órgãos e entidades: do Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); ANVISA; Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Conselho Federal de Medicina (CFM); Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); Conselho Federal de Farmácia (CFF); Organização Pan Americana de Saúde (OPAS); e três Instituições Superiores de Ensino e Pesquisa, com notório saber no tema Segurança do Paciente (BRASIL, 2013).

A coordenação do CIPNSP será realizada pela ANVISA, que fornecerá em conjunto com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) /MS e a FIOCRUZ o apoio técnico e administrativos necessário para o seu funcionamento. A ANVISA, mediante esse fato, publicou no dia 26/07/2013, no Diário Oficial da União, a Resolução da Diretoria Colegiada de número 36, a RDC 36/2013, que institui as ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. A partir dessa data, os serviços de saúde deverão estruturar, em prazo de 120 dias, contados a partir da data de publicação da RDC 36/ 2013, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que irá desenvolver um Plano de Segurança do Paciente (PSP), tendo como princípios norteadores a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, a disseminação sistemática da cultura de segurança, a articulação e a integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde (BRASIL, 2013).

O Plano deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco para a identificação do paciente, a higiene das mãos, a segurança cirúrgica, os cuidados com a prescrição, o uso e a administração de medicamentos, entre outros (BRASIL, 2013). Será de responsabilidade do NSP realizar a notificação dos eventos adversos ao SNVS em até quinze dias após a ocorrência, com exceção para os casos que resultarem em morte, os quais deverão ser notificados em até 72 horas (BRASIL, 2013).

A RDC estabelece que as notificações sejam iniciadas em 150 dias, contados a partir da publicação da resolução. A RDC 36/ 2013 integra o elenco de medidas do PNSP, lançado pelo Ministério da Saúde (MS) e pela ANVISA (BRASIL, 2013).

O tema Segurança do Paciente vem sendo desenvolvido sistematicamente por essa Agência, desde 2005. O Brasil passou a ser um dos países que compõem a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, estabelecida pela OMS em 2004. O principal propósito dessa aliança institui medidas que aumentem a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde, fomentada pelo comprometimento político dos estados signatários (BRASIL, 2013).

A qualidade dos serviços de saúde torna-se elemento determinante para assegurar a redução e o controle dos riscos a que o paciente está submetido. Nesse sentido, um conjunto de ações complementares entre si, incluídas ações de controle sanitário e regulamentação, passam a ser importantes para identificar precocemente

a ocorrência de eventos que afetam a segurança do paciente, corroborando para a redução do dano e de riscos futuros (BRASIL, 2013).

O paradigma da qualidade da atenção, nos serviços de saúde brasileiros, surge como uma exigência da sociedade, reforçada tanto pelos compromissos internos, quanto pelos compromissos externos estabelecidos junto à OMS e a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (BRASIL, 2013).

Estudo realizado pela Fiocruz mostra que de cada dez pacientes atendidos, em unidades hospitalares, um sofre de evento adverso (Figura 1). Os dados revelam, ainda, que, no Brasil, a ocorrência desse tipo de incidente é de 7,6%. Desses, 66% são evitáveis. O Brasil lidera a proporção de eventos evitáveis, numa lista com outros seis países: Nova Zelândia, Austrália, Espanha, Dinamarca, Canadá e França, conforme gráfico abaixo:

Figura 1

PREVENÇÃO FALHA EM HOSPITAIS

PROPORÇÃO DE ERROS EVITÁVEIS (BRASIL), EM %

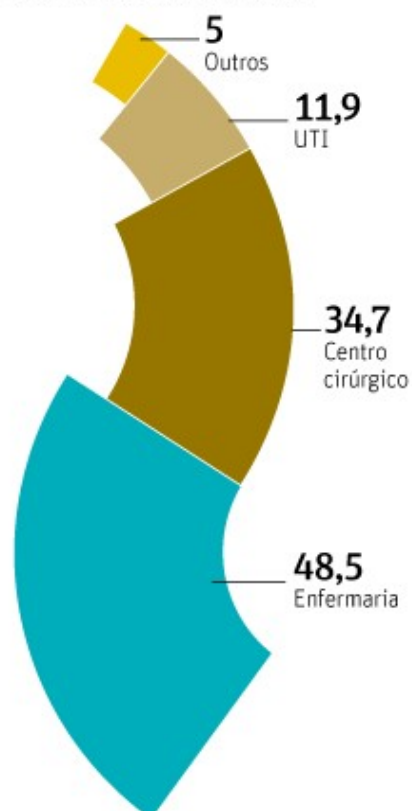
Infecção associada ao cuidado	24,62
Complicações cirúrgicas/anestésicas	20
Dano por atraso ou falha de tratamento	18,46
Úlcera de pressão	18,46
Complicações por punção venosa	7,69
Dano por queda	6,15
Dano por medicamento	4,62

INCIDÊNCIA E EVITABILIDADE

	Incidência, em %	Evitabilidade, em %
Austrália	16,6	51
Nova Zelândia	12,9	37
Inglaterra	10,8	48
Canadá	7,5	37
Dinamarca	14,5	40
França	9	27
Brasil	8,3*	73,3*

*Último estudo disponível (Ibeas-Brasil) Fontes: Walter Mendes, pesquisador da Fiocruz

LOCAIS ONDE MAIS ACONTECEM EVENTOS ADVERSOS, EM %



Frente à possibilidade da prevenção dos erros de medicação e do risco de dano em função desse fato, torna-se importante conhecer a natureza e causas dos erros, como forma de conduzir ações para a prevenção. Os problemas no processo de utilização de medicamentos são considerados importantes fatores auxiliares que contribuem para a redução da segurança do paciente. Nessa perspectiva, a seção apresentada a seguir, tratará dos erros na administração de medicamentos e suas principais causas.

2.2 Causas de erros na administração de medicamentos

Erros com medicações podem ocorrer em qualquer momento, já que há um sistema com várias etapas sequenciais dependentes uma das outras e executadas por uma equipe multidisciplinar. Por constituir-se de várias etapas e envolver vários profissionais, o risco de ocorrência de erro é bastante elevado. O enfermeiro e sua equipe estão na linha final desse sistema, podendo ser responsabilizado por erros em qualquer etapa (BARROS, 2015).

Em 2006, foi realizado o primeiro Fórum Internacional Sobre Segurança do Paciente e Erro de Medicação, organizado pela Associação Mineira de Farmacêuticos, em Belo Horizonte, em parceria com o *Institute for Safe Medication Practices (ISMP) /EUA*. Este foi decisivo para a criação, em 2009, do ISMP Brasil, entidade multiprofissional que tem promovido eventos nacionais e internacionais sobre o tema e publicado boletins, capítulos em livros e artigos sobre erro de medicação (ISMP, 2009).

Os boletins do ISMP são uma importante ferramenta para disseminar informações relevantes sobre as causas dos erros de medicação, como forma de prevenir eventos adversos, promover a segurança do paciente e a melhoria da qualidade na utilização de medicamentos nos diversos níveis da assistência à saúde. A cada edição, são abordados temas de interesse para as instituições, os profissionais de saúde e a sociedade. As matérias são elaboradas por um corpo editorial, formado por especialistas na área de saúde que, além da experiência na promoção da segurança dos pacientes, possuem profundo conhecimento a respeito dos assuntos a serem enfatizados. No ano de 2015 foram lançados quatro boletins informativos: Preparo e administração de medicamentos via sonda enteral ou ostomias;

Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar e ambulatorial: Listas atualizadas de 2015; Erros de medicação associados a abreviaturas, siglas e símbolos; Prevenção de erros de medicação com bloqueadores neuromusculares.

No Brasil, a causa da ocorrência desse tipo de erro relacionado à segurança dos pacientes incide sobre a equipe de enfermagem, apesar de se ter conhecimento de que além de falhas individuais, também, falhas ambientais, estruturais, processos mal elaborados, contribuem para isto (TEIXEIRA, CASSIANI, 2014).

Os erros de preparo de medicações acontecem devido a causas multifatoriais e envolvem várias ações de vários profissionais. Por outro lado, quando a terapia medicamentosa é corretamente preparada, diminui-se o tempo de internação e reduzem-se os gastos hospitalares, melhora-se a terapêutica e a qualidade de vida do paciente (VELOSO, TELLES FILHO, DURÃO, 2011).

Em uma revisão sistemática sobre os principais fatores contribuintes para o erro, os artigos destacaram cargas excessivas de trabalho, falta de profissionais, falta de recursos físicos e materiais e um ambiente de trabalho desfavorável, fatores estes presentes em grande parte dos hospitais públicos do Brasil (SOUSA et al., 2016).

Segundo Oliveira e Kanashiro (2010), a responsabilidade do enfermeiro na administração de medicamentos refere-se aos três segmentos: jurídico, ético e moral. O Jurídico tem como base a Constituição Federal de 1988, o Decreto de Lei nº 94.406/87, entre outros documentos normativos. Já a Ética e a Moral estão unidas, respectivamente, a responder por aquilo que fazemos de forma certa ou errada.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem traz como princípio fundamental que eles exerçam suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética. Verifica-se no art. 12, como responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem, assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência (COFEN, 2007).

Classificam-se os erros de medicação notificados, segundo o tipo a partir das definições do *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP)*, e da *American Society of Hospital Pharmacists (ASHP)*:

1- Erro de Prescrição: Escolha incorreta do medicamento (baseada na indicação, contraindicação, alergias conhecidas, existência e disponibilidade de outra terapia medicamentosa mais eficaz, prescrição incorreta da dose, da via de administração,

da velocidade de infusão ou da forma de apresentação do medicamento; prescrição ilegível; prescrição incompleta.

2- Erro de Dispensação: Distribuição incorreta do medicamento prescrito para o paciente.

3- Erro de Omissão: Não administração de um medicamento prescrito para o paciente ou ausência de registro da execução da medicação.

4- Erro de Horário: Administração de medicamento fora do período estabelecido na prescrição pelo médico ou pelo enfermeiro que realizou o aprazamento da prescrição. Define-se como erro: o atraso ou adiantamento de mais de 30 minutos para medicamentos de ação imediata (exemplo: drogas vasoativas, analgésicos); o atraso ou adiantamento de mais de uma hora para medicamentos de ação prolongada (antibióticos antiácidos).

5- Erro de Administração de Medicamentos Não autorizados: Administração de medicamento não prescrito; administração de medicamento ao paciente errado; administração de medicamento não autorizado pelo médico; utilização de prescrição desatualizada.

6- Erro de Dose: Administração de medicamento em dose maior ou menor que a prescrita, administração de uma dose extra do medicamento; ou administração de uma dose duplicada do medicamento.

7- Erro de Apresentação: Administração de um medicamento em apresentação diferente da prescrita.

8- Erro de Preparo: Medicamento incorretamente formulado ou manipulado antes da administração (reconstituição ou diluição incorreta, associação de medicamentos física ou quimicamente incompatíveis); armazenamento inadequado do medicamento; falha na técnica de assepsia; identificação incorreta do fármaco; escolha inapropriada dos acessórios de infusão.

9- Erro de Administração: Falha na técnica de assepsia; falha na técnica de administração do medicamento por via diferente da prescrita; administração de medicamento em local errado; administração de medicamento em velocidade de infusão incorreta; associação de medicamentos física ou quimicamente incompatíveis; falha nos equipamentos ou problemas com acessórios da terapia de infusão; ou administração de medicamento prescrito incorretamente.

10- Erro com Medicamentos Deteriorados: Administração de medicamento com data de validade expirada, ou com integridade física ou química comprometida.

11- Erro de Monitorização: Falha em monitorar dados clínicos e laboratoriais antes, durante e após a administração de um medicamento, para avaliar a resposta do paciente a terapia prescrita.

12- Erro em Razão da não aderência do paciente e da família: Comportamento inadequado do paciente e ou cuidador quanto a sua participação na proposta terapêutica.

13- Outros Erros de medicação: Quaisquer outros erros não enquadrados nas classificações anteriormente descritas.

No nosso dia a dia, nos deparamos com os erros de medicação, como: dispensação, armazenamento, diluição e a administração de drogas. Sabe-se que esses fatores não estão apenas correlacionados à equipe de enfermagem, mas a toda a equipe de saúde (JORDÃO, et al.,2012).

Harada et al. (2012) concordam afirmando que dos fatores que contribuem para a ocorrência de erros de medicação em crianças, em especial o erro de dose, advém da complexidade dos cálculos que necessitam ser realizados considerando-se idade, peso, estatura e condições clínicas da criança, uma vez que as características de absorção, distribuição, metabolismo e excreção de drogas, diferem entre recém-nascido, adolescente e adulto. Dessa forma em se tratando de pacientes pediátricos, o erro se torna passível de acontecer não só devido a essas condições, mas também pela carência de informações da equipe de enfermagem sobre dosagens de medicamentos para crianças.

A fim de garantir a segurança em relação ao preparo e administração dos medicamentos, é necessário que os profissionais de enfermagem saibam e utilizem os “9 certos” que representam a base da educação no ensino da administração de medicamentos. Nas regras dos “9 certos” constam fatores que podem evitar o erro de medicação, sendo eles: a administração do medicamento certo, no paciente certo, na dose certa, pela via certa, no horário certo, com o registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa e monitoramento certo (CORRÊA, 2014).

Sabe-se que para alcançar uma redução dos erros de medicações são necessárias estratégias preventivas e, sobretudo consciência profissional. Além de existir a necessidade dos profissionais reavaliarem sua prática, dando ênfase aos nove certos da medicação; incentivo a um sistema de prescrições informatizadas e a reestruturação do ambiente de trabalho (SANTOS et al., 2014).

A busca pela qualidade nos serviços de saúde é essencial, e os movimentos pela segurança do paciente devem ser um caminho prioritário a ser percorrido para a prestação de uma assistência adequada livre de danos. No entanto abordar a qualidade em saúde não é tarefa fácil, principalmente em se tratando do ambiente hospitalar (SOUSA et al., 2016).

Para tanto, é fundamental a sensibilização dos gestores hospitalares para que estes entendam que a segurança do paciente é comprometida por falhas no sistema e que a segurança deve ser prioridade, para que assim seja possível disseminar um clima de segurança (TOMAZONI, et al., 2015).

Por envolver questões culturais, a segurança do paciente não é uma problemática individual, tão pouco de uma única categoria profissional. No entanto, corresponde a um processo de transformação em nível institucional, com seus gestores e também com o sistema de saúde brasileiro (WEGNER et al., 2016).

2.3 Erros na administração de medicamentos na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal e na Unidade de pediatria

Erros podem acontecer em qualquer etapa do sistema de medicação. E em crianças fatores como idade, peso, estatura, condições clínicas, características do metabolismo das medicações direcionadas para as crianças, favorecem para a ocorrência de falhas (HARADA et al., 2012).

Foi concluído em uma revisão integrativa que a administração de medicamentos é uma prática comum na Unidade Neonatal e que a ocorrência de erros é alta e que frequentemente está associada a problemas de comunicação, prescrição e padronização de formulação e doses para recém-nascidos. A equipe de enfermagem tem grande responsabilidade neste contexto, pois atuam diretamente em todo o processo do sistema de medicação. A responsabilidade ética e os avanços tecnológicos impõe aos profissionais que busque constantemente a atualização de seus conhecimentos (GUSTAVO et al., 2014).

A frequência de casos de erros de medicação relacionados a pacientes pediátricos pode chegar a representar 1 para cada 6,4 prescrições, sendo estes erros de intensidade grave, isto é, três vezes maior que a frequência observada em pacientes adultos (MAGALHÃES, FERRARI, DAVID, 2013).

Em uma revisão integrativa no período de 2002 a 2012, que teve como objetivo identificar as publicações disponíveis sobre incidência, fatores relacionados, consequências e/ou mecanismos de prevenção dos erros de medicação na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, mostrou que a administração de medicamentos é uma prática importante nessa unidade, e que a ocorrência do erro é elevada e constantemente associada a dificuldades na comunicação, prescrição e falta de uniformização de formulações e doses para recém-nascidos (SILVA et al., 2014).

Em um estudo de análise de causa raiz foram notificados os seguintes erros: os erros de omissão (17, 31,5%), erros de horário (12, 22,2%), erros de técnica de administração (8, 14,8%), erros de dose (8, 14,8%), erros de doses extras (4, 7,4%), erros de medicamentos não autorizados (4, 7,4%) e erros de via de administração (1, 1,9%) (TEIXEIRA, CASSIANI, 2014).

Em outro estudo também tiveram como incidentes mais frequentes na UTIN os que estão vinculados a problemas no uso medicamentos, principalmente no que concerne a dosagem incorreta ou inadequada (média de 38%), seguido da omissão, (ato de não administrar o medicamento prescrito ou ausência de prescrição de medicamentos necessários), falha na técnica de administração e via de administração errada (LANZILLOTTI, et al., 2015).

Também ficou evidenciado em um estudo que objetivou analisar a ocorrência de erros no processo de preparo e administração de medicamentos realizados pela enfermagem em uma enfermaria de pediatria que a taxa de erro de preparo encontrada foi de 67,44%, enquanto que a taxa de erro de administração foi de 86,71%. Excluindo os erros de horário obteve-se uma taxa de 85,31%. A maior parte dos erros se referiu ao erro de técnica (72,63%) e ao erro de horário (11,79%). Os erros de preparo e administração de medicamentos são comuns no ambiente hospitalar em pediatria, servindo como um indicador de qualidade do serviço prestado ao paciente. A detecção de erros de medicação em potencial deve ser uma rotina, pois aponta as fragilidades do sistema permitindo melhorá-lo (BATISTA, 2014).

As falhas no preparo de medicações acontecem em virtude de vários fatores e abrangem diversas ações de vários profissionais. Em virtude disso, quando se trata de pacientes pediátricos o erro passa a ser capaz de acontecer por causa da fragilidade do paciente em razão da hospitalização e a falta de conhecimento da equipe de enfermagem a respeito de dosagens de medicamentos para crianças (VELOSO, TELLES FILHO, DURÃO, 2011). Admitir que os erros ocorrem e conhecer

seus padrões e motivos no cotidiano prático de atendimento à criança é apenas o primeiro passo para a diminuição dos riscos e aumento da segurança do paciente (SILVA et al., 2014).

Pesquisa realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital privado em São Paulo mostrou a etapa de dispensação de medicamentos, com a maior proporção de notificação para o item horário/frequência (atraso) (SILVA, VENDRAMIN, 2012). O erro de prescrição pode ser ocasionado pela complexidade dos cálculos que devem ser realizados, levando em conta a idade, peso, estatura e condições clínicas, sendo que as características de absorção, distribuição, metabolismo e excreção das drogas tornam-se diferentes entre os recém-nascidos, adolescentes e adultos (HARADA et al., 2012).

Segundo Silva et al. (2014), principalmente em UTIN, as medicações que são prescritas são potencialmente perigosas (MPP), podendo o erro ocasionar graves problemas. Rosa et al. (2009) em outro estudo encontraram razão média de erros de prescrição de 3,3 prescrições estando relacionados principalmente à ilegibilidade, sendo essa razão três vezes mais constante quando é escrita se comparada à prescrição informatizada.

Em uma pesquisa realizada em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um Hospital Universitário, que teve como objetivo conhecer a frequência dos erros de prescrição, bem como os pacientes susceptíveis, os tipos de erros e medicamentos envolvidos, foram analisadas 489 prescrições, 1.491 itens de medicamentos, correspondendo a 46 fármacos. A taxa de erros de prescrição foi de 43,5 %. Foram encontrados erros de dose, intervalo, diluente e tempo de infusão, distribuídos em sete classes terapêuticas. A ocorrência de erro foi maior em recém-nascidos prematuros. Os erros de diluente e dose foram os mais frequentes. As classes de medicamentos mais envolvidas nos erros foram os anti-infecciosos e aqueles que atuam nos sistemas nervoso e cardiovascular. (MACHADO et al., 2015).

Quanto à preparação de medicações, um estudo descritivo, realizado com quatro profissionais responsáveis pelo preparo dos medicamentos em uma unidade pediátrica hospitalar do interior do Estado de Minas Gerais, revelou 32 erros com relação à técnica de preparo, como sendo a mais prevalente a falha na higienização das mãos 17(53,2%), seguida da falha na desinfecção de frascos e ampolas 10 (31,2%). Ressalta-se que esses também são erros graves, os quais podem

comprometer a eficiência da terapêutica medicamentosa nas crianças (VELOSO, TELLES FILHO, DURÃO, 2011).

Os erros também podem acontecer em outras etapas da administração de medicação, como no estudo que foi realizado para analisar os erros notificados em um hospital universitário, identificando o erro relacionado à programação das bombas de infusão (BI), em função de ajustes equivocados da mesma (YAMAMOTO, PETERLINE, BOHOMOL, 2011). Em relação à BI um outro estudo demonstrou que o erro com velocidade da infusão representou 28,6%, sendo que a programação deve ser feita com cálculos precisos, na maioria es usando números decimais e estando associado a MPP, que podem causar agravos fatais (SILVA, VENDRAMIN, 2012).

2.4 Estratégias utilizadas pela enfermagem para diminuir os erros na administração de medicamentos

Para diminuir os erros torna-se necessário que sejam criadas estratégias, as quais podem ser planejadas pela equipe de enfermagem e colocadas em prática de acordo com a realidade de cada instituição (VELOSO, TELLES FILHO, DURÃO, 2011). A implementação de um sistema de gerenciamento de risco com incorporação de uma cultura de segurança positiva, mudança na abordagem do erro e gestão não punitiva são estratégias possíveis (SILVA et al., 2014).

As organizações com cultura de segurança positiva se caracterizam pela comunicação que se baseia a confiança recíproca, por conhecimentos compartilhados sobre a importância da segurança e na confiança de que medidas preventivas sejam eficientes (NIEVA; SORRA, 2003).

Para desenvolver uma cultura de segurança do paciente, o primeiro passo é reconhecer e identificar o erro e encará-lo como uma fonte de ensinamento. É essencial desconstruir o conceito de que o erro é individual, é necessário ampliar o enfoque da equipe como responsável pelo evento adverso (SOUSA et al. 2016).

É recomendado que não sejam utilizadas punições para quem comete erros de medicação, devemos aprender com os erros, realizar padronizações, realizar mapeamento dos processos de trabalho. Devem ser utilizadas formas que estimulem os trabalhadores a falarem suas dificuldades e aprimorem suas técnicas/conhecimentos por meio da educação permanente (ARBOIT, SILVA, 2012).

Sendo extremamente relevante a mudança da cultura de punição, que castiga o profissional e não avalia o contexto no qual o incidente de segurança ocorreu. Esse modelo, já ultrapassado, ainda está presente na concepção de muitos gestores e instituições, e acaba levando à recorrência dos incidentes de segurança não a sua prevenção (URBANETTO, GERHARDT, 2013).

Estudo com todos os funcionários de enfermagem em unidades gerais ou de terapia intensiva dos hospitais pediátricos filiados a Universidade de Ciências Médicas de Teerã revelou a aplicação de programas de controle de qualidade e verificou como a gestão de risco pode prevenir a ocorrência dos eventos adversos hospitalares. Constatou ainda que gerentes de enfermagem podem reduzir a taxa de erro de medicação, aplicando os programas de gestão de risco (NAYERI et al., 2013).

