

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**INCIDENTES DE SEGURANÇA RELACIONADOS À
TERAPIA MEDICAMENTOSA: PERCEPÇÕES DE
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE
TERAPIA INTENSIVA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Éder Luís Arboit

Santa Maria, RS, Brasil

2014

**INCIDENTES DE SEGURANÇA RELACIONADOS À
TERAPIA MEDICAMENTOSA: PERCEPÇÕES DE
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE
TERAPIA INTENSIVA**

Éder Luís Arboit

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf), Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**

Orientadora: Enfa. Dra. Silviamar Camponogara
Co-orientadora: Enfa. Dra. Tânia Bosi de Souza Magnago

Santa Maria, RS, Brasil

2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Arboit, Éder Luís
Incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa: percepções de profissionais de enfermagem de terapia intensiva / Éder Luís Arboit.-2014.
124 p. ; 30cm

Orientadora: Silviamar Camponogara
Coorientadora: Tania Bosí de Souza Magnago
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2014

1. Enfermagem 2. Erros de Medicação 3. Segurança do Paciente 4. Unidades de Terapia Intensiva I.
Camponogara, Silviamar II. Bosí de Souza Magnago, Tania III. Título.

© 2014

Todos os direitos autorais reservados a Éder Luís Arboit. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: eder.arb@bol.com.br

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

A comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de Mestrado

**INCIDENTES DE SEGURANÇA RELACIONADOS À TERAPIA
MEDICAMENTOSA: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM DE TERAPIA INTENSIVA**

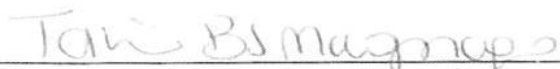
Elaborado por
Éder Luís Arboit

Como requisito parcial para a obtenção do título de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:



Profa. Dra. Silviomar Camponogara (UFSM)
(Presidente/Orientadora)



Profa. Dra. Tânia Bosi de Souza Magnago (UFSM)
(Co-orientadora)



Profa. Dra. Janete de Souza Urbanetto (PUCRS)
(1ª Examinador)



Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck (UFSM)
(2ª Examinadora)



Prof. Dr. Luiz Anildo Anacleto da Silva (UFSM)
(suplente)

Santa Maria, 10 de Dezembro de 2014.

Dedicatória

Dedico este trabalho ao meu filho **Mateus Gabriel** e minha esposa **Elizandra** pelo amor incondicional, por compartilharem comigo, os sonhos, as dificuldades, as vitórias e decepções, pelo incentivo, cumplicidade e compreensão que tiveram comigo durante toda a trajetória que permeou esta construção.

Amo vocês!

Agradecimentos

À **Deus**, pelo dom da vida, por todas as bênçãos e por sempre iluminar o meu caminho, pelos desafios que me proporcionaram crescimento e pela força para enfrentá-los;

Aos **famíliares**, pelo apoio e incentivo durante toda esta caminhada;

À minha orientadora **Enfa. Profa. Dra. Sílviamar Camponogara**, por quem tenho profunda admiração, respeito e carinho, por compreender os meus limites, as minhas inquietações, por me proporcionar novos desafios e pelas parcerias nesta trajetória. És um exemplo de Mestre a ser seguido;

À **Enfa. Profa. Dra. Tânia Solange Bosí de Souza Magnago**, minha co-orientadora, pelo apoio, carinho dedicação, compreensão, e auxílio;

Aos professores **Luíz Aníldo Anacleto da Silva, Carmem Lúcia Colomé Beck e Janete de Souza Urbanetto** que compuseram a banca Examinadora, pelas sugestões e discussões construtivas que se delinearão durante a qualificação e a defesa desta dissertação;

Ao **PPGENf**, pela oportunidade de ingressar no mestrado e pela contribuição ao crescimento na docência e na profissão;

Aos **Docentes do PPGENf**, pelos ensinamentos compartilhados;

À **Associação Hospitalar de Caridade de Três Passos**, e em especial aos membros da equipe de enfermagem da unidade de Terapia Intensiva, por compartilharem suas experiências quanto à temática da segurança do paciente no uso de medicamentos;

Aos membros do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, pela vivência enriquecedora;

Aos colegas da 7ª turma do curso de mestrado, pelas trocas de experiências profissionais e conhecimentos adquiridos;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo suporte financeiro oferecido como apoio para o desenvolvimento desta dissertação.