Acredita-se como necessário que as instituições busquem formas que mantenham a equipe de enfermagem atualizada, no que diz respeito às mudanças na apresentação dos medicamentos, armazenamento, formas de administração, interação medicamentosa, aspectos farmacocinéticos e farmacodinâmicos, por meio da educação permanente (CORBELLINE et al., 2011).

A educação permanente em saúde possibilita a variedade de estratégias que dividam o saber e a prática do universo do trabalho. O profissional da saúde que debate e concorda com a probabilidade de ocorrer um evento adverso está desenvolvendo uma cultura de segurança para o paciente (WEGNER et al., 2016).

O serviço de enfermagem, ao considerar suas particularidades e finalidades, poderá escolher as melhores técnicas e mecanismos a serem aplicados, visando a promoção da segurança do paciente contribuindo para a comunicação entre a equipe, paciente e instituição.

Em revisão integrativa sobre as tecnologias utilizadas pela enfermagem, na prevenção de erros, ficou evidenciado uma variedade de tecnologias mais usadas ou recomendadas, como: padronização dos medicamentos, uso de prescrições informatizadas, padronização de administração de Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP), capacitação em farmacologia, uso de código de barras, dose unitária, rótulo claro e de fácil entendimento, dupla checagem, plenitude dos registros de enfermagem, melhora da comunicação e participação do paciente em sua terapia (JORDÃO et al., 2012).

A combinação de programas educativos com o intuito de melhorar as competências e habilidades na administração de medicamentos, a participação ativa

do farmacêutico clínico e o desenvolvimento da cultura do local, com a divulgação de soluções claras e acessíveis para orientar quando ocorre o erro, são mecanismos que podem diminuir a ocorrência de erros de medicação em UTI Neonatal (SILVA et al., 2014).

Os treinamentos em serviço por meio de palestras, cursos e aulas teóricas são possibilidades educativas sugeridas pelos pesquisados para apresentar a temática da segurança do paciente. Acrescentam que o treinamento é um método de qualificação profissional e de revisão de conteúdo, podendo ser também uma maneira de preparação do acompanhante/cuidador para compartilhar os cuidados com a equipe de saúde (WEGNER et al., 2016).

A falta de uma política de desenvolvimento dos profissionais da equipe de saúde para a notificação dos incidentes dificulta seu monitoramento e é um problema presente no setor saúde com diversas implicações para a qualidade da assistência (PARANAGUA et al., 2014).

A implantação de novas tecnologias, no processo de distribuição de medicamentos, tem aumentado a sua segurança, particularmente, a prescrição eletrônica que permite a redução desses tipos de erros (TEIXERA, CASSIANI, 2014).

Os incidentes na etapa da prescrição de medicação são comuns e devem ser confrontados por profissionais e gestores de saúde, com destaque para os hospitais de ensino, nos quais a cultura da segurança, caso seja incorporada durante a formação dos profissionais de saúde, podem resultar em mudanças no sistema de saúde (LATIF et al., 2013).

Prescrições eletrônicas, que incluem recursos de apoio à decisão clínica oferecem acesso direto às informações dos pacientes e diminuem a possibilidade de seleção errada do medicamento. Passam a garantir, assim, prescrições completas e adequadas, fornecendo suporte para cálculos e proporcionando a possibilidade de verificar interações medicamentosas, contraindicações e alergia, sendo um poderoso sistema de alerta nessas situações (SILVA et al., 2014).

Outro aspecto é o reconhecimento de interações medicamentosas que possibilita evitar situações de insucesso terapêutico ou minimizar o aparecimento de toxicidade medicamentosa, pelo ajuste do esquema posológico ou pelo uso de fármacos alternativos. Conhecer a natureza, o risco e a gravidade potencial de se associar um medicamento a outro pode ser viável na prescrição, dispensação e administração dos medicamentos (QUEIROZ, et al., 2012).

Em uma revisão sistemática foi identificado uma diminuição dos erros de medicação quando feita a dupla checagem das medicações, essa ocasionou uma redução estatisticamente significativa na taxa de erro de medicação de 2,98 (IC 95% 2,45 a 3,51) a 2,12 (IC 95% 1,69 a 2,55) por 1000 medicamentos administrados com dupla checagem (ALSULAMI, CONROY, CHOONARA,2013).

Também podem ser seguidos alguns procedimentos seguros para armazenamento e dispensação de medicamentos como:

Quadro 1: Erro humano e a Segurança do Paciente.

1. Armazenar em local seguro e diferenciado os medicamentos potencialmente perigosos, que podem causar erros desastrosos, utilizando identificação e sinais de alerta;
2. Desenvolver e implantar procedimentos meticulosos para armazenamento dos medicamentos;
3. Reduzir distrações, projetar ambientes seguros para dispensação e manter um fluxo ótimo de trabalho;
4. Usar lembretes para prevenir trocas de medicamentos com nome e pronúncia similares, tais como rótulos diferenciados, notas no computador ou no local da dispensação;
5. Manter a prescrição e a medicação dispensada juntas durante todo o processo de dispensação;
6. Comparar o conteúdo da dispensação com as informações da prescrição;
7. Comparar o conteúdo da dispensação com a informação do rótulo e a prescrição;
8. Realizar a conferência final da prescrição com o resultado da dispensação. Sempre que possível utilizar a automação, código de barras por exemplo;
9. Proibir a dispensação através de ordens verbais e sem prescrição ou restrição deste tipo de dispensação apenas em situações de emergência;
10. Educar e aconselhar o paciente sobre os medicamentos que utiliza.

Fonte: HARADA, M.C.S. et al. O Erro Humano e a Segurança do Paciente. São Paulo: Atheneu, 2006.

Com a evolução cultural da sociedade e o maior número de notificações dos erros e eventos adversos, alguns fatores relacionados e estratégias de prevenção são descritos na literatura para minimizar as iatrogenias na administração dos medicamentos, para tanto, para que os sistemas de notificação e vigilância evoluam, está condicionado a um envolvimento de todos os profissionais da equipe multiprofissional e uma melhora na cultura da abordagem do erro (GUSTAVO, et al., 2014).

Em outra revisão concluiu também que os mecanismos de prevenção dos erros têm que obrigatoriamente passar por todos os profissionais envolvidos no sistema de medicação, para que todos sejam igualmente responsáveis pelo desfecho. A assistência de saúde é, majoritariamente, um trabalho coletivo no qual as responsabilidades também devem ser compartilhadas (FORTE, MACHADO, PIRES, 2016).

Infere-se que para alcançar uma redução dos erros de medicações são necessárias estratégias preventivas e, sobretudo consciência profissional. Além de existir a necessidade de os profissionais reavaliarem sua prática, dando ênfase aos nove certos da medicação; incentivo a um sistema de prescrições informatizadas e a reestruturação do ambiente de trabalho (SANTOS et al., 2014).

2.5 Ensino e a Segurança do Paciente

A formação de profissionais para a área da saúde envolve um processo de ensino e aprendizagem complexo, com inúmeras variáveis em que se vinculam diferentes práticas de ensino, diversidade de conteúdo, reflexão permanente das informações da realidade, problematização do processo de trabalho, muito além dos recursos estruturais disponíveis em cada instituição (MONTENEGRO; BRITO, 2011).

Conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem (DCN), publicadas em 2001, o ensino em Enfermagem deve ser mais próximo à realidade social, trazendo perspectivas para a capacitação do enfermeiro para o exercício de competências gerais e específicas. Na formação objetiva dotar o profissional de conhecimentos e habilidades gerais, citando, dentre elas, a Administração e Gerenciamento, ao definir que “[...] devem estar aptos a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e

materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde” (BRASIL, 2001).

Em 2011, a OMS desenvolveu um programa para o ensino multiprofissional sobre Segurança do Paciente, intitulado *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition*, que foca a educação dos estudantes dentistas, médicos, obstetras, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais que assistem os pacientes nas organizações de saúde, sejam elas educativas ou assistenciais, auxiliando gestores, professores ou tutores a tratarem desse tema no dia a dia (WHO,2011).

Mais recentemente, foi lançado no Brasil, no dia 01 de abril de 2013, o PNSP por meio da Portaria do Ministério da Saúde de nº 529, que, dentre seus objetivos específicos, orienta “fomentar a inclusão do tema Segurança do Paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde”

Em várias disciplinas do curso de Enfermagem, os professores se preocupam com a transmissão de conhecimentos para capacitar os futuros profissionais de enfermagem em relação à administração de medicamentos, para que possam executar essa ação de forma correta. Segundo Yoshikawa et al. (2013) os cursos na área da saúde devem ser capazes de exercer importante papel na promoção de conceitos e habilidades em seus alunos a respeito do erro humano e da segurança do paciente. Faz-se necessário que os educadores incentivem e busquem sensibilizar os futuros profissionais sobre a questão da segurança do paciente.

No ensino o tema da segurança do paciente deve perpassar todo o currículo e focar especificidades de riscos e medidas preventivas de dano nos variados cenários de assistência à saúde. Deve ser desenvolvido por meio de ações de ensino-aprendizagem em que o aluno e o educador experienciem práticas significativas, que repercutam em uma atuação segura ao longo da formação e que se sustentem também na atuação profissional. Para tanto, os educadores precisam manter estratégias de educação permanente/continuada e os projetos pedagógicos dos cursos de graduação/pós-graduação e técnicos precisam de alinhamentos claros, para que este aspecto não seja minimizado dentre outros tão importantes no ensino em saúde (URBANETTO, GERHARDT, 2013).

A academia facilita o desenvolvimento dessas habilidades, uma vez que é um local que oportuniza um espaço adequado para a discussão das ações e possui estrutura

para trabalhar os aspectos de formação de um profissional crítico. Dessa forma, há uma necessidade, da formulação de novas metodologias que propiciem uma estratégia efetiva para o desenvolvimento da educação para segurança do paciente no processo de formação do enfermeiro, considerando as crenças já trazidas por eles e fortalecendo o desenvolvimento teórico científico para uma visão ampliada, articulada e fundamentada da segurança do paciente (ILHA et al., 2016).

A segurança do paciente necessita ser problematizada e discutida de forma séria e responsável, sendo indispensável instrumentalizar os futuros profissionais para a prevenção de eventos adversos e desenvolver neles a cultura da segurança do paciente (WEGNER et al., 2016).

Em um estudo com pesquisa documental sobre o ensino da Segurança do Paciente na graduação em saúde, reforçou que o ensino em segurança do paciente é uma nova ciência, e as escolas devem ser rápidas na reestruturação de seus Projetos Pedagógicos, em que unifiquem ou, pelo menos, adequem os seus conteúdos entre as disciplinas oferecidas, assim, contribuindo para uma formação mais concreta pelo aluno no que diz respeito a segurança do paciente (BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2016).

3 METODOLOGIA

A seguir serão apresentadas as etapas utilizadas para a operacionalização do estudo.

3.1. Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva de cunho qualitativo. Para Minayo (2010) a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Ela permite que o autor se envolva diretamente na situação e possibilita observar os agentes no seu cotidiano, convivendo e interagindo socialmente com estes. Descritiva porque permite a descrição do fenômeno investigado possibilitando que este se torne conhecido e exploratória porque permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema (TRIVIÑOS, 2009).

3.2. Local de Realização

Teve como contexto a Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) e a Unidade de Pediatria (UP) de um Hospital Universitário (HU) no Sul do Brasil. O HU tem como campo de atuação o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência à saúde. É um hospital de grande porte, com 205 leitos, todos os pacientes são atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É referência no atendimento materno-infantil, HIV/AIDS e traumatologia, constituindo-se em um campo de atividades práticas para acadêmicos de enfermagem, medicina, psicologia e educação física.

A UTIN possui 18 leitos, sendo dez destinados a crianças dependentes de cuidados intensivos, cinco a crianças que necessitam de cuidados intermediários e três leitos destinados à Unidade Canguru. A UP possui 18 leitos destinados a crianças com idades entre zero e doze anos incompletos que internam tanto para atendimentos clínicos como cirúrgicos. Os leitos são distribuídos da seguinte maneira: um leito de isolamento, uma enfermaria com cinco leitos e quatro enfermarias com três leitos, que funcionam com sistema de alojamento conjunto.

3.3 Participantes do Estudo

A eleição dos participantes da pesquisa qualitativa foi feita através de critérios que, para Triviños (2009), são compreendidos como ideia ou conjunto de ideias emanadas dos objetivos de investigação que orientam a seleção dos participantes que participarão na pesquisa. Os critérios de inclusão utilizados nesse estudo foram: ser profissional da equipe de enfermagem da UTIN e/ou da UP do HU no mínimo há seis meses e ter prática no preparo e administração de medicamentos em crianças. Foram excluídos do estudo os profissionais da equipe de enfermagem que estiverem de férias ou licença saúde, no período de coleta de dados.

A UTIN conta com quatro equipes que são distribuídas respectivamente em quatro turnos: manhã, tarde, noite I e noite II. O número de profissionais da UTIN é de oito (08) enfermeiros e quarenta (40) técnicos/auxiliares de enfermagem. Participaram do estudo, trabalhadores da equipe de enfermagem atuantes na UTIN, nos diferentes turnos de trabalho. Todos foram informados acerca dos objetivos e metodologia do estudo e convidados a participar.

A UP também conta quatro equipes que são distribuídas respectivamente em quatro turnos: manhã, tarde, noite I e noite II. O número de profissionais é de cinco (5) enfermeiros e de dezenove (19) técnicos/auxiliares de enfermagem. Todos foram informados acerca dos objetivos e metodologia do estudo e convidados a participar.

Depois de orientados acerca dos objetivos e metodologia do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). O número de participantes do estudo foi delimitado pela saturação de dados, ou seja, o número de pessoas que integraram este estudo foi determinado no momento em que não surgiram novas informações e as respostas começaram a se repetir. Sendo assim a saturação se deu em 23 profissionais, Sendo 14 Enfermeiros e 09 Técnicos / Auxiliares.

3.4 Método de Coleta dos Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com cada participante de forma a obter melhor compreensão da realidade, relativa ao fenômeno em estudo (APÊNDICE B). Foi operacionalizada por roteiro com perguntas

acerca da sua percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da administração de medicamentos, relacionado a segurança do paciente neonatal e pediátrico.

A entrevista é atividade em que ocorre uma aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo-se uma combinação particular entre teoria e prática (MINAYO, 2008). Foram realizadas no primeiro semestre de 2017. Sendo marcado dia e hora para a realização da entrevista. As mesmas foram realizadas nas próprias unidades nas salas de estar da enfermagem, pois as mesmas garantiram conforto, privacidade. As entrevistas foram gravadas e transcritas para análise.

3.5 Método de Análise dos Dados

Os dados foram analisados pela técnica de Análise Temática, operacionalizada a partir da Pré-Análise, na qual foi realizado o agrupamento das falas e elaboração das unidades de registro; Exploração do material, na qual os dados foram codificados, agrupados por semelhanças e diferenças e organizados em categorias e tratamento dos resultados obtidos e interpretação, na qual foram selecionadas as falas mais significativas para ilustrar a análise e realizar a busca de autores para dar suporte à análise (MINAYO, 2008). A coleta e análise dos dados foi realizada de maneira simultânea, pois a comparação constante dos dados foi utilizada para elaborar e aperfeiçoar, teoricamente, as categorias emergentes.

3.6 Aspectos Éticos

Foram respeitados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/ FURG) sob o parecer nº 71/2017 (ANEXO C), GEP (Gestão de Ensino e Pesquisa) do Hospital Universitário (HU) e ao COMPESQ (Comitê de Pesquisa) da Escola de Enfermagem.

Foi entregue aos participantes da pesquisa um documento em duas vias, prestando esclarecimentos quanto ao estudo, convidando-os a participar e solicitando o seu Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), por escrito, para participar da pesquisa. As falas dos participantes foram identificadas pela letra P seguida do número da entrevista, com vistas a garantir o seu anonimato.

4. RESULTADOS

A seguir foi apresentada a caracterização dos participantes do estudo e as sete categorias geradas pela análise dos dados:

4.1 Caracterização dos participantes do estudo

Participaram do estudo 23 profissionais de enfermagem da Unidade de Pediatria e UTI neonatal. Sendo 14 enfermeiros e 9 técnicos/auxiliares de enfermagem. Destes 22 são do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Suas idades variam de 27 a 55 anos, com uma média de idade de 43 anos.

Quanto ao tempo de atuação no setor é entre 6 meses a 27 anos, tendo como média 11 anos. Atuam na enfermagem entre quatro anos e 35 anos com uma média de 17 anos e 7 meses. Em relação ao turno de trabalho eles se dividem em 6 no turno da manhã, 8 no turno da tarde e 9 no turno da noite. Somente um dos participantes trabalha também em outra instituição.

4.2 Cuidados da equipe de enfermagem relacionada a administração de medicamentos

Na maioria das vezes quem administra a medicação na pediatria e UTI neonatal é o técnico de enfermagem. Assim, um dos cuidados do enfermeiro é realizar a supervisão do trabalho destes profissionais, preocupando-se em conversar com os mesmos, identificando suas dúvidas e buscando informação para saná-las. Discutem com os mesmos a prescrição de cada paciente, responsabilizando-se por toda a ação realizada por esses.

[...] assim é estar sempre atenta, prestando atenção, conversando. Embora eu tenha uma auxiliar de longa data, mas de vez em quando elas perguntam assim, T1 quanto tempo dura aquela medicação, vou para a internet, vou pesquisar num site confiável, olho a conservação, a via de administração. Falo com a farmacêutica, leio a bula. (P1)

Então, assim, tu tens que ser vigilante nesse momento. Assim, tu estares perto da pessoa na hora que ela vai administrar. [...] conversar com as pessoas. Eu tirei a medicação e aí acabou a minha responsabilidade, não a tua responsabilidade não acaba. (P3)

[...] e sempre atentas, pois, normalmente, são pacientes graves. Os enfermeiros estão sempre junto controlando as medicações novas, as vias de administração, a diluição, tudo. Sempre atentos e acredito que, por isso, os erros diminuem muito pelo papel do enfermeiro. O enfermeiro supervisionando diretamente. (P6)

De conversar com as pessoas, de não constranger. [...] conversar com o pessoal, os cuidados com a prescrição, ver bem as quantidades, para as gurias cuidarem as doses, a questão da seringa de um ml. A preocupação principal é de supervisionar o trabalho do técnico. (P8)

Aqui quase não acontece porque a gente está sempre muito em cima e a gente tem uma equipe boa, dificilmente de ter erro mesmo. Aqui é tudo pequeno, e tu tens que ficar em cima, cuidando, avisando: em tantas horas, em quantos minutos, presta atenção no que tu vais fazer. (P11)

[...] as gurias controlam direitinho e a gente fica em cima também, até porque não são muitos pacientes e tem como a gente fazer esse controle. (P12)

Por tratar-se de um hospital universitário, muitas vezes as prescrições dos medicamentos são realizadas por acadêmicos de medicina e administrados por acadêmicos de enfermagem. Nestes casos, os enfermeiros têm um cuidado redobrado, necessitando despender maior atenção em relação à prescrição e à administração por esses acadêmicos.

A gente lida com acadêmicos tanto da medicina quanto da enfermagem que, muitas vezes, podem prescrever incorretamente, ai tem que ter cuidado. A gente tem cuidado redobrado, muita atenção. (P1)

[...] quando tem acadêmico fica mais tumultuado o trabalho. Fica muita gente no posto. Então, é mais fácil de cometer um engano. Então, a gente dá uma repassada na prescrição para ver se não tem erro de cálculo de dose, de via de administração. (P2)

[...] nós trabalhamos aqui com residentes. Essas pessoas estão aprendendo. Então, nós temos que tomar cuidado pela nossa experiência, ver, detectar se aquela medicação está demais, está de menos, se aquele volume a gente acha que estão certos ou não e sempre confirmar. (P6)

[...] os alunos tinham muita dificuldade e até hoje ainda vejo que têm essa dificuldade em relação à quantidade de medicação, principalmente em micro doses [...]. (P7)

Referiram que os trabalhadores precisam tomar todos os cuidados possíveis para evitar erros, pois a maioria das drogas administradas na pediatria são as mesmas administradas nos adultos.

Um perigo muito grande, eu acho que é uma ocorrência muito séria que tem que ser combatida no dia a dia. Sempre tem que se tomar todos os cuidados possíveis. Principalmente em UTI neonatal e pediatria, porque a gente trata com um paciente que tem uma massa corporal menor. A maioria das drogas são as mesmas administradas em adultos. Então, tudo depende da reação que eles vão ter, tudo depende da dosagem que é geralmente pequena. (P10)

Outro cuidado relatado pelos enfermeiros é o de realizar o acompanhamento direto de todo técnico de enfermagem novo que vier a trabalhar no setor. Estes são supervisionados diretamente pelo enfermeiro que irá acompanhá-los, durante algum tempo, sanando suas dúvidas e verificando os seus desempenhos até que sejam considerados aptos para o desenvolvimento dessa função (de administrar a medicação).

Quanto a medicação: primeiro, certificar se este técnico tem a formação, se está preparado para trabalhar em pediatria. Quando vem uma pessoa que não está adaptada com pediatria a gente pergunta. Eu costumo perguntar se está habituado a fazer medicação, principalmente com volumes muito inferiores (0,08; 0,03), que normalmente são as dificuldades em pediatria. Então, a gente vai ali. Eu pelo menos fico de olho nesse auxiliar ou técnico, mesmo enfermeira se é nova. Se está comigo fazendo estágio, eu fico já de olho para ver se tem alguma dúvida e ver se ela realmente tirou a medicação adequadamente. Fico numa supervisão maior, mais atenta quando um profissional não está acostumado a trabalhar em pediatria. (P1)

[...] pessoas diferentes. A gente tem que estar mais atenta, até para ver se a pessoa trabalha direitinho, se conhece o que está fazendo, porque às vezes não conhece e não diz que não sabe. Outros já chegam e dizem que nunca trabalharam, não sabem como é. Ai tu acompanhas, tu ajudas, é tranquilo. (P2)

[...] medicação só o pessoal da unidade que já está acostumada e quando vem outro ele fica um bom tempo sem administrar. (P4)

[...] cuidado a gente tem com pessoas que vem de fora. Ai tem que ter uma supervisão maior, que pode induzir o erro na hora de preparar a medicação [...]. (P5)

[...] todos os funcionários que chegam, os novos funcionários são acompanhados por um período. Até se familiarizarem com os medicamentos que nós utilizamos [...]. (P6)

[...] agora tem funcionária nova, e eu estou sempre em cima. Eu nunca vou me esquecer de uma vez que eu vi que a pessoa não tinha noção nenhuma da diferença que existia entre uma escala unitária e uma escala binária e daqui a pouco tu vais fazer uma dose errada. (P8)

Quando tem funcionário novo ele acompanha outro funcionário. Mas no início da medicação nós é que acompanhamos eles. A gente fica fazendo junto, não larga sozinhos. Coloco primeiro nos cuidados e depois é que passam para a medicação e ficamos em cima. Porque, às vezes, eles vêm dos adultos e estão acostumados com doses grandes. (P12)

Mas é mais cuidado quando tem pessoas novas, dar mais atenção. (P13)

Na pediatria e UTI neonatal os enfermeiros optaram por eles retirarem a medicação, traduzindo a prescrição médica de forma que o técnico/auxiliar enfermagem a compreenda.