Aos colegas professores e alunos dos cursos de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões e Universidade de Cruz Alta campus de Cruz Alta, pelas oportunidades de me constituir como docente, antes mesmo de concluir o curso de mestrado.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste projeto, embora não tenham sido citados, o meu Muito obrigado!

Hoje é Dia de Encontro...

Hoje é dia de encontro: encontro com o outro para receber, mas, sobretudo para dar. Não sejamos calados nem falantes, mas sejamos aquele para dar-se aos outros, aquele que ouve para receber e comungar. As pessoas nem chegam e já querem ir embora, não perguntam e já querem saber a resposta, não trabalham e já gastaram tudo, não dão amor e querem ser amadas.

Hoje é dia de encontro: encontro para perguntar e responder. Só terá lábios para acertar as respostas quem tiver ouvidos para escutar as perguntas. Hoje é dia de encontro: encontro para crescer e repartir com os outros, nossos sucessos e nossos fracassos. Nossas certezas e nossas ansiedades. Hoje é dia de encontro: encontro pra dizer da ação, da doação, da disponibilidade e do amor que colocamos em tudo o que fazemos.

Pouco importa o lugar que ocupamos e o papel que desempenhamos. O que importa é que estamos realizando o melhor possível e dando o melhor de nós mesmos nesse momento e nesse lugar. Não escolhemos o local para servir; servimos no local onde estamos.

Autor desconhecido.

RESUMO

Dissertação de mestrado
Pós-Graduação em Enfermagem do Programa
Universidade Federal de Santa Maria

INCIDENTES DE SEGURANÇA RELACIONADOS À TERAPIA MEDICAMENTOSA: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTENSIVA

AUTOR: ENF. MDO. ESP. ÉDER LUÍS ARBOIT
ORIENTADORA: ENFa. DRa. SILVIAMAR CAMPONOGARA
CO-ORIENTADORA: ENFa. DRa. TÂNIA BOSI DE SOUZA MAGNAGO
Santa Maria, 10 de dezembro de 2014.

Este estudo tem como **Objetivos:** analisar as percepções de profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva sobre a ocorrência de incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa; identificar os fatores que interferem para a ocorrência de incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa; conhecer as estratégias adotadas pelos profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva para a prevenção e controle dos incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa. **Método:** pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa, realizada em um hospital de médio porte do Sul do Brasil. Entrevistaram-se quatro enfermeiros e 11 técnicos de enfermagem da unidade de terapia intensiva adulto. A coleta de dados ocorreu nos meses de fevereiro e março de 2014, por meio de entrevista semiestruturada e os dados foram submetidos à Análise de Temática. **Resultados e discussões:** as informações obtidas junto aos participantes foram agrupadas em três categorias: a) percepções de trabalhadores de enfermagem atuantes em uma unidade de terapia intensiva, sobre a ocorrência de incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa; b) fatores que interferem para a ocorrência de incidentes de segurança relacionados ao uso de medicamentos em terapia intensiva; c) estratégias adotadas pelos trabalhadores de enfermagem para redução dos incidentes de segurança relacionados ao uso de medicamentos em UTI. Os entrevistados já ouviram falar sobre o tema, porém demonstram incertezas quanto aos conceitos de incidente de segurança, evento adverso e erros de medicação. Citam que já vivenciaram alguma situação de incidentes de segurança com relação à terapia medicamentosa e a conduta adotada consiste na comunicação do evento ao enfermeiro e a intensificação dos cuidados ao paciente, a fim de minimizar as consequências do erro e promover o restabelecimento das funções orgânicas. As rotinas de trabalho, a complexidade do quadro clínico dos pacientes, a fragmentação do cuidado, a estrutura física, a pressão, a sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento e falta de atenção são alguns dos fatores citados que contribuem, para facilitar a ocorrência dos incidentes. No entanto, a passagem de plantão, a atenção, a conferência da prescrição médica e dos rótulos da medicação, a identificação do paciente e os cinco certos da medicação são apontados como fatores humanos que podem auxiliar para minimizar a ocorrência destes. A conferência da prescrição médica e dos rótulos da medicação, não administração de medicamentos em caso de dúvidas, identificação adequada do paciente e da medicação foram citadas como estratégias para a prevenção da ocorrência de incidentes de segurança. **Conclusões:** evidencia-se a necessidade de aperfeiçoamento constante dos trabalhadores, bem como a definição de conceitos e a uniformização das condutas diante dos incidentes de segurança. Além disso, é de fundamental importância a implantação de um sistema de notificação voluntária em que o profissional não necessite se

identificar, além do acompanhamento e orientação por parte do enfermeiro aos técnicos de enfermagem quanto ao preparo e administração de medicamentos. Estas são algumas das ações que se constituem em valiosas ferramentas para a qualificação do cuidado, promovendo a satisfação dos trabalhadores e a cultura de segurança ao invés da cultura punitiva.

Descritores: Enfermagem. Erros de medicação. Segurança do paciente. Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Master's Dissertation
Nursing Pos-Graduation Program
Federal University of Santa Maria

SAFETY INCIDENTS RELATED TO MEDICAL THERAPY: PERCEPTIONS OF INTENSIVE CARE NURSING PROFESSIONALS'

AUTHOR: ENF. MDO. ESP. ÉDER LUÍS ARBOIT
ADVISOR: ENF^a. DR^a. SILVIAMAR CAMPONOGARA
CO-ADVISOR: ENF^a. DR^a. TÂNIA BOSI DE SOUZA MAGNAGO
Santa Maria, December, 10th, 2014.

This study has as **objectives**: to analyze the perceptions of intensive care unit nursing professionals about the occurrence of safety incidents related to the medical therapy; to identify the factors that interfere positively and negatively for the occurrence of safety incidents related to the medical therapy; to know the strategies adopted by the intensive care unit nursing professionals for the prevention and control of safety incidents related to the medical therapy. **Method**: exploratory-descriptive research with a qualitative approach, carried out in a medium-sized hospital in the south of Brazil. The subjects were four nurses and eleven nursing technicians of an adult intensive care unit. The data collection occurred in February and March, 2014, through a semi-structured interview and afterwards these data were submitted to Thematic Analysis. **Results and discussions**: the information obtained with the participants was grouped together in three categories: a) perceptions of intensive care unit nursing professionals about the occurrence of safety incidents related to medical therapy; b) interfering factors which contribute for the occurrence of safety incidents related to the use of medications in intensive care; c) strategies adopted by nursing professionals for the reduction of safety incidents related to the use of medications in ICU. The interviewees reported having already heard about the topic, however showed uncertainties about the concepts of safety incidents, adverse events and medication errors. They mentioned having already experienced some situations involving safety incidents related to the medical therapy; the adopted action consists of the communication of the event to the nurse and the intensification of patient care, in order to minimize the consequences of the error and to promote the reestablishment of organic functions. The working routines, the complexity of the clinical status of patients, the care fragmentation, physical structure, the hurry, work overload, lack of recognition and lack of attention are some of the factors mentioned which contribute for the occurrence of incidents. However, the shift change, the attention, medical prescription and medication labels check and the patient identification the five medication rights are pointed out as human factors that can help minimize the occurrence of incidents. The medical prescription and medication labels check, the non-administration of medication in case of doubt, the adequate patient and medication identification were mentioned as strategies for the prevention of the occurrence of safety incidents. **Conclusions**: it was demonstrated the necessity of constant update by the professionals, as well as the definition of concepts and the standardization of procedures in case of safety incidents. Besides, it is utterly important the implementation of a system of voluntary notification in which the professional does not need to identify him/herself, and also the support and guidance by the nurse to the nursing technicians about the preparation and administration of the medication. These are a few of the actions which represent valuable tools for the improvement of care, thus promoting

professionals' satisfaction and also promoting the culture of safety, rather than the punitive one.

Descriptors: Nursing. Nursing care. Medication errors. Patient Safety. Intensive care units.

RESUMEN

Disertación de Maestría
Pos-Graduación de Enfermería Programa
Universidad Federal de Santa Maria

INCIDENTES DE SEGURIDAD RELACIONADOS A LA TERAPIA MEDICAMENTOSA: PERCEPCIONES DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE TERAPIA INTENSIVA