Na administração de medicamentos, primeiro tem que ter cuidado. A gente tira a medicação, aprazamos, retiramos, transcrevemos para outro papel, para o auxiliar/técnico de enfermagem fazer ou mesmo para o enfermeiro. (P1)

Bom a gente confere a prescrição, e tira a medicação que vai ser preparada. Então, muitas vezes, dentro do intermediário e do canguru quem prepara a medicação para ser administrada sou eu. (P3)

Bom, aqui na pediatria, quem tira a medicação é a enfermeira e quem administra é o auxiliar/técnico de enfermagem. Como a equipe que trabalha comigo, a que trabalha a menos tempo em enfermagem é 15 anos. Então, eu não tenho dificuldade em relação às medicações [...]. (P4)

Bem, aqui na pediatria a gente tem essa rotina do enfermeiro tirar a medicação num papelzinho, transcrevem, conferem e entregam para o pessoal [...] aqui na pediatria é o enfermeiro que retira a medicação, que transcreve [...]. (P5)

[...] porque aqui na UTI a gente não prepara a medicação, mas a gente tira. Toma cuidado para evitar que erros maiores aconteçam. Até as pessoas questionam porque o técnico/auxiliar de enfermagem não pega a prescrição e ele mesmo não tira? Não, a gente precisa saber. Talvez diminuindo o número de pessoas que lidam com a prescrição e também a experiência da gente, a continuidade de retirar aquilo, faz com que a gente aumente os horizontes, diminuindo a possibilidade de erros [...]. (P6)

O enfermeiro aqui chega e pega todos os papezinhos para dar para os técnicos [...]. (P9)

[...] tirar a medicação para os papezinhos também exige atenção. Embora tenha que estar alerta para o que está acontecendo na volta, [...]. (P10)

Aqui na pediatria a gente tem por rotina tirar a medicação, tira os papezinhos e passa para as gurias. Dali começa o primeiro cuidado quando a gente tira os papezinhos. (P11)

[...] a gente tem muito cuidado. É sempre a enfermeira que tira para ver que tipo de medicação o paciente está fazendo [...]. (P12)

Os técnicos de enfermagem referiram, que tendo em vista que na unidade quem tira a medicação é a enfermeira, eles costumam conferir a medicação tirada com a prescrição médica como forma de evitar um possível erro da enfermeira ao retirar a medicação.

Primeiro é assim, a enfermeira retira a medicação e eu sempre confiro, não que, principalmente se for enfermeira nova, que não é acostumada no setor, eu vou e olho a prescrição. Pode ser errado, elas se sentem constrangidas. E dizem que retiraram certo, mas é um costume que eu tenho, para não acontecer algum tipo de erro. Eu acho que esse é um dos primeiros cuidados. (P19)

Cuidado em observar bem a medicação que foi retirada naquele papelzinho, se eu estou no paciente certo, se a medicação que eu peguei é realmente a que está prescrita, se a dose é a certa quando tu estás preparando, e quando for administrar no paciente, também observar se realmente é aquele paciente, se é aquele leito. (P21)

Aqui a gente não tira a medicação da prescrição, a gente recebe os papeizinhos de forma pronta, mas as vezes quando eu fico na dúvida eu vou e olho a prescrição, confiro a prescrição. (P22)

A partir da prescrição médica as medicações de cada horário são transcritas, identificando-se o nome da criança e o leito, o nome da medicação, a dose, diluição e o horário a ser administrado. Os profissionais procuram cumprir todos os cinco certos preconizados para garantir que a medicação seja realizada de forma correta.

Sim, cuidar os cinco certos, ver se a via está correta, as condições do vaso, se é aquela medicação, o volume, tudo isso a gente tem que estar atenta. (P1)

[...] conforme a gente vai tirando a medicação, as gurias vão se organizando, mas sempre tendo o cuidado de conferir a dose, se está certa a diluição [...] prestar atenção se é a via de administração, porque as vezes até o último plantão estava EV e passou para VO ou vice e versa. Então sempre ter cuidado de conferir a via se mantêm a mesma. (P3)

Os cuidados que a gente tem, são os cuidados básicos, aqueles cinco certos. (P5)

Os cuidados no preparo, a medicação certa, a dose, [...] outra parte relacionada à administração, também é o acesso, qual é a via de administração na verdade se está correta, se está tudo direitinho. (P6)

Os cuidados que a gente sempre prioriza, que é identificar bem qual é o paciente, vem a questão dos cinco certos que a gente não pode descuidar: o nome do paciente, a via correta, a dose correta, o horário correto. Que são os cuidados básicos na administração dos medicamentos. (P7)

[...] quando a gente faz alguma medicação, os cuidados são aquelas coisas básicas, o paciente correto, a via da administração [...]. (P8)

Principalmente a dose e a medicação certa. (P9)

[...] tem que prestar bem atenção para que não haja falhas na questão da identificação do paciente, leito e nome, nome da medicação, apresentação da medicação, diluição, dose que vai ser administrada, horário e via. (P10)

O nome da medicação, a diluição, a concentração, tem que prestar muita atenção. (P12)

Os cinco certos, a gente vê a medicação, qual é a via, o nome do paciente. (P15)

Eu cuido para ver direitinho, qual é o paciente, a dosagem, se o medicamento está ou não vencido, porque aqui a gente redilui, as vezes pega da geladeira, se está bem feitinho, se foi bem anotado, se está na temperatura. Na hora de administrar, se é o paciente mesmo, se é a via certa, em quanto tempo eu vou passar, a rediluição. Se o acesso está bom. (P17)

Sempre me certificar que é a medicação certa, se a dose está certa, e muito cuidado porque a gente lida com doses mínimas, então tem que ter bastante

cuidado com o preparo e na administração, cumprindo todos os protocolos de tempo, eles são muito pequenos (as crianças), são prematuros extremos e tem que respeitar, porque qualquer erro pode ser fatal. (P18)

[...] se o acesso está correto, se é pela boquinha, se a mãe precisa de ajuda para dar, se a criança não aceita. A via de administração. Outras vezes é por sonda e vem como VO. O acesso não está bom, tem que verificar o acesso. (P19)

Os cinco certos, o paciente certo, a medicação certa, a via certa. Todo o cuidado é muito importante. Seriam esses os cuidados básicos. (P21)

Verificar sempre os cinco certos, porque a gente sempre acha que não vai precisar depois, mais é uma coisa que vira rotina, que tu acabas olhando no automático. (P22)

Tem sempre que cuidar aquilo que a gente aprende tanto no curso técnico como na faculdade, os cinco certos, e agora são mais certos (9). (P23)

Outro cuidado referido é guardar os papéis em que as medicações foram transcritas para checar a medicação administrada na prescrição médica, evitando de se esquecer de administrar alguma medicação.

Uma coisa que a gente faz é guardar os papeizinhos da medicação administrada durante o turno. A gente tem que conferir. (P3)

[...] aqui na NEO a gente costuma guardar os papeizinhos das medicações. A gente guarda os papéis e confere no outro dia. Então, a gente utiliza o mesmo papel e confere. Olha o item 1, vamos supor, a medicação X. então a gente consegue relacionar. A, não, no outro dia a dose estava diferente. Então, a gente tem como comparar, porque muitas vezes a gente olhando percebe que o paciente estava com uma medicação e hoje não. (P7)

Cada medicação administrada é registrada na planilha de cuidados realizados da criança e assinada por quem administrou. Este cuidado garante que se saiba exatamente que medicação foi realizada em cada criança e em que horário.

Um cuidado a mais que foi instituído e que eu acho assim, que é muito válido. Tu tens como conferir ali na planilha que medicação foi administrada em cada horário e seu volume e via. (P3)

A gente tem por rotina aqui no setor registrar na planilha das crianças, a medicação que foi oferecida pelo item que ele colocou na prescrição. Então, todas as folhas das crianças constam: O volume e o item, tu sabes que, por exemplo, aquele 0,3 ml corresponde a uma Ranitidina, então isso é uma coisa que até um tempo atrás a gente não tinha e hoje a gente tem. (P3)

[...] a gente também coloca o item da medicação agora, que é o item do lado da prescrição, porque se alguém precisa, na nossa prescrição de enfermagem eles colocam a dose da medicação e o item. Através daquele item eu vou saber que medicação está sendo feita na criança e qual a dose. (P9)

Agora, quando eu tiro a medicação tem que colocar o item que o médico colocou. (P12)

Tendo em vista que são colocadas várias seringas na mesma bandeja, para evitar que elas se misturem, realizam três cuidados que foram relatados como importantes: rotular a própria seringa com o nome da medicação, colocar as medicações de cada paciente em uma bandeja e nunca levar uma seringa com medicação VO protegida com agulha, e sim colocada dentro da própria embalagem, evitando o erro de via de administração.

Eu sempre rotulo quando eu saio com mais de uma seringa, na bandeja, eu sempre rotulo o que eu estou levando, esse é um cuidado que eu faço sempre. (P16)

A gente administra muita medicação VO dentro de seringa, não levo com agulha, nunca. Isso sempre é um cuidado que eu tenho. (P16)

Outra coisa que eu faço é separar, porque aqui a gente fica com mais de um paciente. É separar por leito, aí prepara para a próxima hora de administrar. (P22)

Várias medicações possuem nomes parecidos e podem ser guardados no box do paciente, um dos cuidados é ler o rótulo com atenção, garantindo que o paciente receba o medicamento correto.

Principalmente em ler sempre, isso eu aprendi no curso de auxiliar de enfermagem. Eu leio sempre, justamente para não errar. Porque acontece de colocar medicação em box, e as vezes tu vais procurar Dipirona e tem outra medicação que não é a Dipirona. Então é importantíssimo ler. (P20)

Checar a validade da medicação é um dos cuidados de enfermagem referidos tendo em vista que medicações vencidas podem ter seus princípios ativos alterados, não apresentando os efeitos esperados ou até mesmo apresentando efeitos adverso.

[...] a validade, porque a gente tem aqui o carro de urgência. Então, o pessoal revisa as medicações vencidas para se trocar na farmácia. Às vezes, já mandam medicações quase expirando o prazo de validade. A gente sabe que tem um prazo. Então, são os cuidados que tem que ter. (P6)

A questão da validade das medicações. (P8)

[...], mas aqui é mais a validade das medicações mesmo [...] A gente tem o cuidado no controle da validade das medicações, porque geralmente são as gurias que fazem. (P11)

[...] as validades. A gente pede para as gurias olharem bastante. (P12)

Outro cuidado referido pelos enfermeiros é relativo com a manutenção da temperatura adequada para o armazenamento e a administração dos medicamentos.

Como a gente está vivenciando um momento, que algumas medicações têm que ser mantidas em geladeira até um tempo antes a gente tira a medicação e cuida o horário. Não deixa mais a bandeja pronta. Porque preparar a medicação e deixar a bandeja ali dentro da geladeira é um risco que a gente corre de estar fazendo uma atividade e outra e acabar se perdendo no horário. Então, com a bandeja ali a vista se sabe que está ali e que tal horário vai ter que preparar a medicação. Então, a gente chegou à conclusão que é mais prudente fazer isso. (P3)

Os pacientes pediátricos costumam usar doses muito pequenas de medicação. Assim, erros de dosagem podem trazer sérias consequências para a criança, ocasionando grande preocupação para os profissionais de enfermagem. Nesse sentido, um dos cuidados referidos é relativo ao cálculo milimétrico das doses a serem administradas e o uso de bombas de infusão para garantir a administração da dose correta.

[...] aqui as questões das doses são muito pequenas. A gente tem bastante cuidado, se as doses estão certas. [...] tem que saber se os miligramas estão certos. (P8)

E a gente vê a dose, porque aqui na UTI NEO as doses são micros. Às vezes, então, tem que ver a dose. A dose tem que ser muito bem cuidada. (P9)

[...] ter a dose correta, não fazer aquele joguinho de cintura, um pouquinho a mais ou um pouquinho a menos não vai fazer a diferença, a dose tem que ser a mais correta possível [...]. (P10)

[...] aqui dentro a gente trabalha com tudo minucioso, a quantidade está certa, o volume está correto e o cuidado com a bomba de infusão, porque aqui quase tudo é em bomba de seringa e ter cuidado também no momento da instalação para ver se eu coloquei o volume certo e os ml/h que eu precise que passe, porque aqui é muito comum uns serem em 10min, outros são 15min e outros em 1h, então a gente tem que ter cuidado, (P23)

Outra preocupação na área pediátrica é a diluição das medicações e o volume a ser administrado, pois volumes aumentados podem ocasionar hipervolemia, podendo ocasionar insuficiência cardíaca e renal. Assim, um dos cuidados é diluir cada medicação em suas quantidades corretas.

[...] diluição, diluente, se o volume da diluição está correto. São itens que a gente tem que levar em conta. (P6)

[...] cuidado com a diluição, de diluir no diluente correto, se é água ou se é soro, diluir nas quantidades corretas [...] se aquele volume é o volume realmente adequado para aquele tamanho de criança. (P8)

A diluição, de como tu fazes a diluição de cada um que é diferente. Ver a concentração se é a mesma que está na prescrição. (P9)

As diluições, quando eu tiro a medicação, eu já coloco a diluição sempre do lado para não ter problema. (P12)

[...] diluição. Às vezes, ainda se tem muita dúvida quando aparece um medicamento novo. Surge a dúvida de em quanto se dilui, em que se pode diluir, sempre que aparece medicamento novo surge essa dúvida. (P13)

[...] é mais fácil fazer em dez, mas não é o teu rim, não é o teu fígado, não é o teu organismo que está sobrecarregado que vai ter que dar conta de metabolizar tudo aquilo ali e botar fora. Então muitas pessoas não querem fazer porque dá trabalho a daí ocorre o erro (P23).

A velocidade da infusão das medicações é uma preocupação da equipe de enfermagem, pois se a medicação for infundida muito rápido pode ocasionar dor, e alteração da parede do endotélio.

[...] a gente toma bastante cuidado. Tem medicações que não podem ser passadas correndo, por exemplo, uma Vancomicina que é a mais dolorida. Daqui a pouco tu tens que passar em uma hora, e a criança continua com dor e tu tens que passar em mais tempo. (P8)

Vancomicina é uma das rainhas de ter reação. Então durante a administração tem que ser diminuído o ritmo e, às vezes, até parar, ser mais diluído, ter um cuidado especial por causa das reações que o paciente apresenta. Às vezes, até depois que está terminando a medicação. Então, é bem complexo o processo inteiro. (P10)

Crianças, principalmente da UTI, necessitam receber uma diversidade de medicamentos. Alguns deles podem ser incompatíveis entre si, e um dos cuidados na administração de medicamentos é que não sejam administrados nos mesmos horários e que antes e após a sua administração, seja administrado soro entre as medicações para evitar, principalmente, a precipitação e a formação de trombos ou êmbolos.

[...] outra coisa que acontece muitas vezes é aquela questão da compatibilidade. Tem no posto da UTI um quadro bem grande de medicações compatíveis, o que é viável, o que não é viável passar na PIC. Então, isso é uma coisa que tem que prestar atenção. (P3)

Outro cuidado na administração são as incompatibilidades. De cuidar o soro que a criança está recebendo. Porque às vezes tem Gluconato de Cálcio que

é incompatível com um monte de coisa. A Dopamina, os lipídios, isto a gente tem que estar bem atento. (P8)

[...] o tipo de medicamento, muitas delas estão fazendo, às vezes, duas medicações juntas. Então, tem que ver se são compatíveis ou se não são compatíveis. (P9)

[...] tem que ver muito a questão da compatibilidade entre o que está sendo administrado, com as soluções que estão dentro dos equipos. Se alguma medicação é incompatível de certa via, a gente tem que saber. (P10)

[...] a gente vê os aprazamentos, vê as incompatibilidades. Tem certas medicações que não podem fazer, tem que puncionar outro acesso, que não pode ser feito no mesmo acesso por causa da incompatibilidade. O Fungison tem que ser feito em veia separada, não pode ser junto com nenhuma outra medicação. (P12)

[...] no momento da administração, se eu preciso fazer alguma lavagem com soro fisiológico antes da medicação eu faço com soro para não haver mistura dos medicamentos. (P23)

A boa condição da rede venosa é importante para a administração da medicação, por isso os cuidados realizados na manutenção do acesso venoso periférico ou central relacionam-se ao uso de seringas adequadas e da manipulação adequada dos materiais e equipamentos com vistas a evitar a perda do acesso venoso e a sua contaminação. Cuidam, também da lavagem das mãos antes e depois dos procedimentos.

[...] a questão dos acessos centrais de usar o tamanho das seringas corretas na hora de administrar a medicação. (P4)

Também se é um acesso venoso ou se é um acesso central, se está em boas condições. (P6)

[...] e outro cuidado que para nós é muito importante é a via, se está permeável, a punção está bem, está bem feita. Para não ocorrer nenhum extravasamento. Porque a maior parte das medicações que a gente usa, principalmente os antibióticos, são muito irritantes para o endotélio e causar lesão com necrose. (P10)

Primeiro passo é na preparação do medicamento, buscar não contaminar a seringa e a agulha que eu estou fazendo a aspiração desse medicamento, também cuidando para não contaminar o local do acesso venoso. Outro ponto para não haver a contaminação é a lavagem das mãos antes de tudo, sendo isso o principal. Antes de preparar a medicação, administrar e retirar a medicação [...], porque a gente sabe que é através das mãos que ocorre (P23).

O fato dos profissionais da equipe de enfermagem atuarem no setor já há algum tempo apresenta-se como importante na identificação de possíveis erros. Assim, quando atuam na unidade profissionais que não conhecem a rotina do setor ou não tem prática em pediatria a possibilidade de erros na prescrição e administração de

medicamentos aumenta. Ter profissionais experientes e que atuam a mais tempo no setor, atentos a essa possibilidade, minimizam os riscos as crianças.

Muitas vezes, o que acontece, a gente tem médico, principalmente em intermediário e canguru, que não são médicos de rotina daqui. Às vezes, eles vêm fazer uma folga, são plantonistas de folga, digamos assim. Então, eles vêm e prescrevem conforme a rotina de outra unidade ou de outra instituição. Os que vêm de Pelotas tem uma diluição padrão que difere da nossa. Então, isso é uma coisa que a gente já está mais tempo aqui, e tu já te das de conta. Ai tu ligas e perguntas se, realmente, é isso ou não é. Porque tu estás mais acostumada. Então, isso é uma coisa que a gente tem que prestar atenção, porque se tu não te das de conta disso, tu copias aquilo ali e a criança vai acabar recebendo uma dosagem errada. (P3)

Se eu tenho um profissional que está aqui para fazer uma folga, um atestado, que não é daqui a gente procura estar junto, quando vai, às vezes, dobrar a medicação para passar em bomba, sempre ter o cuidado de reforçar isso para aquela pessoa que vai preparar. (P3)

Todas essas coisas têm que ter cuidado, mas as vezes, pode até acontecer de eu tirar uma medicação, eu não preparo eu só tiro o papelzinho e aí elas já estão tão acostumadas e dizem que acham que não é aquilo ali, porque na prescrição anterior estava tal coisa. A gente confere e vê que realmente mudou e que, a partir de hoje, a dose é diferente, elas são bem ligadas nisso aí [...]. Às vezes, até corrigem alguns erros que viram na prescrição, com o médico. Dizem: Olha acho que isso não pode ser. Então, a gente fica bem tranquila, não tem dificuldades com relação à medicação com elas não. [...] além do que as gurias que trabalham comigo, só tem uma que não é enfermeira. Então, assim, uma é formada e tem duas que estão se formando. É um pessoal bem capacitado.(P4)

Acreditam que, quanto mais prática na administração de medicamentos, mais facilmente identificam os erros, garantindo mais segurança na administração de medicamentos.

[...] eles questionam todos nós quando tem dúvida. Claro, a gente está bem interada. Então, é bom e eu acho excelente. (P1)

[...] as pessoas que estão aqui já estão há muito tempo. Então, mais ou menos a gente já se sente habituada e com aquele ritmo ali. (P3)

[...] normalmente as pessoas que trabalham aqui na UTI NEO trabalham há muito tempo. Tem gente que tem 20 anos. As mais novas têm três, quatro anos. Então, com o tempo e a repetição, acredita-se que esses erros vêm diminuindo drasticamente. (P6)

[...] a gente vê é que algumas coisas acontecem quando vêm pessoas de outras unidades para cá, essas questões das medicações da diluição mesmo. [...] Aí acontecem alguns erros na administração das medicações. [...]. Então a gente tem que ver isso aí. (P15)

Aqui na Unidade de Pediatria o erro de medicação, são casos bem isolados, geralmente acontecem com quem não está bem habituado ou são pessoas novas que passam por aqui esporadicamente, [...], o cuidado que o profissional que trabalha com medicação pediátrica tem que ser redobrado, [...] tu vais identificar quando uma coisa não está muito apropriada, as doses

tu sabes que é por quilo, tu identificas, é tantas gotas para uma criança [...]. (P16)

Referiram o cuidado de não usar a medicação que sobra no frasco ampola no caso em que tenha dúvida quanto a integridade da proteção do frasco após a administração.

A medicação fica protegida. Agora tem vindo uns descobertos, que elas disseram que não precisa mais. Então na dúvida, a gente administra e joga o resto fora, não faz mais o restante. A gente não fica com ele ali. (P19)

Os enfermeiros também relataram a importância de quando chega da farmácia uma medicação com a concentração diferente da usual, de avisar a toda a equipe.

Outra coisa que a gente percebe, o frasco, foi uma coisa que até aconteceu há pouco tempo. A gente recebia um antibiótico geralmente num frasco de uma grama. E um dia eu tirei a medicação e fui preparar, e peguei o frasco e fui conferir e o frasco estava vindo na dosagem de quinhentas miligramas. Tinha sido diluído na diluição padrão, uma grama para quatro, ou seja, a criança recebeu durante o dia a metade da dose. Aí nós guardamos o frasco, não para mostrar que o outro errou, mas para mostrar assim que as pessoas prestem mais atenção, porque na verdade para fazer aquela uma grama, precisa de dois frascos, ou diluir aquele frasco na metade, para não sobrecarregar a criança com a medicação. (P3)

[...] a Ampicilina agora não é mais de uma grama em cinco. A farmácia está mandando de quinhentas. Então, a gente vai se informando e vai passando uns para os outros para evitar que na continuidade daquela medicação, que sempre foi de uma grama, a gente tem que diluir menos. Então, faz-se essa comunicação dos enfermeiros e passa para os técnicos para evitar que o paciente receba menos ou mais medicações. (P6)

Cada medicação nova que existe uma informação nova, vai se passando para os grupos, para os enfermeiros dos turnos, olha essa medicação mudou assim e ela tem a tarefa de divulgar para os seus funcionários. (P6)

Então, chamar a atenção, de falar para os funcionários, de falar para todo mundo, para toda a equipe, de passar de turno para turno, ressaltando que agora está vindo de forma diferente, que tem que prestar atenção na diluição, ou vamos supor uma medicação muito parecida com outra, que eu comentei também, parecida, olha presta atenção as duas medicações são muito parecidas. (P7)

Foi passado para todas as enfermeiras sobre a mudança dos miligramas da medicação e a forma correta da diluição. Porque às vezes tem medicação que está de uma grama, só que é diluído em quatro ml, por exemplo, só que veio medicação de quinhentas miligramas. Então, tu tens que diluir com a metade. O cuidado que a gente tem é de avisar a todos os turnos, olha só tem essa medicação que tem uma certa dose e tem que diluir em tal, então a gente tem esse cuidado. (P9)

Tomam o cuidado de armazenar medicações que possuem rótulos parecidos bem separadas das outras. Precisam estar cientes das medicações que possuem frascos parecidos para diferenciá-los, sugerindo o uso de cores diferentes. Alertam a todos para que prestem atenção na hora de pegarem as medicações para que não haja erros.

[...] então vamos procurar deixar elas bem separadas uma das outras a prestar bem a atenção na hora que for pegar, um alerta, de uma comunicação de todos os funcionários de uma maneira geral. (P7)

[...] tem embalagens muito parecidas e pode acontecer. Gluconato com Sulfato de Magnésio perto, é quase igual. A cor, tudo muito parecido. [...]. Eles mudaram por causa dos frascos (local). [...] aí eu falei, coloca cor diferente. [...] o rótulo do frasco tem que ser diferente, bem diferente. (P17)

Então tu olhas mesmo, sempre é um toque já. Os frascos não serem parecidos ajuda bastante. Oscitocina e heparina são frascos gordinhos, baixinhos com rótulos vermelhos, daqui a pouco tu te perdes, acha que é uma Heparina e está fazendo uma Oscitocina. Então tu olhas uma, duas, três vezes para ter certeza. (P18)

Acho que o armazenamento de medicações, uma identificação bem ampla de algumas medicações para gente ter um cuidado, uma identificação das medicações e os rótulos bem visíveis. (P21)

Outro cuidado relatado é que havendo qualquer dúvida referente à prescrição, deve-se chamar o médico para saná-la e só após administrar a medicação.

Confere se tem alguma dúvida, chama o médico, confere com ele. Às vezes tem algum engano. A gente dá uma conferida na prescrição passa para as gurias, normalmente elas têm experiência. Quando veem alguma coisa diferente, que chama a atenção, elas vêm conversar com a enfermeira, e a gente também conversa com o médico. (P2)

[...] quando a gente vê a dosagem, alguma coisa que não está batendo, a gente vai, procura, liga para o residente para conferir. (P4)

[...] todos somos passíveis de erro, inclusive o médico, o fato de ele ter calculado e prescrito não quer dizer que ele está exatamente certo. (P10)

[...], mas quando tem dúvida a gente sempre pergunta e aí eles vêm calculam e dizem se é aquilo mesmo ou não. (P11)

A medicação quando é prescrita leva em conta vários aspectos da criança como peso e a idade. A partir destes aspectos é possível identificar possíveis erros como, por exemplo, a dose e o volume a serem diluídas as medicações. Quando o enfermeiro revisa a prescrição ela reconhece possíveis erros.

A gente normalmente tem uma ideia da idade da criança, do peso, para ver se está de acordo com aquela dose, a quantidade de remédio que vai ser administrada. O enfermeiro quando tira a medicação, dá uma conferida, conhece aquele paciente pelo peso, aquela dose ou na prescrição anterior estava uma coisa e na prescrição de hoje estava outra. (P2)

[...] então a gente tem que conferir, não exatamente o cálculo, mas a gente acaba vendo, mais ou menos assim, que para determinado paciente, determinado peso, se aquela dose está compatível ou não para o tamanho do paciente. Então, desde que recebe a prescrição tem que ter um cuidado muito grande, tem que conferir. (P10)

Identificam que o momento do preparo e administração dos medicamentos é muito especial. Necessita ter atenção redobrada e procurar não se distrair, ter conhecimento acerca de cada medicação para evitar riscos na sua administração e responsabilizar-se pela realização de todo esse processo.

Atenção é o que tem que ter, atenção, atenção. Naquele momento da administração não pode estar falando com outras pessoas, tem que estar concentrado. Isso é fundamental e na hora da administração também. (P1)

[...] e na realidade, o cuidado que tem que ter é atenção, muita atenção no que tu estás fazendo. Não pode se distrair, não ficar olhando. Ser conhecedor de todos os riscos e potenciais dos problemas que possam surgir em cada uma das fases da medicação, estar prestando a atenção e ser responsável por aquilo que está fazendo. (P10)

É o cuidado sobre tudo que é realizado, tanto na diluição como na administração e também na via. (P13)

Tem que ser feito com cuidado, com tranquilidade, sem pressa e ir revisando, olhando várias vezes para ter certeza [...]. Eu quando faço, não posso falar com ninguém, eu digo, nem falem comigo, concentração. Têm que fazer com muito cuidado. Muito foco. (P18)

Ao chegar ao leito os profissionais de enfermagem buscam certificar-se do nome da criança que vão medicar, pois é comum as mães mudarem as crianças de leito, podendo induzir ao erro.

Às vezes, tu estás tão assim, que tu marcas a letra e acha que é aquela criança e não é mais. Então, eu procuro sempre colocar o nome da criança, não é só colocar o leito, ainda colocar o horário, colocar tudo, o nome da medicação, a dosagem, no que tem que ser diluído [...]. (P3)

Porque aqui tem crianças que estão no leito, como crianças que estão no leito de outras crianças, então tu tens que chegar e questionar, as mães também deixam as crianças com outras mães, então tu tens que chegar e perguntar qual o nome do fulaninho para ter certeza que é a criança que tu tens que levar a medicação. Então são cuidados que tu tens que tomar, porque as vezes tão no corredor tudo junto, então para e pergunta quem é a criança e o familiar dele para ir junto fazer a medicação. (P15)

(...) outra coisa que eu tenho sempre que fazer é chegar falando o nome da criança, ou o nome da mãe, quando ela ainda não está registrada, porque se

eu errar, às vezes o paciente ou o acompanhante pode identificar que estou errando. São três coisas que eu faço, que eu tenho que fazer sempre. (P16)

[...] a gente vê bem assim, para na hora da medicação as crianças estarem nos seus leitos, nos seus quartos para não ter essa dúvida que uma criança está no quarto do outro, a gente tenta na hora da medicação dizer que é hora do remédio, e eles já vão para os seus quartos, para os seus leitos. (P17)

Tenho que me certificar que o leito está certo, se o nome está certo, porque as vezes elas trocam de leito, as mães, por conta delas. Deu alta numa cama maior e ela está numa cama menor, ela troca por conta dela. Ai quando interna outra, já interna no outro leito errado, na internação fica um leito, e a gente chega lá e está em outro. E sempre tem que perguntar, porque elas estão sempre fazendo. Aqui na pediatria acontece sempre. Eu acho que é basicamente esses dois. (P19)

4.3 Percepções dos trabalhadores acerca dos tipos de erros de medicação conhecidos

O erro na unidade de pediatria ou UTI neonatal sempre é considerado grave, pois crianças reagem de forma mais exacerbada, sendo mais difícil evitar os seus efeitos e consequências, todo o erro de medicação deve ser avaliado da mesma forma, independente da medicação que foi utilizada.

Só que é tão grave, tão grave, por isso é que a gente é tão responsável. O nosso trabalho é de tanta responsabilidade entende. [...]. Mas tem dias que tu estás desatenta. Faz parte do ser humano a desatenção. Claro que é gravíssimo, entende, tomara que cada dia que eu saia daqui não tenha nenhum erro com ninguém. Eu acho assim, que nós temos que trabalhar com responsabilidade. Qualquer área em que tu trabalhes, principalmente na área da saúde, que envolver medicamentos, prescrição. (P1)

Bom, como todo lugar, é um erro muito grave. O metabolismo da criança é muito rápido. Então, às vezes, quando tu te dás conta, pode ser tarde demais. (P3)

Bem mais grave, eu acho. Não que adulto não seja. É também, mas na criança as reações são diferentes. (P4)

Acho que quando acontece é uma coisa muito perigosa, caso aconteça tu arriscas a vida do próprio paciente se tu fizeres. Tem coisas que tu não podes voltar atrás. Então, o cuidado é o máximo que se tem, e o pessoal de pediatria. Eu acho que tem isso na cabeça sempre, de que realmente a medicação é muito importante aqui. Eles são sempre muito cuidadosos. O erro é uma coisa inerente à ação. Como a enfermagem é uma profissão de rotina, repetitiva, pode ocasionar isso. Não é que seja tolerável. O que não se tolera é a negligência, ai sim, fazer de qualquer jeito, tu fazeres sem ter atenção nenhuma, medicar sem ter atenção nenhuma, simplesmente não acontece, nossos profissionais tem esse cuidado. (P5)

[...] então a UTI neonatal e pediatria são dois setores muito delicados. A gente tem que procurar evitar o erro. Claro que a gente sabe que infelizmente os erros vão ocorrer, mas a gente tem que procurar o máximo evitar. [...] tem que evitar, tem que fazer de tudo para evitar, para que não ocorra um dano

maior, por lidarmos com seres tão pequenos, tão indefesos. Eu acho importante, tem que evitar. (P7)

Eu acho que é muito grave, ele pode ser fatal. (P8)

Às vezes, o estado deles é grave e a gente usa doses que são, por exemplo, o máximo que eles poderiam fazer daquele tipo de medicação. Se a gente extrapolar um pouquinho, tu já passasses do máximo e aí os efeitos tóxicos podem ser letais, porque o organismo deles tem um equilíbrio muito harmônico, e no momento que alguma coisa interfere, alguma coisa desequilibra em que vários órgãos sejam envolvidos. (P10)

[...] então é bem grave mesmo [...], mas é uma coisa muito grave com certeza. (P12)

O erro pode ser fatal, principalmente na Neo. (P13)

Eu acho que é mais grave, dependendo do que é, o erro de dose, um erro de paciente, paciente de 2,3 kg de peso, a dosagem é muito maior, a não ser que tu de uma dose pequena que no grande não vai fazer efeito. (P17)

Eu acho grave, porque é criança, a dosagem é outra, é mínima, é um erro grave sempre. Por isso que tem que se ter cuidado sempre, porque depois não adianta porque pode ser tarde demais. A consciência depois vai pesar, porque se fosse teu filho, então tem que ter muito cuidado. (P18)

Eu acho que todo o erro de medicação é grave, [...], tu podes até errar em alguma outra coisa, mas quando se trata de medicação, principalmente endovenosa, todo o cuidado que a gente tiver é pouco. Ver, rever, revisar. [...] quando se trata de criança o cuidado deve ser maior. (P21)

Eu acho que todos os erros têm importância. Acredito que eles têm a mesma importância para serem tratados da mesma forma, [...], não que eu ache, porque tu fizeste uma dipirona errada, vai ser menos grave que tu fizeste uma morfina, mas a morfina é muito mais grave, [...]. (P23)

A temática erro de medicação ainda é vista como um tabu, sendo que a pessoa que erra é avaliada como negligente, incompetente, sendo julgado pelos próprios colegas pelo erro cometido.

O erro de medicação dentro da enfermagem, ele é um tabu. Porque a pessoa erra, o tratamento para ela na hora do erro é quase como um crucifixo, uma crucificação em praça pública, então o profissional quando erra, muitas vezes a tendência dele é tentar omitir ao máximo o erro dela. Porque ao invés de ser apoiado, não é isso que acontece, é exatamente ao contrário. Uma coisa que tem que acontecer é quebrar esse tabu de que esse profissional que errou ele é burro, ele é incompetente, que ele é desatento, [...] (P16).

[...] erro na administração de medicamentos é uma coisa assim, quando se sabe que o colega cometeu o erro, [...], aquilo vai ser espalhado aos quatro ventos, ele vai ser apontado, ele vai ser trocado de setor, ele vai receber advertência. Eu acho que isso acontece sempre, as pessoas escondem os erros, [...], porque tem muitos milhares de erros que são escondidos a partir desse princípio que tu vais ser crucificado, tu vais ser processado, tu vais ser apontado, [...], muitas vezes o profissional só aparece quando ele erra. [...], o que eu acho é que não pode acontecer, é o nome desse profissional, bons funcionários, que trabalham e se dedicam a unidade, rolando, falando como se a pessoa fosse o pior funcionário, e não é, porque ele cometeu um erro. O reconhecimento do profissional a partir de um erro. Aqueles outros trinta anos

que ele trabalhou na vida, que ele fez tudo certinho, não apareceu, foi tudo por água baixo, a partir de um erro (P16).

Um participante referiu que a punição deve acontecer nos casos graves.

Eu acho que se o erro existiu, não adianta punir, a não ser que seja algo muito grave e infelizmente tenha levado o paciente ao óbito e que tu não vais conseguir segurar isso, [...] (P23).

Referiram que a ocorrência de um erro de medicação deve ser valorizado e servir de aprendizagem para evitar sua recorrência, por isso todo o erro precisa ser comunicado.

[...] eu acho que tudo deve ser valorizado, todo erro a gente aprende, as pessoas ficam achando que é para condenar, não é para condenar, é conversar, [...]. Então, eu acho que é sempre útil a gente conversar a respeito, porque dificilmente alguém na vida não tenha errado. Em algum momento a gente erra, a gente se engana, ou num cálculo e aí que bom que o outro se deu de conta, que alertou. (P2)

Eu acho que a gente tem que ter a consciência de sempre comunicar. (P8)

No entanto um auxiliar/técnico de enfermagem participante referiu que nada é feito frente ao erro e que o mesmo precisa ser trabalhado com todos para não se repetir.

[...] eu te digo que em relação a isso, não é nada feito nada, [...] eu acho que precisa ser trabalhado isso, com todo mundo. As vezes a gente sabe de absurdos por aí, e a gente não consegue entender como ninguém faz nada sobre as coisas que acontecem [...]. (P23)

Frente ao erro sugerem como alternativas propiciar a reciclagem, acompanhamento psicológico, a certeza de que se informar o erro não será punido e que a criança vai ser avaliada com vistas a amenização do erro.

[...] receber uma reciclagem, chamar um psicólogo para saber como ele está se sentindo, levantar a autoestima dele, mostrar para ele que ele cometeu um erro, porque ele é um ser humano, que talvez esteja sobrecarregado, o que levou ele a cometer esse erro. [...]. A pessoa que erra tem que ter a segurança que ela vai conversar com o enfermeiro ou com o líder, ou com qualquer outra pessoa e que ela não vai ser punida, [...] (P16).

4.4 Erros na administração de medicamentos vivenciados pelos participantes do estudo

Um dos erros identificados pelos trabalhadores é em relação à diluição dos medicamentos. Referiram que quando a medicação é diluída num volume errado, a dose da medicação a ser administrada pode ser maior ou menor a realmente prescrita.

Este fato pode ocorrer do volume de medicação diluída ficar no equipo da bureta e não ser infundido. Referiram que este erro pode ocorrer também por se sentirem confiantes e seguros na administração dos medicamentos.

[...] vivenciei fazerem o volume inferior ao prescrito, pois a medicação ficou na bureta, isto altera a dose da medicação. (P1)

Então, isso é uma coisa que às vezes acontece. É tão habitual para ti pegares o frasco e diluir, que as pessoas não conferem mais. Isso foi uma coisa que me chamou bastante a atenção, porque eu peguei, olhei o rótulo de quem preparou e estava ali: uma grama em quatro. [...] se torna tão rotineiro que tu vais te sentindo confiante, que perde aquela capacidade de fazer os teus olhos prestarem mais atenção, é automático: se é uma grama é um frasco, se é duas gramas continua sendo um frasco. Então por exemplo, a Cipro geralmente quando passa são dois frascos e aí os pacientes perguntam porque que agora tu vai fazer dois frascos se sempre eu faço um só. Então esses erros muito comuns acontecem com certa frequência e continuam acontecendo. (P3)

Às vezes, acontece e, agora, tem acontecido já mais de uma vez. A Cefotaxima que é prescrita de um grama estava vindo de quinhentas. Está acontecendo muito da pessoa pegar a ampola e não ver que ela era de quinhentas. Então, se ela era de quinhentos, ela tinha que ser diluída na metade do que era diluída a de uma grama. Isto estava acontecendo bastante aqui na unidade apesar dos bilhetes, apesar de passar para todo mundo, a gente ainda está pegando Cefotaxima de quinhentos diluída em quatro, não em dois. A criança acaba recebendo a metade da dose. (P8)

A dose, mais a diluição tu tens que cuidar muito, porque tu podes dar o triplo da medicação, tu podes dar bem mais ou bem menos. [...]. Principalmente a diluição da medicação. (P9)

[...] uma coisa mais grosseira que pode ser vista nessa fase é algum engano em termos de diluição, são os erros mais comuns que acontecem. (P10)

Fazer medicação com diluição errada. (P11)

Diluição, às vezes, a criança vem da cirurgia, vem da traumatologia e eles fazem diluição de adulto, a diluição de criança é diferente. Aí a gente olha e essa não pode ser assim. [...] às vezes eles colocam direto, tem que ser rediluído, tem que ser passado em Microfix. (P19)

Outro erro relatado pelos participantes do estudo foi a dose da medicação a ser administrada na criança. Justificam tais erros devido às diferentes apresentações dos medicamentos adquiridos pela farmácia do hospital. Com o mesmo rótulo, pois a mesma medicação ora tem uma apresentação ora outra, sendo necessário que sejam diluídas em diferentes volumes, podendo confundir os profissionais. Outra justificativa para esse erro é por precisarem administrar doses muito pequenas de medicamentos, podendo induzir os trabalhadores a erros durante o seu fracionamento.

[...] com aquelas dosagens muito pequenas, mas o que acontecem, assim, porque aqui é 0,005 e na hora de aspirar tu aspiras 0,5, isso é uma coisa que as vezes acontece, tem que prestar muita atenção. (P3)

[...] erro na dose. Não liam as apresentações das medicações, e aí era uma medicação que pedia trezentos miligramas e elas faziam quinhentas. (P4)

[...] vamos supor que uma medicação X que costuma vir da farmácia de um grama que é diluído em quatro ml, e aí muda, essa mesma medicação começa a vir de quinhentos miligramas para ser diluída em dois. Mas o pessoal está tão acostumado a diluir um grama em quatro, que acaba vindo essa medicação e acaba fazendo uma dose errada no paciente, no caso da criança. [...] A gente vê muita dosagem errada até porque as doses com crianças são pequenas. Na maioria das vezes, são micro doses. Então, o pessoal que está começando tem um pouco de dificuldade de medir a quantidade de ml. (P7)

A eu acho que aqui as doses são muito pequenas, até se tu pegares uma seringa de um e se tu não cuidares que a seringa é de escala unitária ou binária, tu vais fazer a medicação com volume errado. (P8)

[...] aqui o que eu ouvi falar foi terem feito a dose errada, pois lidamos com doses muito pequenas. (P11)

[...] e a gente observou que foi feito uma dosagem alta de Gluconato e Sulfato de Magnésio, uma coisa assim. Por isso a gente sempre diz se é assim mesmo. Ai a gente pergunta para o médico, porque é tudo muito parecido. (P18)

Nós fazemos o cálculo junto com a enfermeira, recalcula ou pede para o pediatra ajudar. Isso é o mais comum. (P19)

[...] a dose também, porque aqui a gente usa doses muito pequenas (00,2; 0,003). Erros muitas vezes sobre as doses das medicações (P21).

Referiram que um dos erros que podem ocorrer na administração de medicação é a troca de medicamentos a serem administrados. Justificam tal fato por terem que preparar medicamentos com rótulos e ampolas muito parecidas. Referiram também que, geralmente, há uma desatenção dos profissionais ao pegar a medicação do Box do paciente ou do carro de urgência.

[...] medicação que foi pega do carrinho de parada sem o pessoal ler, era para fazer um Lasix, se não me engano, e pegaram um Profenid e a paciente era alérgica e teve um choque anafilático, por falta de atenção. Não é porque uma medicação estava no lugar errado que tu não vais ler. (P4)

[...] que se confundem com medicações com nomes científicos muito parecidos, rótulos muito parecidos, de pegar uma medicação errada por falta de atenção. (P6)

[...] um exemplo, então falta de atenção em não ler o rótulo. Muitas vezes, coisas que a gente vê também com frequência, são as medicações com embalagens semelhantes, bem parecidas. Muitas vezes, tem medicações distintas, medicações que não tem nada a ver uma com a outra, e tu olhas assim, e são praticamente iguais os rótulos. Então, é uma coisa que vira e

mexe e tu acabas vivenciando. Às vezes, na hora de uma urgência, as medicações estão perto e pode acontecer, como eu já vi acontecer de semelhança de apresentação de rótulo, por exemplo de cor, a mesma cor de tampa. (P7)

Às vezes, as ampolas são muito parecidas umas com as outras. Então, tu tens que olhar bem o nome da medicação e a diluição. Isso é um cuidado básico. (P9)

Já houve troca de medicação principalmente nesta questão das ampolas parecidas. [...], mas às vezes muda o fabricante, muda o laboratório e aí muda a apresentação da ampola e às vezes fica parecido com outros, isso ainda acontece bastante. [...] depois no momento que vai para a farmácia e que volta é muito importante fazer a conferência da medicação que vem, porque há com frequência uns enganos de colocarem medicação no box errado. Algumas medicações que são semelhantes com letras parecidas, no momento de guardar a medicação cometem o mesmo erro. Vão mais pela aparência das ampolas e dos frascos e acabam misturando com coisas que são parecidas. Às vezes, na hora da administração o pessoal pega e pode errar induzido pelo erro na hora da conferência e acaba fazendo uma medicação errada. (P10)

É a medicação, porque às vezes as ampolas são muito pequenas. Já aconteceu comigo. Não aqui na UTI, mas em outra unidade. As medicações são idênticas, as letras são minúsculas. (P11)

Erro relacionado à troca de medicação por ampolas muito parecidas, a ampolas são as mesmas e tem que ter muito cuidado com isso e cuidar também o acesso. Tem ampolas que são parecidíssimas umas com as outras. A Garamicina com a Amicacina são super parecidas. Então, tem que ter muito cuidado. (P12)

Então assim, o erro nunca é de uma pessoa só. Ele é um conjunto. Geralmente é um efeito dominó. Às vezes não tem nada errado, com o rótulo, com o armazenamento, nada, mas o funcionário está desconcentrado por alguma razão, porque ele está cansado, estressado. Pode ter “n” coisas. A gente com o tempo vai aprendendo a driblar certas coisas, para evitar o erro, mas nada disso garante que a gente não vai errar (P16).