AUTOR: ENF. MDO. ESP. ÉDER LUÍS ARBOIT

ORIENTACIÓN: ENF^a. DR^a. SILVIAMAR CAMPONOGARA

CO- ORIENTACIÓN: ENF^a. DR^a. TÂNIA BOSI DE SOUZA MAGNAGO

Santa Maria, 10 de diciembre de 2014,

Este estudio tiene como **Objetivos:** analizar las percepciones de profesionales de enfermería actuantes en unidad de terapia intensiva, sobre las ocurrencias de incidentes de seguridad relacionados a la terapia medicamentosa; identificar los factores que interfieren positiva y negativamente para la ocurrencia de incidentes de seguridad relacionados a la terapia medicamentosa; conocer las estrategias adoptadas por los profesionales de enfermería actuantes en la unidad de terapia intensiva para la prevención y control de los incidentes de seguridad relacionados a la terapia medicamentosa. **Método:** estudio exploratorio, descriptivo con abordaje cualitativo, realizada en un hospital de porte mediano del Sul de Brasil. Los sujetos fueron cuatro enfermeros y 11 técnicos de enfermería de la unidad de terapia intensiva adulto. La recolección de datos ocurrió en los meses de febrero y marzo de 2014, por medio de entrevista semiestructurada, siendo, los datos, sometidos a Análisis de la Temática. **Resultados y discusiones:** las informaciones obtenidas junto a los participantes fueron agrupadas en tres categorías: a) percepciones de trabajadores de enfermería actuantes en una unidad de terapia intensiva, sobre la ocurrencia de incidentes de seguridad relacionados a la terapia medicamentosa; b) factores que interfieren para la ocurrencia de incidentes de seguridad relacionados al uso de medicamentos en terapia intensiva; c) estrategias adoptadas por los trabajadores de enfermería para reducción de los incidentes de seguridad relacionados al uso de medicamentos en UTI. Los entrevistados ya oyeron hablar sobre el tema, pero demuestran incertezas cuanto a los conceptos de incidente de seguridad, evento adverso y errores de medicación. Citan que ya vivenciaron alguna situación de incidentes de seguridad con relación a la terapia medicamentosa y a conducta adoptada consiste en la comunicación del acontecimiento al enfermero y la intensificación de los cuidados al paciente, a fin de minimizar las consecuencias del error y promover el restablecimiento de las funciones orgánicas. Las rutinas de trabajo, la complejidad del cuadro clínico de los pacientes, la fragmentación del cuidado, la estructura física, la prisa, la sobrecarga de trabajo, falta de reconocimiento y falta de atención son algunos de los factores citados que contribuyen, para facilitar la ocurrencia de los incidentes. Sin embargo, el cambio de la guardia, la atención, la conferencia de la prescripción médica y de los rótulos de la medicación, la identificación del paciente y los cinco correctos de la medicación son apuntados como factores humanos que pueden auxiliar para minimizar la ocurrencia de estos. La conferencia de la prescripción médica y de los rótulos de la medicación, en la administración de medicamentos en caso de dudas, identificación adecuada del paciente y de la medicación fueron citadas como estrategias para la prevención de la ocurrencia de incidentes de seguridad. **Conclusiones:** Se observa la necesidad de perfeccionamiento constante de los trabajadores, como también la definición de conceptos y la uniformización de las conductas frente a los incidentes de seguridad. Además de eso, es de fundamental importancia la implantación de un sistema de

notificación voluntaria en que el profesional no necesite identificarse, además del acompañamiento y orientación por parte del enfermero a los técnicos de enfermería cuanto a la preparación y administración de medicamentos. Estas son algunas de las acciones que se constituyen en valiosas herramientas para la cualificación del cuidado, promoviendo la satisfacción de los trabajadores y la cultura de seguridad al contrario de la cultura punitiva.

Descriptor: Enfermería. Atención de enfermería. Errores de medicación. Seguridad de los pacientes. Unidades de cuidados intensivos.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	– Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPES	– Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAAE	– Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CCS	– Centro de Ciências da Saúde
CDI	– Centro de Diagnóstico por Imagem
CDM	– Central de Diluição de Medicamentos
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CNS	– Conselho Nacional de Saúde
COFEN	– Conselho Federal de Enfermagem
COREN	– Conselho Regional de Enfermagem
CRM	– Conselho Regional de Medicina
EA	– Evento Adverso
EM	– Erro de Medicação
EPS	– Educação Permanente em Saúde
EVIDENTIA	– Revista de Enfermagem Baseada em Evidência
EV	– Endovenosa(o)
GAP	– Gabinete de Projetos
HCTP	– Hospital de Caridade de Três Passos
IOM	– Instituto de Medicina Americano
LILACS	– Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	– Ministério da Saúde
OMS	– Organização Mundial da Saúde
PCR	– Parada cardiorrespiratória
PNSP	– Programa Nacional de Segurança do Paciente
PPGEnf	– Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PUBMED	– US National Library of Medicine National Institutes of Health
PVC	– Pressão Venosa Central
SBC	– Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBTI	– Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva
SIE	– Sistema de Informação para o Ensino
SISNEP	– Sistema Nacional de Ética em Pesquisa
SNE	– Sonda Nasoenteral
SNG	– Sonda Nasogátrica
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSM	– Universidade Federal de Santa Maria
UTI	– Unidade de Terapia Intensiva
WHO	– World Health Organization