Eu acho que a troca das medicações pode ser devida as embalagens parecidas. Em quantidades também. Por isso tem que ler e reler, se certificar. Mas acontece raramente aqui pelo cuidado extremo que nós temos. Uma coisa que eu lembrei agora, que aconteceu aqui foi uma troca de soro. (P18)

Eu acho que a troca, pode trocar devido a embalagens parecidas, por isso tem que ler e reler, se certifica. Em quantidades também. [...] (P18).

Já vi passarem medicação que não era do paciente, de repente pode estar no paciente errado, estar com a medicação do outro paciente, infelizmente os erros existem (P23).

Era um antibiótico que não deu problema nenhum, não julgando, porque pode acontecer com qualquer um de nós num momento de bobagem, mas isso acontece (P23).

Foi referido como erro a velocidade da infusão do medicamento, o que ocasiona efeitos colaterais da medicação.

Já presenciei uma instalação de um sorinho, era tantos ml/h e a pessoa não se atentou com o ponto e aquilo que era para passar em horas, passou em ½ hora e graças a Deus, mais uma vez não aconteceu nada de mais, foi um volume que passou a mais, mas que foi conseguido, com a ajuda do médico, regular e não ocorreu nenhum problema, mas acontece. (P23)

Podem também ocorrer erros na via de administração de medicamentos, estes colocam em risco a vida dos pacientes.

Erros de administração seria a via, medicações intramusculares que foram feitas endovenosas. (P6)

Já vi trocaram a via da administração do medicamento por prescrição errada. A via incorreta é super grave. (P8)

Estava fazendo medicação EV, aí foi fazer VO, e foi concertado a tempo, graças a Deus. Fazer em via errada, se é EV fazer VO e vice-versa. (P15)

Citaram como erro na administração de medicamentos a falta de cuidado como não testar o acesso venoso antes da administração da medicação, podendo causar lesões teciduais severas, causar a obstrução da PIC (cateter de inserção periférica) por não cuidarem o tipo de medicação e velocidade da infusão, levando à necessidade da punção de um novo acesso venoso.

Existe medicação que não dá para passar na PIC, começa a obstruir na hora. Até a gente perceber que o PIC começou a obstruir porque uma determinada medicação estava passando nos levou a perder duas, três PICs nas crianças. (P3)

A questão do Gluconato fora da veia, talvez não seja um erro, mas tu erraste na hora de tu veres ali, falta de cuidado ao ver se o acesso realmente está bom para passar um Gluconato, não dá para passar numa veia em que tu estás com dúvida, pois tu fazes uma lesão. (P8)

[...] na hora de administrar, principalmente a falta de cuidado com a veia faz a ocorrência de lesões bem severas, bem extensas, com necrose e perda de tecido bem importante. São acidentes bem mais graves que a gente andou tendo com relação à medicação. O resto são, geralmente por falta de atenção, basicamente isso. (P10)

[...] seria um erro na administração, porque tem que testar sempre antes. (P12)

A troca de pacientes foi citada por três participantes do estudo como um dos erros que podem ocorrer durante a administração de medicamentos.

Então, assim, fazer medicação que é de uma criança em outra. Troca de pacientes. (P5)

Troca de paciente, pois é comum termos crianças com o mesmo nome na unidade. (P8)

O erro de paciente, de não ser aquele. (P15)

[...] pode errar o paciente [...]. (P17)

Verificou-se, a partir das respostas dadas pelos participantes, que os erros na administração de medicamentos são mais comuns do que se imagina.

Já vivenciei, com auxiliares, com acadêmicos e com enfermeiros. (P1)

Já, vários, inclusive eu posso te dizer que eu errei [...]. (P3)

Já presenciei. (P16)

Já, algumas vezes. (P17)

Já presenciei sim, mas graças a Deus nada que comprometesse o paciente, pouca coisa, mas infelizmente já presenciei. (P21)

Acreditam que a maioria dos erros ocorre por desatenção dos profissionais na hora do preparo e administração de medicamentos.

Há muito tempo atrás, mas foi assim, foi por desatenção, foi no outro turno, as mães tinham trocado as crianças de leito. (P2)

Já, tem medicações que são de um fornecedor, com uma concentração, e de outra com outra concentração. Por exemplo, Depakene e Valpakine, que na apresentação esta Ácido Valpróico, um é uma concentração e o outro é outra. (P2)

Preocupam-se que o erro não cause danos irreversíveis à criança, não sendo de maior gravidade.

Já, mas graças a Deus não foi nada grave. (P5)

Esse tipo de erro que eu citei já vi acontecer, graças a Deus que, tipo assim um exemplo de medicação com diluição errada não causou nenhum dano maior, mas só que claro a dosagem foi errada, mas já vi acontecer. (P7)

Referiram que quando um colega erra, todos se sentem responsáveis pelo erro.

Geralmente, quando eu estou trabalhando, no meu turno, a minha equipe, eu me sinto responsável. Então, se algum deles errar ou fizer uma coisa ou trocar alguma coisa, eu sinto que a falha é minha também. [...] eu acho que todos

deveriam se sentir assim também, se todos se sentissem assim, trabalhariam mais em equipe e teriam maior nível de segurança. Eu me sinto responsável. (P10)

Reforçaram a necessidade de, frente ao erro, comunicarem imediatamente de forma a poder se reverter ou minimizar os danos decorrentes.

Já aconteceu e eu acho até assim, que a gente tem que ter, é a questão de caráter. Mas eu acho também da humildade de tu dizeres que tu fizestes errado, que tu erraste. (P8)

Então, assim, uma coisa que eu sempre peço para a equipe é que quem errou e se deu de conta, fale na hora, porque ou a gente pode de repente reverter o erro ou pelo menos fazer o controle de danos. Ver o que pode acontecer ou o que não pode diminuir ou pelo menos depois administrar as sequelas que ficaram, caso ocorram. (P10)

Se acontecesse algum erro a primeira coisa que seria feita era comunicar o médico, para ver o que a gente poderia fazer e reverter isso, jamais esconder. (P12)

Os profissionais participantes do estudo compreendem que o erro pode acontecer por que as pessoas não são perfeitas. As pessoas erram por descuido e, nesse sentido, o erro ou falha pode ser identificado, causando um abalo psicológico no profissional, pois é consciente do que seu erro poderia causar.

Nós somos passíveis de erro, não quer dizer que não é, não vem me dizer que alguém nunca cometeu um erro. Eu acho impossível, entendesse. [...] todos nós que trabalhamos em pediatria, ou em qualquer outra unidade está sujeito ao erro. Não é uma justificativa, por ser humano, claro que trabalhando com ser humano, o mínimo de erro, evitar ao máximo, claro que é o ideal, mas não quer dizer que nós não erramos, entende, tanto enfermeira, auxiliar, técnico e médico. Qualquer profissional, multiprofissional está sujeito. Quanto mais nós que administramos medicamentos. (P1)

Então, a gente erra não é porque quer, mas pode acontecer com todo mundo. Às vezes, um descuido, eu sei né, é como eu digo, dificilmente alguém não tenha errado algum dia, assim como nunca tenha falhado. [...] todo mundo é passível de erro, ninguém erra por quequer, porque tem intenção de matar ou de causar um dano. (P2)

Eu acho que em qualquer lugar é grave, e até eu posso cometer, porque ninguém é perfeito. Uma hora eu posso pegar uma medicação e fazer, apesar que eu olho muito, olho dose, olho nome, olho novamente, confirmo. (P11)

O erro tem uma proporção maior porque tem a proporção psicológica maior do profissional. O profissional fica muito abalado quando ele erra, e é uma criança e esse erro causa algum prejuízo para essa criança, seja ele qual for, o mínimo. Abala psicologicamente muito o profissional [...]. O erro é relativo ao ser humano, então a gente tem que mudar essa concepção, tem que mudar quem vai receber esse profissional que errou. (P16)

Por ser criança, precisa ter um cuidado ainda maior que os adultos, mesmo sabendo que temos que ter cuidado também com os adultos, muita cautela.

É pedir sempre a Deus que nos ajude nessas administrações, porque a gente é falho e a gente erra. (P21)

Triste quando a gente vê que acontece alguma coisa e o paciente pode vir a óbito ou então ter alguma seqüela, infelizmente sobre esse erro que aconteceu. (P23)

4.5 Providências tomadas frente aos erros

Alguns profissionais não sabem o que foi feito frente ao erro ocorrido no plantão diverso ao seu.

Esse específico do Valpakene e Depakene foi um erro da noite. Então, eu não sei o que fizeram à noite. (P2)

Não sei se algum foi para frente, que algum médico tenha dito para enfermeira que iria responsabilizá-la. (P23)

Em caso de medicação administrada na criança errada, a criança que recebeu a medicação fica sob avaliação constante da equipe no sentido de verificar a ocorrência de algum evento adverso.

Alerta a pessoa que administrou, não ficou entre nós, assim, as consequências graças a Deus não foram graves, não foram graves. Então, a gente fez uma avaliação, eu não sei se foi Dipirona ou Paracetamol na criança errada, foi dado para a criança trocada, em vez de dar para uma foi dada para a outra e não deu um problema maior. (P5)

Paracetamol na criança errada, foi dado para a criança trocada, em vez de dar para uma foi dada para a outra e não deu um problema maior. (P5)

Em algumas situações não é comunicado ao médico por não ter sido considerado grave. A criança foi avaliada e ficou sob os cuidados da equipe de enfermagem.

Então, quer dizer, foi errado, mas o técnico me comunicou (a enfermeira). Eu não comuniquei o médico porque fiz uma avaliação e tomei os cuidados, fiquei atenta. (P1)

Eu não quero que pareça que eu ache que tenha que colocar panos quentes, em cima das coisas. Eu não preciso fazer disso uma coisa grande. Vamos tentar ver aonde que a gente está errando, porque não é só o fulano que errou é uma cadeia de erros (P23).

Geralmente a chefia imediata é comunicada frente ao erro e a enfermeira de plantão verifica como reverter os danos ou administrar as seqüelas ocasionadas pelo erro.

Olha a primeira coisa é que tem que ser comunicado a chefia imediata, no caso a enfermeira de plantão tem que ser, porque precisa se ver se tem como reverter ou controlar danos ou administrar sequelas depois. (P10)

Foi comunicado a enfermeira. Foi retirado o acesso, tudo para não ter dúvida de ter passado alguma coisa, foi tirado o acesso da criança e não teve nada. (P15)

Foi comunicado a enfermeira. Notaram o erro e foi providenciada a troca do soro, e não teve nenhuma consequência, não chegou a entrar quase nada do soro. Foi feito também num soro de 10% em vez de 5%. (P18)

A funcionária comunicou a enfermeira, que avisou ao médico. Só que como era uma coisa tranquila, foi só observado. Eu acho que foi uma troca de paciente na época e aí foi só feito a observação do paciente. (P21)

Quando avaliam que o erro na administração de medicamentos pode trazer consequências, expondo a criança a riscos, o médico é comunicado, pois o objetivo é evitar danos à criança. Destacam que ninguém erra por querer e atitude que deve ser tomada é observar a criança e atuar sobre os seus sintomas.

Bom, primeiro eu avalio que tipo de medicação foi dada. Segundo se pode fazer lavado gástrico ou não pode fazer lavado gástrico, se é endovenoso, normalmente, praticamente cem por cento eu comunico o médico. Porque, não é ocultando o nosso erro, porque a criança ela vai estar exposta e de repente existe alguma coisa a ser feita naquele momento. (P1)

Comunica ao médico. Aconteceu aqui, foi um soro, eu não me lembro bem, foi até com a minha colega e um auxiliar, eu sei que era um soro, ela foi trocar um soro e ela abriu e correu muito, e tinha alguma medicação específica naquele soro. Eu sei que foi chamado o médico, foi feita avaliação dos sinais vitais, o médico monitorou, e não teve maiores consequências. Mas é comunicado ao médico imediatamente. (P2)

Eu sei que foram tomadas providências com os erros que aconteceram, e foi feito tudo que tinha que ser feito, foi notificado ao médico. A gente ficou monitorando a criança até ter certeza de que estava tudo bem. (P4)

[...] a pessoa admitiu e as providências foram chamar a atenção, informar o médico para ver, porque aquilo poderia ter acontecido, mas graças a Deus não correu risco de morte. O médico é comunicado e se tenta reverter a situação. (P6)

Foi comunicado ao médico também. (P7)

Os erros que aconteceram aqui, sempre comuniquei para o médico, tanto das meninas quanto o meu que já aconteceu. (P8)

Mas quando acontece o que a gente faz, vai ao médico imediatamente. (P11)

E sempre qualquer erro que ocorra já se comunica o médico para ver se pode fazer alguma coisa. Estou sempre dizendo para elas que têm que me avisar que aí eu comunico ao médico. (P12)

Se procurou interromper a passagem do que estava sendo administrado e avisar imediatamente ao plantão médico a fim de saber se teria algum

problema, que problemas poderiam ocorrer e o que seria necessário fazer para tentar reverter e se tivesse algum agravo tentar resolver. (P13)

Na outra unidade, a enfermeira chamou o médico para avisar o que ocorreu, não foi erro de via, foi no preparo da medicação, o médico administrou uma medicação antagonista para cortar o efeito e foi conversado com a pessoa que cometeu o erro para ter mais atenção. (P22)

Eu já vi chamarem o médico e ele dizer para controlar o HGT, porque aqui tudo é com sorinho Glico, e se eu passar um volume maior a glicemia vai lá em cima, então vamos controlar a glicemia, se baixar a diurese, vamos ver como o rim vai trabalhar, se vai ficar tudo bem, [...]. (P23)

No caso de administração de uma medicação alterada, a medicação foi analisada pelo laboratório de análises clínicas para avaliar os riscos que a criança tenha sido submetida e poder determinar as ações para poder minimizá-los.

[...] já aconteceu assim, de uma medicação ter fungo. Aí eu notifiquei, mandei para o laboratório para fazer a cultura, tinha fungo era um Metronidazol, que fica envolvido. Aí, claro a auxiliar botou e não viu que tinha fungo, claro que ela não abriu. (P1)

O que aconteceu aqui, há muito tempo foi uma validade de um medicamento, Flagyl, é um medicamento que vem coberto. A colega do outro turno colocou no Microfix para passar aquela quantidade mínima, ela colocou ali e passou o dela. Quando a colega da manhã chegou, foi só descer a medicação para o Microfix e desceu um limo e ela se deu conta na hora e não chegou a ser feito na criança. Porque quando caiu o limo, ela viu e tirou tudo e disse para a mãe que estava vencido, vou trocar, passou a mão e tirou do quarto, mas a gente não sabe se na noite não foi feito. Ele estava dentro da validade. Aí foi devolvido para o laboratório, e veio um lote inteiro assim, neste estado. A criança teve que ficar mais dias, exames diários para conferir, mas graças a Deus não deu nada, não houve nada. (P19)

Quando ocorre um erro verifica-se a preocupação da equipe em discutir acerca do mesmo para chamar a atenção e todos passarem a observar e ter mais cuidado na administração de medicamentos.

Sim, por exemplo, com relação a mim, eu contei o que aconteceu e passei isso no plantão para a pessoa que chegasse também soubesse o que aconteceu. (P3)

Aí a gente sempre procura chamar a atenção, conversar, falar, olhar. Tem que prestar atenção. Eu sempre falo isso, que a gente tem que chamar a atenção de um jeito que não constranja a pessoa, porque daqui a pouco se a pessoa errar de novo ela não vai te falar. Eu acho que a gente é humana, com todo mundo pode acontecer. [...] eu acho que eu já tinha falado, comunicação e observação para ver se vão acontecer alguma alteração, conversar com as pessoas, chamar atenção. (P8)

Me lembro de ter acontecido uma vez, a gente ter usado uma, a gente desconfia, que foi usado um soro de 20% ao invés de 0,9%. Aí a gente tomou cuidado de rotular novamente as gavetas e de verificar se estava misturado esses dois tipos de medicamentos, claro que aconteceu com profissionais que não eram da unidade, vieram fazer esporadicamente aqui, conheciam pouco a rotina, na época tinha uma sobrecarga de trabalho, então os mais

velhos não conseguiam supervisionar corretamente os mais novos e se suspeita que aconteceu isto, porque a criança acabou tendo lesões na pele, que parecia ser causada por esse tipo de medicação, não foi confirmado. (P16)

Uma das participantes do estudo referiu a preocupação de registrar o erro no prontuário da criança, pois caso este tenha alguma consequência, o que ela considerou uma iatrogênia, saiba-se o que aconteceu e como proceder.

Depois do caso resolvido precisa ficar registrado no prontuário do paciente, porque precisa para uma ocorrência futura que possa ter ou uma pesquisa do quadro clínico e aqueles sintomas não devem ser levados em consideração porque foi uma ocorrência, uma iatrogênia. (P10)

Dependendo do tipo de erro e das providências a serem tomadas para minimizar o seu impacto os profissionais da equipe decidem se a família da criança será informada sobre o fato. Referiram “pesar na balança” se irão ou não contar para a família para não arriscar que esta perca a confiança na equipe.

[...] familiar eu sei que eles devem ficar a par de tudo o que acontece, mas tem certas coisas que eu não sei se é produtivo falar para eles. Depende muito da família, depende da gravidade. Às vezes, uma coisa que não teve maior repercussão tem que pesar na balança. Vale a pena arriscar a perda da confiança na equipe? Vale a pena arriscar isso aí, para eles ficarem sabendo de uma ocorrência que já foi resolvida e que não deixou sequelas? Então, depende muito do caso, mas de maneira geral é isso, é não omitir para que possam ser tomadas as devidas providências. (P10)

A gente não falou para a mãe, mas na hora se falou para a mãe que o Microfix estava vencido, por causa da validade de 72h, ela passou a mão no Microfix e correu para o posto, a mãe nem viu. Depois até ela questionou o porquê de colher o sangue todos os dias. (P19)

4.6 Protocolos de notificação de erros

A maioria dos profissionais participantes do estudo desconhece o protocolo de erros de administração de medicamentos.

Não existe, acho que não. Eu pelo menos não sei. (P1)

Não, que eu saiba não. O que acontece aqui é o técnico avisar para o enfermeiro, e o enfermeiro avisar para o médico. Eu não conheço os protocolos de medicação e eu não sabia que existia. (P2)

Não que eu tenha consciência. (P3)

Que eu conheça não, nem no hospital eu conheço. Não sei se existem protocolos. (P5)

Não, aqui na UTI eu desconheço. Não que eu não sabia que existia. Até se tu me perguntares é de extrema importância a notificação de erros, mas eu não conhecia, vou te ser sincera. (P7)

Protocolo, eu acho que não existe isso. Eu não vou te dar certeza, mas eu acho que não existe esse protocolo, mas é falado verbalmente e tem esse caderno de registro. [...], mas, esse protocolo específico eu não sei. (P9)

Que eu saiba não. E eu não sabia que existia. (P11)

Olha que tenha conhecimento, não, e nunca ouvi falar. É uma coisa nova para mim. (P13)

Protocolos que eu saiba não, se tem eu não vi. A única coisa é chamar a enfermeira e ela vai tomar as providências. (P15)

Não, aqui não existe. (P17)

Que eu saiba não, a gente comunica a enfermeira e a enfermeira é que toma as providências, que a gente notifique que nem doença, que eu saiba não. (P19)

Eu desconheço protocolos de notificações de erros de medicação aqui no setor. (P21)

Aqui eu não conheço, nem na unidade que eu presenciei o erro foi utilizado. (P22)

Cinco participantes disseram que sabem que existe um protocolo, mas não conhecem.

Acredito que sim, mas fora daqui do hospital, aqui no hospital que eu saiba não. (P12)

Aqui não, e eu sei que existe. (P8)

Eu sei que existe, mas aqui na unidade não existe. (P9)

Na realidade eu nunca usei. Mas agora a pouco tempo aconteceu um problema. Aí eu fiquei sabendo que agora existe no hospital um protocolo que tem que ser notificado o erro e preenchido uma folha, alguma coisa assim. (P10)

Aqui dentro, eu acredito que exista, não sei te dizer porque nunca fui apresentado a ele. Eu acredito que tenha, tem que ter, mas não vi, não sei nem como é, não sei como é feito. (P23)

Uma das participantes ficou sabendo da existência do protocolo devido ter vivenciado uma situação em que uma enfermeira da unidade assinou o protocolo de notificação devido a um erro na administração de uma vacina em uma criança:

Ai como essa criança em seguida veio para cá a enfermeira daqui acabou envolvida na história sem ter sido ela a aplicar a medicação. Foi feita lá na

maternidade, não foi feita aqui e acabou tendo que assinar e entrou nessa notificação, embora não tenha sido ela a aplicar a tal vacina. Então, eu fiquei sabendo que tem protocolo. (P10)

4.7 Programas de Educação Permanente e a temática sobre erros de administração de medicamentos

Os participantes do estudo acreditam ser importante a participação em atividades de educação permanente que discutam cálculos de doses. Destacam que a alta rotatividade do setor torna necessária a capacitação constante dos trabalhadores para evitar erros na administração de medicamentos.

Com certeza sobre cálculo de dose, porque tem tido uma rotatividade muito grande aqui na pediatria. Quando eu era acadêmica, fazia estágio aqui, eram sempre aqueles mesmos funcionários, hoje não, muitos se aposentaram, outros trocaram. E tem tido com as greves rotatividade, com falta de pessoal, então, realmente é uma coisa que seria necessária, a capacitação constante. (P2)

Tudo que acrescenta seria importante. (P11)

[...] já passei por todos os setores e é tudo diferente, e não têm nada que te diga sobre medicação. Eu lembro que andou rolando essa cartilha que o Serviço de Educação permanente andou distribuindo. Eu não sei em que eles se basearam, mas eles tentaram fazer que se padronizassem no hospital. [...]. Numa unidade tu dilui um soro em outra unidade tu faz em vinte, pobre rim do paciente, mas é assim. Para mim isso é um erro, é um erro de medicação. [...], existe essa cartilha que foi distribuída no hospital e ninguém segue essa cartilha. Todo mundo faz o que acha que deve ser feito. Então tem que ser trabalhado [...] (P23).

Alguns participantes mencionaram que existem várias atividades de educação permanente, mas não sabem se existiram cursos específicos na administração de medicamentos.

Eu sei que tem a educação permanente, mas não sei se tem específico para medicação. (P2)

No hospital tem. Aqui as vezes tem, porque muda muito, e as vezes muda e a gente pergunta se tem certeza que é assim. Agora não está mais diluído. E as vezes tem que ir atrás para saber (P17).

Sim pouquíssimos cursos. Eu soube de um que era de administração de medicamentos e faz uns dois anos. Aqui não (P18).

Não aqui no HU eu pelo menos nunca fui convidada a participar, porque eu costume participar quando tem, mas nos últimos anos não foi feito nenhum. (P22)

Outros profissionais relataram que de vez em quando ocorrem cursos sobre a temática, mas não participaram de nenhum por não terem tempo disponível.

De vez em quando aparece até esses cursos que vem sendo feitos no hospital, direcionado ao pessoal que trabalha aqui. De vez em quando eu vejo, assim, de administração de medicamentos. Eu já vi, mas não participei de nenhum, mas eu já ouvi oferecerem. (P13)

Olha, eu não participei até agora de nenhuma atividade de educação permanente. Eu sei que está tendo bastante atividade e acho, inclusive, que um dos temas é de administração de medicamentos, que algumas meninas estão fazendo. As funcionárias comentam, mas especifico para a nossa unidade não tem. (P8)

[...] porque se tu deres um papelzinho e vamos estudar, ninguém vai fazer, porque tu não tens só o hospital, tu tens a tua vida. Tem gente que trabalha em outros lugares e as coisas são corridas. Não é desculpa, porque conhecimento em qualquer momento é importante, mas a coisa vindo pronta. Eu sei que estão com um grupo e nesses dois anos para cá tem tido coisas muito boas dentro do hospital, o pessoal tem feito muitas coisas para o pessoal estar sempre se reciclando, só que tem sido em horários, muito assim, para quem trabalha e tem outras coisas, não dá, não tem tempo para ficar aqui dentro uma tarde inteira, eu mesma sou uma que não tenho tempo. (P11)

Referiram que o Serviço de Educação Permanente já realizou diversos cursos sobre a temática, realizando oficinas práticas acerca de medicações, doses, cuidados na administração, cálculos, técnicas de diluição. Mas acreditam que a temática erros na administração de medicamentos não tenha sido abordada em nenhum desses cursos.

Tem a Educação Permanente do hospital, eu já vi eles fazerem várias, eu acho que até aquele ali é de desenvolvimento de práticas, oficinas de prática, mas as técnicas e algumas enfermeiras que participaram, as oficinas tinham todas as práticas, desde a medicação, doses, tinha os cuidados. Acredito eu que também teve sobre essa temática, sobre medicações. (P9)

Tem no hospital, sim. Agora pouco teve um, ou está tendo, eu vi ai cálculo de medicação. (P5)

Agora está acontecendo um curso que eu até estou participando, de retomada de técnicas de diluição. É um dos assuntos. Então, eu acho que tudo isso é muito importante, por mais tempo que tu trabalhas, tu sempre acabas aprendendo coisas novas e revisando. Até porque vão surgindo coisas novas também. Então, temas relacionados à diluição e tem programas, não tem bem relacionado aos erros, mas existem programas de atualização. (P7)

Tem Educação Permanente, relacionada à temática de medicamentos, entende, mas, eu acredito que não tenha sido abordado sobre esse tema: erros de medicação. (P1)

Referiram que, apesar dos trabalhadores terem seis horas semanais disponíveis para participações em reuniões e cursos, a participação nas atividades de

Educação Permanente é baixa, por isso acreditam que realizar cursos no horário de serviço seria mais fácil. Fora do horário de trabalho acham complicado, pois alguns moram fora da cidade, fazem faculdade ou tem compromissos familiares.

Se faz algum curso lá pela Educação Permanente se sabe que a frequência é baixa, poucos participam. Geralmente, tem que ser fora do horário de serviço, embora o pessoal tenha horário disponível para ir e isso seja a nossa obrigação, porque faz parte da nossa carga horária. A gente tem horas disponíveis para reuniões e cursos e a maior parte do pessoal não vem, tem compromissos de família e sei lá, acabam não vindo. Então, pegar em horário de serviço é mais fácil. (P10)

Com certeza no horário de serviço está todo mundo ali. (P8)

Eu acredito que sim, logo que a gente entrou para cá, até tinha alguma coisa nesse sentido, em horário de serviço, porque fora do horário, o pessoal do meu plantão é de Pelotas, só uma é daqui de Rio Grande. Então, fica complicado vir fora do horário. Umás estão fazendo faculdade. Eu acho que tinha que ter isso, no turno. Tinha que vir aqui, meia horinha que viesse, para dar uma atualizada porque sempre tem coisas novas. (P4)

Com certeza pode ser assim. Apareceu uma medicação nova, serve para isso e isso, os efeitos é assim, tem que ser feito assim, porque tu aprendes mais. (P11)

Sim, eu acho importante. Sim com certeza acho muito válido, principalmente, em setores relacionados à criança como a gente mencionou. (P7)

Referiram que a baixa participação nos cursos promovidos pelo serviço de Educação Permanente deve-se ao desinteresse e à acomodação dos trabalhadores. Acreditam que, principalmente, os trabalhadores com mais experiência ficam mais acomodados, mas reconhecem a importância de uma reciclagem, pois sempre há conhecimentos novos a serem aprendidos.

[...] tem uns de uma forma geral, que é para todo mundo e aí o que acontece, muitas vezes o horário que dá para ti, não é viável para mim. Então, nem sempre as pessoas comparecem a esse tipo de evento, simplesmente por desinteresse. (P3)

Alguns fazem. Eles se acomodam, é uma certa acomodação, ou muita, e não sei se é por ter um tempo de experiência. (P5)

[...] falta um pouco de interesse da nossa parte também, porque a gente chega e faz, está prescrito, então, vamos fazer. Isso aí é a realidade, mas falta e aí quando oferecem o pessoal não tem disponibilidade de horário. Então, fica aquela coisa, não venho porque não é no meu horário, eu não posso vir. Falta em tudo não só em medicação. De tanto em tanto tempo eu acho que tinha que ter uma reciclagem e, às vezes, tem um detalhe que é novo, que a gente não pega, que poderia estar ajudando, e eu acho que deveria ter. (P11)

Uma das participantes do estudo referiu não participar das atividades da Educação Permanente por tratarem de cursos com pouca carga horária, que não contam para a progressão funcional dos trabalhadores.

Eles estão fazendo agora, eles estão incentivando, tem uma enfermeira lá que tem feito vários cursos, mas tem uma coisa assim, o curso é de poucas horas, então não interessa muito, eu tenho observado isso, tanto enfermeiro, como é voltado para o técnico/auxiliar, mas não conta muito como progressão. (P1)

Algumas participantes achariam interessante que as atividades da Educação Permanente fossem fora do horário de serviço. Referiram que durante o turno de trabalho o plantão é tumultuado e não conseguem participar das atividades, atuam em ritmo acelerado e não conseguiriam sair da unidade.

Acho que esse curso deveria ser fora do horário de serviço, porque as vezes durante o serviço a gente não consegue parar. O plantão está muito tumultuado. Não consegue dar uma certa atenção. Mas de repente se tivesse alguns informativos também seria muito bom. (P13)

Eu acho que é melhor fora do horário de serviço, porque eu acredito que as pessoas vão vir. No horário de serviço é muito corre/corre, até sobre validade, essas coisas assim, a incompatibilidade das medicações mais usadas aqui, do que a gente tem. (P12)

[...] fazer no horário de trabalho também é complicado. Se eu chegar aqui um dia que as coisas estejam num ritmo muito acelerado, que tu tenhas pacientes graves, eu não vou conseguir sair da unidade, deixar a unidade por meia hora para participar disso. Não é que eu considere menos importante, mas é aquilo, eu preciso estar no meu setor de trabalho. (P3)

Apesar de não participarem das atividades do setor de Educação Permanente referiram discutir a temática no próprio setor em que atuam, realizarem treinamento em serviço e minicursos relacionados à temática. Referiram que atividades de curta duração mantêm mais a atenção e interesse dos membros da equipe do que cursos mais extensos.

Ah, com certeza motivava, eu sei que a gente reduziu a nossa carga horária para trinta horas, que tinha que ser desenvolvido projetos, mas a gente sabe que com a continuidade vai sendo esquecido, o pessoal não vai aos cursos. Quando tem acadêmico aqui, dependendo da turma eu aproveito. A gente aborda determinada patologia, determinado assunto de cinco a quinze minutos, aí eu consigo manter a atenção do auxiliar e ou técnico e interessá-lo. Eles são bem interessados quando tu fazes em cinco ou dez minutos, mas se for muito extenso, tu não consegues manter a atenção. Eu acho que seria muito mais útil e eficaz. (P1)

Até foi cogitado, mas eu acho que não chegou a sair. Houve treinamento em serviço, minicursos que a gente fazia aqui, treinamentos que a gente fazia com o pessoal, treinamento em serviço. [...] existe o nosso setor de Educação Continuada, com frequência faz minicursos, fazem treinamento com relação à medicação. (P10)

A gente é que faz as reuniões com as gurias sobre as medicações. (P12)

Só com a própria equipe, a gente chega com a enfermeira e vai fazendo vários trabalhos juntos, acompanhados do enfermeiro da unidade. (P18)

[...] a gente pede, quando tem acadêmico do oitavo ou nono ano, [...], entrou um medicamento diferente, que também a gente não está acostumada a usar. A gente pede para aquela acadêmica trazer um material para nós e elas nos passam, nos dão explicação, nos dão uma aulinha, um mini cursinho sobre aquilo ali que a gente não conhece. Para a acadêmica é bom e para nós é mais interessante ainda. (P19)

[...] as vezes o que acontece é que a equipe se reúne quando está mais tranquilo, e se discute alguns assuntos, sobre alguns cuidados especiais com as crianças e nisso se fala da medicação também. (P22)

Referiram que não foram realizados cursos específicos para atuação na pediatria e UTI neonatal. Acreditam que por tratar-se de uma clientela com características muito específicas, os cursos deveriam ser diferenciados.

Assim, especificamente aqui para a UTI, porque a gente hoje tem a Educação Permanente atuante, que hoje funciona no hospital, porque até hoje não existia, existia no papel, mas assim, o que eu vejo, cursos, atualizações direcionadas especificamente para cá, se existiram foram poucos. (P3)

Não, o pessoal participa bastante da Educação Continuada coisas pertinentes à unidade. Faz e gosta de fazer, mas aqui especifico a unidade não. (P4)

Na realidade por parte da Educação Continuada eu não consigo lembrar de nenhum específico para nós. (P10)

Não teve direcionado para a UTI neonatal, mas bem geral. Especifico para nós não. (P12)

Por ser um paciente delicado e com peso menor e todo um serviço diferenciado que é feito, há uma necessidade de ter uma coisa mais específica para quem trabalha só aqui. Separado para UTI e pediatria, não tem é mais no geral. Eu acho que seria importante curso desenvolvido aqui, porque aqui as coisas são muito detalhadas. (P13)

Aqui na pediatria não. Na instituição acho que já vi alguma coisa, da Educação Permanente, alguma coisa eu já vi. Aqui no próprio setor para nós, não. Não teve nada assim. (P15)

Aqui no HU eu já vi algumas poucas vezes palestras da Educação Permanente em relação a esse assunto, mas uma ação específica, rotineira introduzida numa rotina da unidade, eu não vi. (P16)

Já teve bastante sobre isso. No setor, direcionado para nós, não. (P19)

Talvez um tempo atrás, eu acho que faz tempo que não tem. Aqui no setor não tem direcionado para nós. (P20)

Todo esse tempo que eu estou aqui eu já vi alguma coisa sim, algum curso sobre cuidados, sempre é bom lembrar. No nosso setor específico para gente, não. (P21)

O erro de medicação na pediatria é considerado como muito grave, devendo ser combatido por meio da conscientização dos profissionais. Estes devem receber treinamento periódico e receber supervisão direta de forma a desenvolver uma maior responsabilidade a partir do conhecimento e informações recebidas.

Olha, eu vejo como um problema sério. Como eu te falei, é treinamento, treinamento, treinamento e supervisão, acreditando que as pessoas tenham recebido uma boa informação, que saibam a responsabilidade que é preparar uma medicação, a responsabilidade dele como profissional. (P6)

Então, é por isso que eu acho assim, em pediatria e Neonatologia o erro de medicação é muito sério, muito sério mesmo, e precisa ser combatido. É preciso aumentar a conscientização dos profissionais nesse sentido. Que eles entendam o quanto pode ser sério um errinho de medicação, que isso não pode acontecer, mas tem que lutar o máximo para que não aconteça. (P10)

Mas acontece, ninguém é perfeito, mas eu acho que tem que prestar atenção, não sabe, pergunta, não sabe fazer pede para alguém fazer para te mostrar. (P11)

4.8 Estratégias utilizadas pelos trabalhadores para evitar os erros de medicação

Uma das estratégias utilizadas pelos participantes é anotar a medicação administrada a partir da prescrição médica, procurando se familiarizar com a prescrição.

Então, assim, o que a gente pode ter de estratégias: a gente continua tirando a medicação é o que eu digo, a para não fazer errado, mas a gente sabe que só isso não basta. (P3)

Aqui na UTI neonatal os enfermeiros quando assumem o plantão, a gente tira a medicação da prescrição. Então, isso é uma forma até de tu tomares um conhecimento maior. O fato de tirar a medicação cria mais intimidade com a prescrição. Então, no momento que tu crias mais intimidade com a prescrição, diminui bastante o índice de erros. Então, guardar os papéis sempre para conferir, claro que quando têm medicações novas a gente faz novos papéis. Então, isso é uma forma bem válida que eu achei interessante, que eu não tinha visto em outros lugares, é uma maneira simples. Então, a gente consegue ter uma intimidade maior com a prescrição do paciente. (P7)

[...] a gente gosta de tirar a medicação porque assim a gente fica sabendo qual medicação o paciente está fazendo. (P12)

Aqui as enfermeiras que tiram a medicação num papelzinho para os técnicos e os auxiliares administrarem, por ser uma coisa muito delicada, mais

detalhada, de ser a enfermeira a tirar a medicação e eu acho que isso é uma das estratégias. (P13)

Em relação as outras unidades do hospital, na Pediatria, é sempre o enfermeiro que retira a medicação, por causa das dosagens e rediluições. Então o médico deixa a prescrição, o Enfermeiro na hora de retirar a medicação ela já dá uma revisada em relação as diluições e depois repassa para nós. (P15)

Alguns dos auxiliares/técnicos de enfermagem discordam da estratégia utilizada na Unidade de Pediatria e UTI Neonatal de que a enfermeira retire as medicações e eles é que preparam e administram, devido ao fato de que atualmente, muitas enfermeiras novas tem realizado plantões na unidade e não tem experiência na unidade e não tem experiência no uso das medicações específicas do setor.

Tem uma medida que é feita aqui na Pediatria, que a sua justificativa é evitar o erro, que eu não acho correto de ser feito, que é o Enfermeiro que retira a medicação, [...]. É ele quem retira das prescrições. Eu acho que na prática não acontece, porque o mesmo erro que ele comete tirando a medicação, a margem de erro provável de acontecer é a mesma comigo na hora da administração, então não é estratégia. (P16)

Aqui na Pediatria é diferente, aqui a enfermeira tira a medicação. Andaram acontecendo fatos que vieram pessoas novas, que nunca tinham trabalhado aqui, e que tu tens que estar olhando, porque as vezes as pessoas se esquecem, o médico, coloca uma diluição, as vezes até o próprio residente, ou estagiário prescreve uma diluição que não é, e que não está acostumado. A gente tem anos, então tu olhas e vê que não é aquela diluição. Então quando tem pessoas de fora a gente tem que ter cuidado dobrado. A enfermeira tirou, mas tu tens que conferir. Não acho que seja uma estratégia para evitar o erro e sim para facilitar o serviço, [...]. Quando a pessoa é de fora é um pouco complicado, [...], porque com criança é diferente. [...]. Tem gente que não aceita que fale, não tem humildade para reconhecer que não sabe. Mas mesmo assim se vemos alguma coisa errada nós falamos e ficamos encima. [...]. (P20)

Aqui a justificativa que eles dão para os enfermeiros retirarem os papéis é justamente este, para evitar erros. Mas eu não concordo, porque eles retiram no início do plantão e as vezes eles guardam para o próximo, para só conferir, mas é um horário conturbado, todo o início de plantão é conturbado. Por mais que a unidade esteja calma a gente enche eles (enfermeiros) de perguntas, eles saem para atender alguma urgência nesse meio tempo, e quando tem muitas crianças, os dez leitos, eu fico com medo e muitas vezes eu pego e confiro na prescrição. (P22)

É difícil porque eu não quero ser negativa, eu não vejo nenhuma estratégia [...], se eu não tenho direito a ver a prescrição, a gente tem, mas não para pegar e tirar a medicação. É complicado. (P23)

Apesar de alguns auxiliares/técnicos de enfermagem discordarem de o enfermeiro retirar a medicação, outro concorda, por entender que é importante a prescrição passar por várias pessoas antes de chegar ao paciente. Acredita como

necessário que, mesmo que o enfermeiro retire a medicação o auxiliar/técnico de enfermagem deve conferi-la na prescrição como forma de sentir-se mais seguro nessa administração.

[...] a Enfermeira olha a prescrição, ela tem os papezinhos separadinhos, vê se mudou ou se não mudou e aí passa para gente. [...]. Passa por várias pessoas até chegar ao paciente. Eu acho importante o Enfermeiro retirar a medicação. Eu acho que o técnico poderia também conferir, eu muitas vezes confiro, depende da confiança que me passa, muitas vezes eu confiro. Também poderia passar pela gente. (P17)

Utilizam fixado próximo ao balcão do preparo de medicação um cartaz informando as (in) compatibilidades entre os medicamentos, evitando assim a precipitação de medicamentos ou que um potencialize ou iniba o efeito do outro, tal estratégia mostra preocupação com a diluição dos medicamentos, mostrando a necessidade da existência de protocolos específicos, cartilhas, cartazes.

[...] que já aconteceu de mais de uma vez, não é a enfermeira é o grupo. Vão para a internet ver se uma coisa é compatível com a outra, porque não achamos no quadro e se ficou com dúvida. Olha Ampicilina a gente sabe que começa junto, mas elas não são compatíveis, então vamos ter esse cuidado de aprazar em horários diferentes. (P3)

A gente tem paredes cheias de tabelas e de informações e a gente vai colando bilhetes e não tem problema nenhum de colar conforme for aparecendo às coisas que vão surgindo. [...] então a gente tem vários papezinhos colados na área de preparo de medicação com datas de validade, com compatibilidades entre medicações. (P10)

A nossa unidade é muito controlada. A gente tem até um cartaz, do que pode misturar, do que não pode. Então, a gente tem um cuidado. Tem um cartaz, vai ali e olha. (P11)

Aqui a gente tem o tempo que dura o medicamento depois de diluído, tem algumas coisas que a gente usa e que precisa e fica exposto para caso o profissional tenha dúvida ele vai ali e olha enquanto se dilui. (P13)

A gente tem uma cartilha antiguíssima ali, do que é compatível, o que não é compatível, mas acredito que tenha que ser atualizado, mas continua ali, no mesmo canto do vidro. [...] porque não adianta o enfermeiro ficar dizendo para mim e para os outros colegas, presta bem atenção, cuidado para não fazer a medicação errada, não é só isso que consiste, [...]. Esses dias teve um dilema sobre o que poderia passar com a NPT, o que não poderia passar, e aí a gente senta no computador e procura. [...] aqui precisa um protocolo específico que diga o que pode e o que não pode. (P23)

Referiram que manter-se informado acerca das medicações, divulgar para toda a equipe os cuidados que se deve ter, principalmente as medicações a serem administradas no setor.

Sempre que surge alguma medicação diferente que tenha que fazer uma dose diferente, alguma coisa assim, a gente vai atrás dos dados e procura informar a equipe toda. Eu acho que a principal arma para isso é a informação. É manter a informação ao nível dos olhos para que ninguém possa dizer que não sabia, e todo mundo sabe, pode é ter esquecido, e aí é um problema pessoal. Divulgar é uma obrigação da equipe, da chefia da unidade, então isso é que tem que ser feito. Além de tudo que eu já te falei, tem uma coisa que a gente procura fazer que é a informação. Eu acho que a informação é uma ferramenta importantíssima na questão de diminuir a ocorrência de erros. Informação não só passada de boca em boca, mas principalmente informação escrita e que fique ali aparente, à mão. (P10)

Preocupam-se com a realização de microensinos em serviço em todos os turnos de forma a manter a equipe atualizada e atenta para que não ocorram erros na administração de medicamentos.

[...] agora é mais ensinos rápidos de serviço. Esse em serviço a gente tem um alcance maior, que eles não podem fugir. (P10)

[...] uma meia hora que todo mundo está mais tranquilo, eu digo, vamos debater sobre isso que é importante para a assistência à criança que aí tu vai adquirindo habilidade. Porque não adianta tu vires aqui e tem que trocar a fralda, mas tem que saber porque tu estás fazendo isso. Depois elas mesmas fazem as coisas automáticas, aí daqui a pouco tu perguntas e ela diz que não sabe. Me mandaram trocar e eu vim trocar, é a mesma coisa a medicação, tem que fazer, mas para quê? Isso aí falta, muita coisa a gente faz, claro a gente que já tem uma bagagemzinha tu entendes para que é a medicação, mas tem umas novas, que aí tu perguntas, para que é, por que tu fazes? Eu acho que tudo vem para acrescentar. (P13)

Não adianta tu punir, se tu não parar e obrigar de uma certa forma, as pessoas a participarem de cursos para aprender a trabalhar em cima disso, para aprender e saber o que está fazendo. (P23)

Tomam o cuidado de armazenar medicações que possuem rótulos parecidos bem separadas das outras. Alertando a todos para que prestem atenção na hora de pegarem as medicações para que não haja erros. Precisam estar cientes das medicações que possuem frascos parecidos para diferenciá-los, sugerindo cores diferentes.

[...] então vamos procurar deixar elas bem separadas uma das outras a prestar bem a atenção na hora que for pegar, um alerta, de uma comunicação de todos os funcionários de uma maneira geral. (P7)

Têm embalagens muito parecidas e pode acontecer [...]. A cor, tudo muito parecido [...]. Aí eu falei: coloca uma cor diferente. A gente quase não usa, mas o Nitrato vinha igual a Aminofilina, pegaram e colocaram um colorido ali para mostrar bem que não era. Ficava junto. O rótulo do frasco tem que ser diferente, bem diferente. (P17).

Porque eu já vi frascos parecidos, semelhantes a mesma caixinha que era de outra medicação e ali era lugar de outra medicação. Tem que olhar várias

vezes. Pelo menos umas duas tu olhas e olhas de novo. [...]. Até por cores tu pega uma Ranitidina, uma Furosemida que são leitosas, aí pega uma Domperidna, claro que os frascos são diferentes, mas vá que alguém troque, a farmácia comece a usar frascos diferentes. Então tu olhas mesmo, sempre. Os frascos não serem parecidos ajuda bastante. [...], então tu olhas umas duas, três vezes. É uma forma de se seguir tranquila até o paciente. (P18)

Eu acho que seria sobre armazenamento de medicação, uma identificação bem ampla de algumas medicações para a gente ter um cuidado, eu acho que seria mais ou menos assim, uma identificação das medicações talvez fosse uma estratégia para a gente ter bastante cuidado, os rótulos bem visíveis. (P21)

As enfermeiras referiram que são responsáveis pela supervisão periódica dos auxiliares e técnicos de enfermagem, preocupando-se em conversar com os mesmos, sanando suas dúvidas e buscando informação para saná-las. Discutem com os mesmos a prescrição de cada paciente, realizando periodicamente reforço verbal acerca dessas medicações, principalmente enfatizando os cinco certos como importantes para garantir uma administração segura, responsabilizando-se por toda a ação realizada por esses.