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Apresentação dos objetivos específicos do estudo relacionados às categorias e subcategorias temáticas.	56
--	----

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A– Roteiro da entrevista	115
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	116
Apêndice C – Termo de Confidencialidade.....	118

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Autorização Institucional	121
Anexo B – Parecer Consubstanciado do CEP	122

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	27
1.1	Objetivos.....	31
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	33
2.1	Processo de trabalho em saúde e enfermagem.....	33
2.2	A segurança do paciente e as implicações para as instituições de saúde.....	37
2.3	Os Incidentes de segurança relacionados ao uso de medicamentos em terapia intensiva e as implicações para a enfermagem.....	40
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	47
3.1	Tipo de pesquisa.....	47
3.2	Cenário do estudo.....	48
3.3	População e participantes do estudo.....	49
3.4	Coleta de dados.....	49
3.5	Análise dos dados.....	51
3.6	Considerações éticas.....	53
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	55
4.1	Percepções de trabalhadores de enfermagem atuantes em UTI, sobre a ocorrência de incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa ...	57
4.1.1	Incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa: o que dizem os trabalhadores de enfermagem de UTI.....	57
4.1.2	Vivências de incidentes de segurança e condutas adotadas diante dos mesmos.....	62
4.2	Fatores que contribuem para a ocorrência de incidentes de segurança relacionados ao uso de medicamentos em terapia intensiva.....	68
4.2.1	Incidentes de segurança relacionados aos fatores institucionais/organizacionais.....	70
4.2.2	Incidentes de segurança relacionados aos fatores humanos.....	76
4.3	Estratégias adotadas pelos trabalhadores de enfermagem para redução dos incidentes de segurança relacionados ao uso de medicamentos em UTI.....	80
4.3.1	A busca de conhecimento para preparar e administrar medicamentos como estratégia para minimizar o risco de incidentes de segurança.....	81
4.3.2	Condutas adotadas no cotidiano de trabalho para evitar/minimizar os incidentes de segurança relacionados ao uso de medicamentos.....	86
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
	REFERÊNCIAS.....	101
	APÊNDICES.....	113
	ANEXOS.....	119

1 INTRODUÇÃO

O debate sobre questões relacionadas à segurança do paciente tem sido cada vez mais intenso, na atualidade. Neste sentido, os sistemas de saúde, em nível mundial, estão buscando intervenções para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados em saúde tendo em vista que, muitos pacientes não recebem tratamentos recomendados ou sofrem complicações evitáveis (HYZY; SCALES, 2012).

Com a publicação do relatório "To err is human", em 1999, pelo Instituto de Medicina Americano (IOM), a temática da segurança do paciente se tornou parte integrante das políticas públicas de saúde com o objetivo de melhorar, continuamente, a qualidade dos cuidados em saúde. Este relatório denuncia que, somente nos Estados Unidos, entre 44 e 98 mil pessoas falecem, por ano, em decorrência de erros médicos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999).

A segurança do paciente é um tema bastante desafiador no contexto da saúde e, na atualidade, tem gerado debates no âmbito mundial. O termo segurança do paciente está relacionado “à redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (BRASIL, 2013a p. 02). Autores como Camerini e Silva (2011) salientam que, a segurança do paciente constitui-se em um dos principais parâmetros para a qualificação da assistência de enfermagem.

A redução/minimização de riscos é um dos mais sérios desafios da enfermagem. Lage (2010) refere que não podemos trabalhar na ilusão de que os doentes deixarão de ser lesados pelos nossos cuidados. Para tanto, cada vez mais são necessários profissionais adequadamente capacitados para proporcionar cuidados qualificados, visando a resolatividade das ações relativas à promoção, recuperação e reabilitação da saúde e prevenção e tratamento de agravos à saúde dos usuários.

Neste contexto, em 2004, a WHO lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Este programa apresenta estratégias, diretrizes e metas internacionais, com o objetivo de disseminar e garantir, em diferentes países, práticas que viabilizem a segurança dos pacientes. Esta aliança atua em diferentes segmentos, desde a lavagem de mãos, cirurgia segura, taxonomia, entre outros aspectos ligados ao tema segurança do paciente (GARROUSTE-ORGEAS, 2012).

Em abril de 2013, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria Nº 529, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Essa iniciativa visa promover uma maior atenção à temática segurança do paciente em nosso país. Dessa forma, reforça as instituições de saúde, aos profissionais e à comunidade a importância de abordar e promover a segurança do paciente, visando colaborar para a qualificação dos cuidados em todas as instituições de saúde do país (BRASIL, 2013a).

De acordo com Runciman et al., (2009) e Brasil (2013a, p. 02) o “incidente” refere-se a um determinado “evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente” . Neste sentido, o “incidente sem dano” é aquela situação ou evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível. No entanto, o “incidente com dano” é o próprio Evento Adverso (EA), ou seja, é o incidente que resulta em dano ao paciente (BRASIL, 2013a p. 02).

Neste contexto, entende-se que o uso seguro de medicamentos é a “inexistência de injúria acidental ou evitável durante o uso de medicamentos” (BRASIL, 2013b, p.42). O erro de medicação é definido como um evento evitável, ocorrido em qualquer fase da terapia medicamentosa, que pode ou não causar danos ao usuário e representa de 65 a 87% de todos os eventos adversos (GIMENES et al., 2011). O “dano” está relacionado ao “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” (BRASIL, 2013a, p. 02).

Assim sendo, acarretam em maiores probabilidades de riscos e sérias consequências ou complicações ao paciente. Estas questões são relevantes e impactam, significativamente, nos índices de morbidade, mortalidade e no tempo de internação, além de gerarem implicações ético-legais e aumento nos custos hospitalares (AIKEN, et al. 2002; RAFFERTY, et al., 2007).

Dentre os danos para o paciente pode-se elencar: deformidades físicas, maior tempo de internação, prejuízos de caráter socioeconômico, social, psicológico e, até mesmo, o óbito. Para os profissionais, estas ocorrências podem gerar consequências de ordem emocional, éticas e jurídicas. Já, para a instituição de saúde, podem acarretar em custos relacionados ao tratamento de tais complicações, imagem institucional desfavorável, situações relacionadas a processos judiciais, maior nível de estresse e ansiedade dos funcionários e demais colaboradores (MELO, 2007).

Em um estudo recente realizado em um hospital da região Sul do Brasil, evidenciou-se um aumento do número de incidentes notificados, entre os anos de 2008 a 2012. De 2008 para

2009, houve um aumento de 5,8% e de 2009 para 2010 o índice foi de 7,3%. O aumento mais significativo foi de 59,8% entre os anos de 2010 para 2011, e de 27,8% referente aos anos de 2011 para 2012 (LORENZINI; SANTI; BAO, 2014).

A capacitação profissional, a vigilância e a notificação dos incidentes de segurança constituem-se em estratégias importantes para as diversas profissões da área da saúde, em especial, a enfermagem, com o intuito de prevenir e identificar os incidentes (HENNEMAN; GAWLINSKI; GIULIANO, 2012). Um fator importante a se destacar está relacionado à cultura institucional de punição. Em consequência disso, os profissionais podem sentir-se acuados e com medo de represálias, omitindo situações de ocorrência desses eventos, o que pode acarretar em subnotificação dos mesmos.

Lage (2010) refere que a não comunicação dos erros pode estar relacionada a fatores como: medo de litígio, falta de coragem, medo de preocupar o doente, medo do que o doente possa dizer, perda de prestígio/status, isolamento, falta de apoio, entre outros. Estudo desenvolvido na Região Sul do Brasil aponta, como recomendações importantes para a melhoria da qualidade da assistência, as mudanças na cultura organizacional das instituições para uma cultura de segurança, e na avaliação da ocorrência de eventos adversos (WEGNER; PEDRO; 2012).

Esta temática merece atenção especial, ainda mais quando se trata de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), pois são consideradas importantes por oferecer suporte especializado de assistência à saúde, envolvendo o uso de medicamentos, procedimentos assistenciais, recursos tecnológicos e terapêuticos de ponta. Estas unidades devem dispor de espaço apropriado e suporte tecnológico avançado para as intervenções de difícil execução em enfermarias comuns, como uso de ventiladores mecânicos, de monitores cardíacos, utilização de drogas vasopressoras e bloqueadores neuromusculares (FAVARIN; CAMPONOGARA, 2012).