[...] conversar com as pessoas, acho que isso não é só uma estratégia, é uma exigência. Eu tirei a medicação e aí acabou a minha responsabilidade, não a tua responsabilidade não acaba. (P3)

De conversar com as pessoas, de não constranger. [...] conversar com o pessoal, os cuidados com a prescrição, ver bem as quantidades, para as gurias cuidarem as doses, a questão da seringa de um ml. (P8)

Então, eu acho que é informação, tem bilhetinhos para tudo que é lado, nós temos um livro de recados que serve para isso. (P10)

A estratégia que eu acho é o reforço verbal, tem que cuidar. Sempre tem uma coisa diferente, o reforço verbal é muito grande, estamos sempre questionando até os colegas [...]. A gente tem que ter bastante cuidado. Sempre dobrado, se é o leito certo, se é a medicação certa, se é a quantidade certa. (P17)

Referiram que nem o curso técnico, nem o curso superior fornecem uma formação em Farmacologia aprofundada. Assim a capacitação profissional para a administração de medicamentos precisa ser continuada, para impedir que a prevenção do erro de medicação se de apenas pelo interesse pessoal de cada trabalhador se capacitar.

Quem já fez o curso sabe que a gente não tem aula de Farmacologia e nem na faculdade [...], a gente não tem aprofundado para a área da enfermagem, de como a gente tem que administrar esses medicamentos. Eu acho muito importante a gente trabalhar muito sobre as diluições [...] (P23)

[...] vai aprender na prática, e tu vai aprender se te ensinarem, se te derem um curso ou um minicurso. Então como é que eu vou cobrar o meu funcionário, como é que eu vou julgar, condenar se eu, condenar se eu também não ofereci para ele um recurso básico para não acontecer esse erro [...] (P23).

[...] porque se eu não dou treinamento, se eu te jogo aqui dentro, [...], porque eu estou acostumada com adulto que eu faço grandes diluições, que eu faço uma ampola inteira, [...]. Eu não sou obrigada a saber disso (P23).

Apontaram como estratégia de prevenção de erros de medicação a realização de pesquisas, que mostrem, a partir dos resultados a possibilidade de mudanças e soluções para um fazer mais embasado cientificamente.

Se os trabalhos de pesquisa existem para poder identificar os erros, não adianta eu chegar aqui e falar que tudo é lindo e maravilhoso. Eu tenho que dizer o que é real, que é para ver se alguém faz alguma coisa. Se em cima de um trabalho de vocês, alguém chega e diz que vamos tentar mudar isso através dessas respostas, para mostrar para o pessoal que tem embasamento para isso e vamos fazer diferente (P23).

5 DISCUSSÃO DOS DADOS

O estudo revela que a equipe de enfermagem tem uma preocupação com a questão da administração de medicamentos, e o mesmo percebe que a educação permanente da equipe, a experiência dos profissionais e o comprometimento de cada profissional da equipe, são fatores que podem diminuir a ocorrência de erros na UTI Neonatal e Pediatria. Promover práticas seguras exige a participação de todos os indivíduos envolvidos no processo de uso de medicamentos. (AMER,2012)

Os estudos sobre segurança do paciente foram impulsionados a partir de 2004 com a publicação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e a enfermagem pediátrica adquiriu vários auxílios destes estudos para a prática do cuidado seguro à criança hospitalizada (WEGNER et al, 2017). Promover práticas seguras exige a participação de todos os indivíduos envolvidos no processo de uso de medicamentos. Toda a equipe que participa do cuidado da criança deve receber apoio dos administradores e líderes organizacionais, devendo tê-los como parceiros ativos e responsáveis pela segurança dessa população tão frágil, participando na concepção e sustentação de um sistema de uso de medicação segura e eficiente (AMER, 2009).

As metas internacionais para a segurança do paciente da OMS e o PNSP podem servir como pontos de partida para a discussão da temática, porém é necessário observar os diferentes contextos dos níveis de atenção. O foco sobre o tema segurança do paciente, nas diferentes instituições de saúde, precisa estar centrado na educação, melhoria e fortalecimento dos processos de cuidado e compartilhamento da responsabilidade entre todos os atores envolvidos – profissionais da saúde, pacientes e familiares (EBERLE, SILVA, 2016).

As instituições de saúde brasileiras enfrentam a carência de organização em saúde, métodos de trabalho por hierarquia e com punições, troca frequente da equipe e com profissionais pouco capacitados, equipamentos com defeitos e problemas com a estrutura física. Em consonância, o MS, a ANVISA e outros órgãos federais tem implantado políticas em que melhorem o atendimento, resultando assim uma melhora na segurança do paciente (SILVA et al., 2016).

Como cuidado de enfermagem os participantes do estudo relataram a importância do registro da medicação administrada no prontuário, também relatando a importância da participação do acompanhante na hora da administração das

medicações, garantindo assim a não ocorrência de erros na hora da administração dos medicamentos.

Entende-se que a capacidade de prestar um atendimento de qualidade para assegurar a segurança do paciente na enfermagem pediátrica está conectada as diversas formas no desenvolvimento do cuidado que se iniciam na qualidade dos registros das informações em prontuário, do uso de checklists nos procedimentos, bem como a introdução de melhorias no processo da administração de medicamentos, na formação profissional, além do envolvimento dos pais como parceiros no processo de cuidado (WEGNER, 2017).

Também há a necessidade do fortalecimento e da estimulação dos profissionais a registrarem os erros e eventos adversos nas unidades, trocando assim a cultura habitual de punição pela segurança do paciente, em que promova um clima no ambiente de trabalho, valorizando e estimulando a segurança do paciente (MACEDO et al., 2016).

A supervisão da equipe pelo Enfermeiro é vista nesse estudo como um cuidado, pois durante a administração do medicamento podem ocorrer dúvidas e o Enfermeiro deve estar atento para saná-las. O preparo e a administração das medicações são de responsabilidade de toda a equipe de enfermagem. No entanto, o enfermeiro é o responsável pelo planejamento, orientação e supervisão das práticas relacionadas à terapia medicamentosa. Sendo preciso ter o conhecimento sobre a droga a ser administrada, sua ação, via de administração, interações e efeitos adversos, evitando assim, o erro de medicação (FERREIRA; ALVES; JACOBINA, 2014).

Não podemos esquecer que, segundo o Código de Ética, compreende-se que: a (o) Enfermeira (o) é responsável por conhecer a ação do medicamento e seus efeitos colaterais, administrando-o de forma correta, e realizando a monitorização desse medicamento de forma precisa e responsável (BRASIL, 2007). Sendo assim, o enfermeiro deve entender que o medicamento é um instrumento devendo ter o compromisso com os resultados do uso, assim como, suas práticas administrativas devem assegurar um processo seguro no seu uso (CAMERINI, SILVA, 2011).

Os participantes do estudo também relataram a preocupação em rotular todas as seringas colocadas na bandeja para que as mesmas não se misturem, evitando assim que o erro ocorra. Segundo Souza et al. (2014), ao organizar as seringas na bandeja, as medicações devem ser rotuladas individualmente para que não haja a troca de medicação entre os pacientes.

As falas dos participantes corroboram com estudo que enfatizou a importância dos certos na hora da administração do medicamento como forma de evitar os erros. Salientando que é necessário que os profissionais coloquem em prática os certos da medicação para orientar suas ações, também devem ficar atentos a data de validade e o tempo em que cada medicação deve ser infundida, esse processo seria favorecido com a utilização de protocolos e acordos entre as equipes. Conseqüentemente, o ato do preparo da medicação exige da equipe de enfermagem atenção redobrada, assegurando uma assistência segura (BECK et al., 2014).

A administração de medicamentos é uma das ações de maior responsabilidade da equipe de enfermagem, especialmente do enfermeiro. Em estudo, ABREU (2016), relatou que os acadêmicos ressaltaram o uso dos certos nessa prática como um cuidado na segurança do paciente, bem como a higienização das mãos.

Transcrever a medicação para papéis também é um cuidado visto por outro estudo como uma estratégia para evitar o erro. Estudo verificou que a transcrição da prescrição em papéis é uma estratégia, permitindo que a ação de preparar a medicação não seja por memorização, porém essas informações devem ser as mais completas possíveis para se evitar o erro (QUEIROZ et al.; 2012).

Nesse contexto, sobre erros de medicação a equipe de enfermagem do presente estudo mostrara-se comprometida com os cuidados que devem ser atribuídos a todo o processo de administração de medicação, que se inicia na prescrição médica e se finaliza na avaliação após a administração dos medicamentos. Em se tratando de crianças, os cuidados devem ser redobrados, como já citado, por serem seres com uma superfície corpórea diminuída, e por não existirem formulações específicas para as suas características fisiológicas.

As modificações bioquímicas e fisiológicas acontecem desde o momento do nascimento até a fase adulta. Essas mudanças influenciam de forma importante nos mecanismos de absorção, distribuição, metabolização e excreção dos produtos farmacêuticos. Por esse motivo as fases de desenvolvimento do indivíduo fazem parte de uma das principais variáveis que podem interferir na metabolização dos medicamentos e, por conseguinte os efeitos no organismo. Sendo assim, crianças não podem ser vistas como “adultos pequenos”, pois possuem reações diferentes aos efeitos farmacológicos dos mesmos (SANTOS, 2009).

Um estudo realizado sobre a comparação entre a lista de medicações essenciais para crianças da OMS e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

(RENAME) concluiu que existe uma carência de formulações adequadas para a idade, de medicamentos fundamentais para crianças no Brasil, de grupos terapêuticos e de medicamentos fundamentais para quadros clínicos graves. Poucos desses produtos são vistos no mercado farmacêutico brasileiro, porém não são encontrados em unidades públicas; outros poderiam ser fabricados por laboratórios nacionais com interesse comercial ou incentivados por uma política governamental específica, como é realizado em outros países (COELHO et al., 2013).

Quanto ao erro de medicação os participantes demonstram conhecer os tipos de erros que envolvem o processo de administração de medicamentos, vindo ao encontro com achados em outras pesquisas. Em análise realizada em estudo que objetivou conhecer os erros mais comuns cometidos no processo de medicação por profissionais de saúde, foram identificados os erros de dose, a administração do medicamento errado, via inadequada de administração e administração ao paciente errado. Existiu mais de um erro (vários erros diferentes) presentes na mesma ocorrência em alguns dos casos verificados (ZAKHAROV, TOMAS, PELCLOVA, 2012).

Jordão et al. (2012), afirmou que no nosso cotidiano nos deparamos com os erros de medicação que podem ser: de prescrição, dispensação, armazenamento, diluição e administração dos fármacos. Compreende-se que essas questões não estão associadas apenas com a equipe de enfermagem, mas ao conjunto da equipe de saúde.

Em uma revisão integrativa que objetivou identificar as evidências e as implicações dos erros na administração de medicamentos na segurança do paciente, identificou entre os artigos incluídos na amostra final dessa revisão, a dose e a medicação erradas, a troca de paciente e o erro de horário como as falhas que mais apareceram no processo de administração dos medicamentos nos serviços de saúde. Assim, devido ao grande número de estudos encontrados sobre o tema mostra a grande preocupação dos pesquisadores, profissionais de saúde e gestores quanto a este tipo de evento. Sendo que, estes acontecimentos são responsáveis por causar danos irreversíveis e até mesmo a morte (GOMES et al., 2016).

Os erros de medicação acontecem em decorrência de uma sucessão de acontecimentos em um plano mal elaborado. Não se pode atribuir o acontecimento de um erro somente ao comportamento equivocado da pessoa, é necessário levar em conta os vários fatores que induziram ao erro como: conhecimento falho sobre as

medicações a serem administradas, falhas na memória, erros de transcrição, falha na conferência de doses, falhas com dispositivos de infusão, falhas no monitoramento do paciente, falhas na conservação e dispensação dos medicamentos e falta de padronização de medicamentos (ANACLETO et al., 2012).

Os participantes da pesquisa demonstraram, em sua maioria, não ter conhecimento dos protocolos de notificação da ocorrência de erros, isso é preocupante devido a ser uma forma de traçar estratégias para assegurar uma assistência segura. A definição de protocolos assistenciais apropriados em que permitam um rastreamento precoce de riscos e permitam o emprego de ações propícias, constituindo uma conquista na qualidade da assistência de enfermagem, especialmente em ambientes em que as decisões devem ser adotadas imediatamente, tanto em função do diagnóstico como a prováveis danos à saúde do paciente (PAES; MESQUITA; MOREIRA, 2016).

Afirmaram que na instituição já houve alguns cursos, mas, que direcionados a equipe só são realizados no próprio setor quando há alguma dúvida sobre alguma medicação. Porém estudos afirmam que a Educação Permanente da equipe é uma forma de prevenir os erros de medicação e uma forma de atualização da equipe. Diante do exposto quanto aos erros de medicação a educação permanente é a principal forma de atualizar o conhecimento, formando assim profissionais mais competentes que possam corrigir os erros antes que eles atinjam o paciente e tragam consequências graves para os mesmos (TOBIAS et al., 2016).

Os participantes afirmaram que são realizados microensinos no horário de trabalho, corroborando com MONGILLI et al. (2017) que afirmou que o Enfermeiro como responsável pela equipe deve proporcionar a educação permanente, melhorando assim a assistência e evitando a incidência de erros que ocorram devido a imperícia, imprudência e negligência. A instituição como empregadora e responsável por seus profissionais deve promover a prática da educação permanente sobre a atuação ética do enfermeiro frente aos erros de medicação, oferecendo recursos para tal, melhorando a qualidade técnico-científico de sua equipe, garantindo assim a qualificação da assistência oferecida na instituição e a segurança do paciente (MONGILLI et al., 2017).

Os gestores e profissionais devem ser envolvidos em um ambiente em que sejam promovidas discussões e proporcionem o aprendizado, garantindo assim que existam momentos em que se reflita em torno da segurança do paciente, bem como

as peculiaridades que compreendem o paciente pediátrico (MACEDO et al., 2016). Também é visto numa análise dos resultados desse estudo a importância da inserção no currículo da graduação e curso Técnico de Enfermagem o Tema Segurança do Paciente, para um melhor entendimento sobre o tema, pela sua complexidade e importância no cuidado seguro do paciente.

Em um estudo que objetivou analisar Projetos Pedagógicos de cursos de graduação em Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Medicina da Universidade Federal de São Paulo, verificou que a introdução e a tentativa de padronizar os conteúdos sobre segurança do paciente ainda é uma proposta recente nas escolas do Brasil e ainda não integra os objetivos escolares. Demonstrando a importância de uma revisão dos Projetos Pedagógicos, em que se abranja uma abordagem interdisciplinar, bem como transdisciplinar, sendo as mudanças são contínuas na sociedade contemporânea, e a universidade como importante formador deve estar à frente dessas discussões (BOHOMOL, FREITAS, CUNHA, 2016).

Um participante também afirmou a importância das pesquisas sobre a Segurança do Paciente na Administração de Medicamentos para um melhor conhecimento sobre o tema. Referiram que nem o curso técnico, nem o curso superior fornecem uma formação em Farmacologia aprofundada. Assim a capacitação profissional para a administração de medicamentos precisa ser continuada, para impedir que a prevenção do erro de medicação se de apenas pelo interesse pessoal de cada trabalhador se capacitar.

Wegner et al. (2016) afirma que a equipe de enfermagem possui pouca instrumentalização na sua formação para enfrentar os erros, especialmente, porque é envolvido o sentimento de incompetência, culpa, vergonha e reduzido conhecimento científico. Também há o medo de sanções jurídicas, éticas e sociais que definem o profissional que não está preparado para prestar um cuidado com segurança.

O estudo mostrou que a equipe de enfermagem adota diversas estratégias para prevenir erros de medicação. Os erros de medicação são um desafio para os profissionais e para as instituições de saúde que precisam traçar estratégias para sua prevenção e conseguir realizar uma abordagem sistêmica desses erros, sendo necessário investigar cada acontecimento para poder conhecer as prováveis e verdadeiras causas desse evento (QUEIROZ et al., 2012).

Também a equipe reconhece a importância da família no momento da administração da medicação como parceiro evitando a ocorrência do erro. A equipe

de enfermagem deve desenvolver estratégias em que a família se sinta segura durante a assistência, tornado suas emoções negativas em expectativas de recuperação, transmitindo tranquilidade e segurança à criança, sendo assim a criança torna-se mais colaborativa, tornado o trabalho da equipe mais facilitado (TEIXEIRA et al., 2017).

Porém em outro estudo ficou evidenciado que os enfermeiros manifestam pouco entendimento de como o familiar auxiliaria na prevenção de eventos adversos e ressaltam o despreparo dos profissionais em utilizar a família como participantes no cuidado da criança hospitalizada. A presença da família ainda é vista pela equipe como fiscalizadora do cuidado dispensado à criança, ou ainda como encarregada por realizar as ações consideradas menos importantes (SOUSA et al., 2017). Wegner et al. (2017) destacou que na prática de enfermagem o acompanhante deve ser um parceiro para a promover a segurança do paciente pediátrico, servindo como barreira para que ocorram erros.

O estudo revelou que os profissionais da equipe de enfermagem têm uma preocupação com a questão da administração de medicamentos, e percebem que a educação permanente da equipe, a experiência dos profissionais e o comprometimento de cada profissional da equipe, individualmente, são fatores que podem diminuir a ocorrência de erros na UTI NEO e Pediatria.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os erros de medicação são o objeto de estudo desta pesquisa. A mesma objetivou conhecer a percepção de trabalhadores de enfermagem acerca dos erros na administração de medicamentos relacionados à segurança do paciente neonatal e pediátrico.

Quanto aos tipos de erros de medicação conhecidos os participantes referiram erros na diluição dos medicamentos e na dose da medicação a ser administrada na criança devido às diferentes apresentações dos medicamentos adquiridos pela farmácia do hospital. Outra justificativa para esses erros é que ter que administrar doses muito pequenas de medicamentos, pode induzir os trabalhadores a erros durante o seu fracionamento.

Relataram que um dos erros que podem ocorrer na administração de medicação é a troca de medicamentos a serem administrados. Justificam tal fato por terem que preparar medicamentos com rótulos e ampolas muito parecidas. Referiram também que, geralmente, há uma desatenção dos profissionais ao pegar a medicação do box do paciente ou do carro de urgência. Também foi referido como erro a velocidade da infusão do medicamento, o que pode ocasionar efeitos colaterais da medicação.

Podem ocorrer erros na via de administração de medicamentos. Tais erros são muito graves, pois podem colocar em risco a vida dos pacientes. Citaram, também, como erro na administração de medicamentos a falta de cuidado como não testar o acesso venoso antes da administração da medicação, podendo causar lesões teciduais severas, causar a obstrução da PIC (cateter de inserção periférica) por não cuidarem o tipo de medicação e velocidade da infusão, levando à necessidade da punção de um novo acesso venoso.

A troca de pacientes foi citada por três participantes do estudo como um dos erros possíveis de ocorrer durante a administração de medicamentos. Pode, também, ocorrer de ser prescrito dois medicamentos incompatíveis e serem aprazados no mesmo horário.

Verificou-se, que os erros na administração de medicamentos são mais comuns do que se imagina e a maioria deles ocorrem por desatenção dos profissionais na hora

do preparo e administração de medicamentos. Preocupam-se que o erro não cause danos irreversíveis à criança, não sendo de maior gravidade. Referiram que quando um colega erra, todos os membros da equipe se sentem responsáveis pelo erro.

Reforçaram a necessidade de comunicar o erro de forma a reverter ou minimizar seus danos. Compreendem que o erro pode acontecer porque as pessoas não são perfeitas. As pessoas erram por descuido e, nesse sentido, o erro ou falha pode ser identificado, causando um abalo psicológico no profissional, pois é consciente do que seu erro poderia causar. Acreditam que em algumas situações a desatenção do profissional que levou ao erro pode estar ligada a diversos fatores externos que interferem no seu desempenho como por exemplo, estar cansado, preocupado, estressado.

Em relação às providências tomadas frente aos erros a criança fica sob avaliação constante da equipe no sentido de verificar a ocorrência de algum evento adverso. Em algumas situações não é comunicado ao médico por não ter sido considerado grave. A criança é avaliada e fica sob os cuidados da equipe de enfermagem.

Geralmente, a chefia imediata é comunicada frente ao erro e a enfermeira de plantão verifica como reverter os danos ou administrar as sequelas ocasionadas pelo erro. Quando avaliam que o erro na administração de medicamentos pode trazer consequências, expondo a criança a riscos, o médico é comunicado, pois o objetivo é evitar danos à criança. Destacam que ninguém erra por querer e atitude que deve ser tomada é observar a criança e atuar sobre os seus sintomas.

No caso de administração de uma medicação alterada o médico é comunicado e a medicação é analisada pelo laboratório de análises clínicas para avaliar os riscos que a criança tenha sido submetida e poder determinar as ações para poder minimizá-los. Quando ocorre um erro verifica-se a preocupação da equipe em discutir acerca do mesmo para chamar a atenção e todos passam a observar e ter mais cuidado na administração de medicamentos.

Uma das participantes do estudo referiu a preocupação de registrar o erro no prontuário da criança, pois caso este tenha alguma consequência, o que ela considerou uma iatrogênia, saiba-se o que aconteceu e como proceder. Dependendo do tipo de erro e das providências a serem tomadas para minimizar o seu impacto os profissionais da equipe decidem se a família da criança será informada sobre o fato.

Referiram “pesar na balança” se irão ou não contar para a família para não arriscar que está perca a confiança na equipe.

Os profissionais desconhecem a existência de protocolos de erros de administração de medicamentos. Alguns sabem de sua existência, mas nunca o viram. Uma das participantes ficou sabendo da existência do protocolo devido ter vivenciado uma situação em que uma enfermeira da unidade assinou o protocolo de notificação devido a um erro na administração de uma vacina em uma criança:

Verificou-se como importante a participação em atividades de educação permanente que discutam cálculos de doses. Destacam que a alta rotatividade do setor torna necessária a capacitação constante dos trabalhadores para evitar erros na administração de medicamentos. Alguns participantes mencionaram que existem várias atividades de educação permanente, mas não sabem se existiram cursos específicos na administração de medicamentos. Outros profissionais relataram que de vez em quando ocorrem cursos sobre a temática, mas não participaram de nenhum por não terem tempo disponível.

Segundo os trabalhadores o Serviço de Educação Permanente já realizou diversos cursos sobre a temática, realizando oficinas práticas acerca de medicações, doses, cuidados na administração, cálculos, técnicas de diluição. Mas acreditam que a temática erros na administração de medicamentos não tenha sido abordada em nenhum desses cursos.

Referiram que, apesar dos trabalhadores terem seis horas semanais disponíveis para participações em reuniões e cursos, a participação nas atividades de Educação Permanente é baixa, por isso acreditam que realizar cursos no horário de serviço seria mais fácil. Fora do horário de trabalho acham complicado, pois alguns moram fora da cidade, fazem faculdade ou tem compromissos familiares.

A baixa participação nos cursos promovidos pelo serviço de Educação Permanente deve-se ao desinteresse e à acomodação dos trabalhadores. Acreditam que, principalmente, os trabalhadores com mais experiência ficam mais acomodados, mas reconhecem a importância de uma reciclagem, pois sempre há conhecimentos novos a serem aprendidos. Uma das participantes do estudo referiu não participar das atividades da Educação Permanente por tratarem de cursos com pouca carga horária, que não contam para a progressão funcional dos trabalhadores.

Algumas participantes achariam interessante que as atividades da Educação Permanente fossem fora do horário de serviço. Referiram que durante o turno de

trabalho o plantão é tumultuado e não conseguem participar das atividades, atuam em ritmo acelerado e não conseguiriam sair da unidade.

Apesar de não participarem das atividades do setor de Educação Permanente referiram discutir a temática no próprio setor em que atuam, realizarem treinamento em serviço e minicursos relacionados à temática. Referiram que atividades de curta duração mantêm mais a atenção e interesse dos membros da equipe do que cursos mais extensos. Referiram que não foram realizados cursos específicos para atuação na pediatria e UTI neonatal. Acreditam que por tratar-se de uma clientela com características muito específicas, os cursos deveriam ser diferenciados.

O erro de medicação na pediatria é considerado como muito grave, devendo ser combatido por meio da conscientização dos profissionais. Estes devem receber treinamento periódico e supervisão direta de forma a desenvolver uma maior responsabilidade a partir do conhecimento e informações recebidas.

Como estratégias utilizadas pelos trabalhadores para evitar erros de medicação citaram anotar a medicação administrada a partir da prescrição médica, procurando se familiarizar com a prescrição. Alguns dos auxiliares/técnicos de enfermagem discordam da estratégia utilizada na Unidade de Pediatria e UTI Neonatal de que a enfermeira retire as medicações e eles é que preparam e administram, devido ao fato de que atualmente, muitas enfermeiras novas tem realizado plantões na unidade e não tem experiência na rotina da unidade e não tem experiência no uso das medicações específicas do setor.

Apesar de alguns auxiliares/técnicos de enfermagem discordarem de o enfermeiro retirar a medicação, outros concordam, por entender que é importante a prescrição passar por várias pessoas antes de chegar ao paciente. Acreditam como necessário que, mesmo que o enfermeiro retire a medicação o auxiliar/técnico de enfermagem deve conferi-la na prescrição como forma de sentir-se mais seguro nessa administração.

Utilizam fixado próximo ao balcão do preparo de medicação, na UTI Neonatal e na Unidade de Pediatria, um cartaz informando as (in) compatibilidades entre os medicamentos, evitando assim a precipitação de medicamentos ou que um potencialize ou iniba o efeito do outro, tal estratégia mostra preocupação com a diluição dos medicamentos, mostrando a necessidade da existência de protocolos específicos, cartilhas, cartazes.

Referiram como estratégia manter-se informado acerca das medicações, divulgar para toda a equipe os cuidados que se deve ter, principalmente as medicações a serem administradas no setor. Preocupam-se com a realização de microensinos em serviço em todos os turnos de forma a manter a equipe atualizada e atenta para que não ocorram erros na administração de medicamentos

Tomam o cuidado de armazenar medicações que possuem rótulos parecidos bem separadas das outras. Alertam a todos para que prestem atenção na hora de pegarem as medicações para que não haja erros. Precisam estar cientes das medicações que possuem frascos parecidos para diferenciá-los, sugerindo cores diferentes. Identificam que o momento do preparo e administração dos medicamentos é muito especial, necessitando atenção redobrada para não se distrair, ter conhecimento acerca de cada medicação para evitar riscos na sua administração e responsabilizar-se pela realização de todo esse processo.

As enfermeiras referiram que são responsáveis pela supervisão periódica dos auxiliares e técnicos de enfermagem, preocupando-se em conversar com os mesmos, sanando suas dúvidas e buscando informação para saná-las. Discutem com os mesmos a prescrição de cada paciente, realizando periodicamente reforço verbal acerca dessas medicações, principalmente enfatizando os cinco certos como importantes para garantir uma administração segura, responsabilizando-se por toda a ação realizada por esses.

Referiram que nem o curso técnico, nem o curso superior fornecem uma formação em Farmacologia aprofundada. Assim a capacitação profissional para a administração de medicamentos precisa ser continuada, para impedir que a prevenção do erro de medicação se de apenas pelo interesse pessoal de cada trabalhador se capacitar.

Apontaram como estratégia de prevenção de erros de medicação a realização de pesquisas, que mostrem, a partir dos resultados a possibilidade de mudanças e soluções para um fazer mais embasado cientificamente.

Os dados do estudo apresentam a temática segurança do paciente em relação à administração de medicamentos e os erros de medicação em UTI neonatal e Unidade de Pediatria como complexa, exigindo dos profissionais da equipe de enfermagem habilidades e competências para o seu enfrentamento. A equipe de enfermagem no contexto da administração de medicamentos exerce um papel importante no que tange aos cuidados relacionados ao preparo, administração e

avaliação do paciente após a administração de medicamentos, sendo o enfermeiro responsável pela educação permanente de sua equipe e por todo o processo medicamentoso segundo o seu código de ética, ficando assim responsável por qualquer evento que ocorra durante esse processo.

Acredita-se ter propiciado a reflexão e conscientização dos profissionais de enfermagem acerca da segurança do paciente neonatal e pediátrico quanto à administração de medicamentos e acerca dos erros de medicação, contribuindo dessa forma para a realização de práticas mais seguras e humanizadas no ambiente do cuidado.

REFERÊNCIAS

ABREU, R.N.D.C.A. et al. **Revista Enfermagem Contemporânea**. v.5, n2, pg. 193-200. Jul/ Dez. 2016

ALSULAMI, Z., CONROY, S.; CHOONARA, I. Double checking the administration of medicines: What is the evidence? A systematic review. 2013.

ANACLETO, T.A. et al. Farmácia hospitalar: erros de medicação. *Pharfamia Brasileira* [periódico on line]; 2012. Disponível em:
http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/124/encarte_farmaciahospitalar.pdf

ARBOIT, L.E.; SILVA, L.A.A.S.; Eventos adversos relacionados a terapia medicamentosa na enfermagem. **Revista de Enfermagem**, v.8, n.8, p. 140-153, 2012

AMER, J. Perinatol. Segurança de medicamentos em Neonatologia. Thieme Medical Publishers 333 Seventh Avenue, New York, NY 10001, EUA, v.29, n.01, pg. 49-56, 2009

BAPTISTA, S.C.F. Análise de erros nos processos de preparo e administração de medicamentos em pacientes pediátricos. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, FIOCRUZ, Rio de Janeiro: 2014. 148folhas.

BARROS, A. P. - Práticas no preparo e administração de medicamentos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica: uma pesquisa-ação. Tese em saúde da criança e do adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco, Recife: 2015. 121 pg.

BELELA, A. S. C.; PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINE, M. A. S. Erros de medicação em pediatria. **Rev. Bras. de Enferm.** Brasília: v.64, n.3, June 2011.

BECK, S.T. et al. Erro de medicação em um hospital universitário: percepção e fatores relacionados. **Enfermeria Global**. n.35, 2014

BOHOMOL, E.; FREITAS, M. A. O.; CUNHA, I. C. K. O. Ensino da segurança do paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres. **Comunicação saúde educação. Interface**. Botucatu: v. 20, n. 58, pg. 727-41. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES N. 3, de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 09 nov 2001. Seção 1, p. 37.

BRASIL, Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 333, de 19 de novembro de 2003. Dispõe sobre a rotulagem de Medicamentos e outras providências. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public>.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem Internet, 2007.

BRASIL. Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde. vol.1, n. 1. Brasília: GGES/Anvisa, 2011.

BRASIL, Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA- RDC nº 33, anexo 3, de 25 de julho de 2013. Dispõe sobre a instituição de ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

_____. Diário oficial da união. Seção 1. Portaria nº 1600, 7 de julho de 2011.

_____. Diário oficial da união. Seção 1. Portaria nº 529, 1º de abril de 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

Brasil - Ministério da Saúde. Anexo 03: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos [página na Internet]. Disponível em: <http://www.pa2online.org/abstracts/Vol7Issue4abst143P.pdf>.

CAMERINE, F.G.; SILVA, L.D. Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis: v. 20, n. 1, pg. 41-9, Jan- Mar, 2011.

COELHO, H.L. et al. A critical comparison between the World Health Organization list of essential medicines for children and the Brazilian list of essential medicines (Rename). **J Pediatr (Rio J)**, v.89, p.171-8, 2013.

Conselho Regional de Enfermagem São Paulo, 10 Passos para a Segurança do Paciente. **Conselho regional de enfermagem do estado de São Paulo e Rede Brasileira de enfermagem e Segurança do Paciente:** 2010.

CORBELLINE, V.L. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília: v. 64, n. 2, pg. 241-7, mar-abr, 2011.

CORRÊA, M. C. A percepção da equipe de enfermagem sobre fatores que podem influenciar a ocorrência de erros na medicação, 2014, 91p. Dissertação (mestrado). Centro de Pós-Graduação e Extensão. Universidade Guarulhos, Guarulhos-SP, 2014.

DALMOLIM, G. R. S; GOLDIM, J.R. Erros de Medicação em hospitais: considerações a partir da Bioética. **Rev Assoc Med Bras**. v. 59, n.2, pg.95–99.2013.

Decreto lei nº94.406/87 de 25 de junho de 1986. Regulamenta a Lei nº 7.498 que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF).

EBERLE, C.C.; SILVA, A.P.S.S. Comprensión De Los Estudiantes De Enfermería Sobre La Seguridad Del Paciente. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador: v. 30, n. 4, pg. 1-9, out. /dez. 2016

FERREIRA, M. M. M; ALVES, S.F.; JACOBINA, F.M.B. O profissional de enfermagem e a administração segura de medicamentos. **Revista Enfermagem Contemporânea**. V.3, n.1, pg.61-69, jun. 2014.

FORTE, E. C. N.; MACHADO, F. L.; PIRES, D. E. P. A relação da enfermagem com os erros de medicação: uma revisão integrativa. **Cogitare Enferm**. v. 21 n. esp, pg. 01-10. 2016.

GOMES, A.T.L., et al. Erros na administração de medicamentos: evidências e implicações na segurança do paciente. **Cogitare Enferm**. v. 21, n.3, pg. 01-11. Jul/set. 2016.

GUSTAVO, D.S. et al. Errores de medicación em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Enfermeria Glonal**. n. 33, pg. 370- 84. Enero, 2014.

HARADA, M.J.C.S., et.al. Segurança na administração de medicamentos em pediatria. **Acta Paul.Enferm**. São Paulo: v. 25, n.4, 2012.

ILHA, P. et al. Segurança do paciente na percepção de acadêmicos de enfermagem. **Cogitare Enferm**. v. 21 n. esp, pg. 01-10, 2016.

INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES. List of High-Alert Medications. ISMP 2009.

JORDÃO, M.M. et al. Tecnologias utilizadas pela enfermagem na prevenção de erros de medicação em pediatria. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n.3, p.147-150, 2012.

KOUMPAGIOTI, D. et al. Evaluation of the medication process in pediatric patients: a meta-analysis. **Jornal de Pediatria** (versão em português). Vol. 90, Issue 4, July - August 2014. 344-355.

LANZILLOTTI, et al. Eventos adversos e outros incidentes na unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.3, pg. 937-946, 2015.

LATIF, A. et al. National Study on the distribution, causes, and consequences of voluntarily reported medication errors the ICU and non-ICU settings. **Crit Care Med**.; v.41, n. 2, pg.389-9. 2013.

LOPES, D. M. A. et al. Análise da rotulagem de medicamentos semelhantes: potenciais erros de medicação. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 1, p. 95-103, Feb. 2012.

LOUREIRO, C. V. et al. Uso de medicamentos off-label ou não licenciados para pediatria em hospital público brasileiro. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, São Paulo: v.4, n.1, p. 17-21, jan./mar, 2013.

LUZ, G.R. Erro de medicação: a visão do enfermeiro Neonatologista. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.106 folhas

MACEDO, T.R. et al. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. **Rev Esc Enferm USP** · v.50, n.5, pg.757-763. 2016

MACHADO, A.P.C. et al. Prescribing errors in a Brazilian neonatal intensive care unit. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 31, n. 12, p. 2610-2620, Dec. 2015

MAGALHÃES, T. C.; FERRARI, Carlos K. B.; DAVID, F. L. Aspectos críticos da prescrição de medicamentos em pediatria. **Evidência**, Joaçaba v. 13 n. 1, p. 5-18, janeiro/junho 2013

MINAYO, M. C. de S. **O desafio da pesquisa social**. In: MINAYO, Maria Cecilia de Souza; GOMES, Suely Ferreira Deslands Romeu (orgs.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 27ª ed. Petrópolis: Vozes, p.9-29, 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Atlas, 2009.

MONGILLI, D.C. et al. Atuação ética do Enfermeiro frente aos erros de medicação. **Enferm. Foco**; v.8, n.1, pg.62-66. 2017

MONTENEGRO, L.C; BRITO, M.J.M. Aspectos que facilitam ou dificultam a formação de enfermeiro em atendimento primário à saúde. **Invest Educ Enferm**. v.29, n.2, pg.238 -47. 2011

MONGILLI, D.C. et al. Atuação ética do Enfermeiro frente aos erros de medicação. **Enferm. Foco**. V.8, n.1, pg. 62-66, 2017

National Coordinating for Medication Error Reporting and Prevention. What is a medication error? [periódico on line]. 1998.

NAYERI, N.D. et al. The effectiveness of risk management programo n pediatric nurses medication error. **Iran J. Nurs. Midwifery Res**. v.8, n.5, p. 371-377, sept. - oct. 2013.

NIEVA VF, SORRA J Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **BMJ Quality & Safety** 2003;12: ii17-ii23.

OLIVEIRA, M.C.P.; KANASHIRO, C.A. A responsabilidade da equipe de enfermagem na administração medicamentosa. **Olhares Plurais** – Revista Eletrônica Multidisciplinar. vol.2, nº 3, 2010.

PAES, G.O; MESQUITA, M.G.R; MOREIRA, M.B. Melhores Práticas Aplicadas à Segurança do paciente na Administração de Medicamentos. Rev. enferm. UFPE on line, Recife: v. 10, n.6, pg. 4969-73, dez., 2016.

PARANAGUA, T.T.B. et al. Prevalência e fatores associados aos incidentes relacionados à medicação em pacientes cirúrgicos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 41-47, Feb. 2014.

QUEIROZ et al. Análise de Interações Medicamentosas Identificadas em Prescrições da UTI Neonatal da ICU-HGU. UNOPAR **Cient Ciênc Biol Saúde**; v.16, n.3, pg. 203-7, 2012.

ROSA, M.Bet al . Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos.**Rev. Saúde Pública**, São Paulo: v. 43, n. 3, p.35, June 2009.

ROSA, R.T. et al. PATIENT SAFETY IN THE PRACTICE OF NURSING CARE: NURSES' PERCEPTIONS. **Cienc. enferm., Concepción**, v. 21, n. 3, p. 37-47, dic. 2015.

SALAMANCA Declaration To Promote Safe Medication Practices Globally,2006

SANTOS, L. Medicamentos potencialmente perigosos, não aprovados e de uso off label em prescrições pediátricas de um hospital universitário. 2009. 75 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas)–Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

SANTOS, D.M. et al. Segurança do paciente: fatores causais de eventos adversos a medicamentos pela equipe de enfermagem. **Ciências Biológicas e da Saúde**. Aracaju: v. 2, n.2, p. 19-30, out 2014

SILVA, C.S. M. R.; VENDRAMIN, P. Problemas relacionados a medicamentos em unidade de cuidados intensivos neonatal. **Revista de Acreditação**, v.2, n. 3, p.136-147, 2012.

SILVA, G.D. et al. Erros de medicação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Enfermeria Global**, v.13, n.1, p.370-399, 2014.

SILVA, L. L. et al. Eventos adversos e outros incidentes na unidade de terapia intensiva neonatal. **Cienc. Saúde Coletiva**. v.20, n. 03, 2013.

SILVA, A. T. et al., Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde Debate**. v. 40, n.111, pg. 292-01. Rio de Janeiro: out/dez 2016.

SOUSA, B. V. N. et al. Repensando a segurança do paciente em unidade de terapia Intensiva neonatal: revisão sistemática. **Cogitare Enferm.** v. 21, n. esp, pg. 01-10. 2016

SOUSA, C.P. et al. A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro. **Texto e Contexto Enfermagem.** Santa Catarina: v. 26, n. 3, pg. 1-8. 2017.

SOUZA, S. et al. Utilização de estratégias de segurança na identificação da criança para administração de medicamentos. **Acta paul. enferm.** vol.27, n.1. São Paulo: Jan./Feb. 2014.

TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. B. Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital. **Acta paul. enferm.** São Paulo: v. 27, n. 2, p. 100-107, abr. 2014.

TEIXEIRA, M.A.P. et al. Enfermagem pediátrica e o relacionamento com familiares. *Revista Saúde e Pesquisa*, v.10, n. 01, pg. 119-25, jan/abr 2017.

TOBIAS, G.C. et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente em hospital universitário. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife: v.10, n. 3, pg.1071-9, mar., 2016.

TOMAZONI, A. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis: v. 24, n. 1, p. 161-169, mar. 2015.

TONELLO, P. et al. Avaliação do uso de medicamentos em uma unidade pediátrica de um hospital privado do sul do Brasil. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl;** v.34, n.1, pg. 101-108, 2013.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas; 2009.

URBANETO, J.S.; GERHARDT, L.M. Segurança do paciente na tríade assistência ensino pesquisa. **Rev Gaúcha Enferm.** [Internet]; v.34, n.3, 2013

VELOSO, I. R.; TELLES FILHO, P. C. P; DURÃO, A. M. S. Identificação e análise de erros no preparo de medicamentos em uma unidade pediátrica hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online).** Porto Alegre: v. 32, n.1, Mar. 2011.

WACHTER, R.M. Why diagnostic errors don't get any respect and what can be done about them. **Health Aff**, v.29, n.09, p.1605-1610, setember 2010.

WEGNER, W. Educação para a cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Esc Anna Nery**, v. 20, n.03, jul-set 2016.

WEGNER, W. et al. Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para a enfermagem pediátrica. **Rev. Gaúcha Enferm;** Porto Alegre: v.38, n.01, May 2017.

World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. Genebra (SZ): WHO; 2008.

World Health Organization (WHO). WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition [Internet]. Geneva: WHO; 2011

YOSHIKAWA, J. M. et al. Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. **Acta Paul. Enferm.**, v.26, n.1, p. 19-21, 2013.

YAMAMOTO, M. S.; PETERLINI, M. A. S.; BOHOMOL, E. Notificação espontânea de erros de medicação de medicação do hospital universitário pediátrico. **Acta Paul. Enferm. (Online)**.; v.24, n.6, p. 766-771, 2011.

ZAKHAROV, S.; TOMAS, N.; PELCLOVA, D. Medication errors—an enduring problem for children and elderly patients. *Ups. J. Sci.* v. 117, n.3, pg.309-17. Aug. 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM – EENF

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a):

Eu, _____ concordo em participar do trabalho de pesquisa desenvolvido pela mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) Cristiane M. Rocha (enfecristiane@gmail.com, CI: 3016961234), intitulado “ERROS NA

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS RELACIONADOS À SEGURANÇA DO PACIENTE NEONATAL E PEDIÁTRICO” sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Enf^ª Giovana Calcagno Gomes (giovanaalcagno@furg.br, CI: 4029635838 / telefone: 32338858). O mesmo tem por objetivo conhecer a percepção de trabalhadores de enfermagem acerca dos erros na administração de medicamentos relacionados à segurança do paciente neonatal e pediátrico. O estudo tem abordagem qualitativa e será realizado por entrevistas semiestruturadas que serão gravadas para posterior análise.

Declaro que fui informado (a):

- dos objetivos, da justificativa do trabalho e que a coleta de dados será realizada através de uma entrevista única com gravador digital;
- da garantia de requerer resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao estudo;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;
- da segurança de que não serei identificado, e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- de que serão mantidos todos os preceitos Éticos e Legais durante e após o término do trabalho, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos;
- do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho, bem como dos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de continuar participando;
- de que os resultados do trabalho serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e divulgados para a comunidade geral e científica em eventos e publicações;
- de que não terei despesas com a participação neste estudo e de que não há compensação financeira relacionada à minha participação;
- de que em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), será disponibilizado consulta com Psicóloga da PROGEP/FURG para oferta de apoio emocional e esclarecimentos
- da liberdade de obter esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde – CEPAS, da FURG, localizado no HU ou mediante contato com a pesquisadora responsável. O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com a participante da pesquisa.

Rio Grande, _____ de 2017.

Enf. Mestranda Cristiane M. Rocha
Contato: (53) 991495771

Assinatura do participante

Prof^ª. Dr^ª. Enf^ª Giovana Calcagno Gomes
Contato: (53) 32338858

APENDICE B – Instrumento de coleta de dados

Rio Grande, ____ de _____ 2017.

Nº. da entrevista: P ____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Sexo: M() F()

Idade:

Tempo de atuação no setor:

Tempo de atuação na enfermagem:

Turno de trabalho:

Trabalha em outra instituição:

-
1. Que cuidados você toma em relação à administração de medicamentos?
 2. Que tipo de erros relacionados à administração de medicamentos você conhece?
 3. Você já vivenciou a ocorrência de erros na administração de medicamentos em seu setor de trabalho?
 4. Que providências foram tomadas frente a esses erros?
 5. Existem protocolos de notificação de erros?
 6. Há programa de Educação Permanente relacionado a esta temática?
 7. Que estratégias são realizadas em seu setor com vistas a garantir a segurança do paciente relacionada à administração de medicamentos e evitar erros de medicação?
 8. Como você vê o erro de medicação na Unidade de Pediatria e UTIN?

APÊNDICE C – CEPAS



CEPAs / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER N° 71/2017

CEPAS 2512017

Processo: 23116.0003171/2017-45

CAAE: 67619317.6.0000.5324

Título da Pesquisa: Erros na administração de medicamentos relacionados à segurança do paciente neonatal e pediátrico

Pesquisador Responsável: Giovana Calcagno Gomes

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, emitiu o parecer de APROVADO para o projeto "Erros na administração de medicamentos relacionados à segurança do paciente neonatal e pediátrico".

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>. Data de envio do relatório final: 31/12/2017.

Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.

Rio Grande, RS, 22 de maio de 2017.

Prof. ^a Eli Sinnott Silva