Um aspecto importante relacionado ao cuidado de enfermagem e segurança do paciente em terapia intensiva está relacionado à terapia medicamentosa, pois se constitui em um dos maiores desafios enfrentados pelos sistemas de saúde no mundo inteiro (ORTEGA; D'INNOCENZOM, 2012). O ato de administrar medicamentos se reveste de importância, na medida em que exige dos profissionais de enfermagem, conhecimento variado sobre métodos, a ação dos medicamentos, vias de administração, doses, interações medicamentosas e seus efeitos colaterais (BECCARIA, 2009).

Assim sendo, a temática merece atenção especial, por parte dos diversos profissionais que prestam assistência ao paciente, nos diferentes espaços de atuação da equipe de

enfermagem e, em especial, nas UTIs. Beccaria (2009) destaca, ainda, que a maioria dos eventos adversos em UTI está relacionada com os procedimentos e medicação, durante o cuidado de rotina ou no atendimento de emergência.

Incidentes de segurança com o uso de medicamentos resultam de uma variada interação de muitos fatores, envolvendo os diversos profissionais que compõe a equipe multidisciplinar, os sistemas de saúde e os próprios pacientes. Neste contexto, “a administração de medicamentos é um processo multi e interdisciplinar, que exige conhecimento técnico e prática” (BRASIL, 2013b, p. 30).

Os profissionais de enfermagem realizam o preparo e administração de medicamentos, e por sua vez, exercem função importante na prevenção dos erros, uma vez que esta pode ser a última barreira antes da administração do medicamento ao paciente, e, geralmente, seus atos marcam a transição de um erro previsível para um erro real (LEUFER; CLEARY-HOLDFORTH, 2013). Pesquisa recente, realizada em um hospital do Sul do Brasil, aponta que os erros de medicação estão relacionados com a omissão, erros de dose, erros de horário e via de administração (LORENZINI; SANTI; BAO, 2014).

As drogas utilizadas no tratamento dos pacientes críticos são apontadas como predisponentes para a ocorrência de incidentes de segurança, em função do potencial de risco que apresentam (SILVA; CARVALHO, 2012). Dentre as classes de medicamentos frequentemente utilizadas nestas unidades, estão: as substâncias vasoativas, antiarrítmicas, antitrombóticos, fibrinolíticos, analgésicas, antibióticos, sedativos, entre outras.

Verifica-se um interesse crescente na temática, pois identificou-se por meio de revisão bibliográfica¹, a existência de vários estudos, realizados em diferentes unidades hospitalares, que têm explorado este tema, caracterizando os eventos adversos, e apontando as consequências para os pacientes. Porém, salienta-se a necessidade de conhecer as percepções de profissionais de enfermagem no que tange à ocorrência de incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa nos diferentes espaços de cuidados e, em especial, em UTIs, no sentido de qualificar a mesma, e, em consequência, proporcionar cuidados mais qualificados aos pacientes.

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

¹ Estudos de revisão narrativa e integrativa realizados no ano de 2013, para fundamentar a presente investigação. Estes estudos estão melhor detalhados no Capítulo 2.

todos os profissionais da área de saúde, é também um compromisso da própria formação profissional. Oliveira et al., (2014) ressaltam que embora os riscos relacionados aos cuidados de enfermagem venham sendo abordados amplamente na literatura, torna-se importante conhecer como eles são percebidos e avaliados pelos profissionais implicados na assistência direta ao paciente.

O interesse pelo tema surgiu durante a minha prática assistencial, baseado em algumas vivências do cotidiano assistencial, vindo a aflorar com o ingresso na docência a nível superior e também baseado em algumas discussões sobre o cuidado de enfermagem com os professores e demais colegas de instituições de saúde onde atuei. Assim sendo, o presente estudo justifica-se pela necessidade de sistematização de dados sobre a temática, na área da enfermagem, evidenciando possíveis lacunas que podem ainda ser preenchidas e, quem sabe, subsidiando os profissionais de saúde, dentre esses os enfermeiros, assim como as instituições de saúde, em suas intervenções junto aos pacientes e familiares.

Diante da problemática exposta, considera-se pertinente o desenvolvimento de um estudo norteado pela seguinte questão de pesquisa: “quais as percepções de profissionais de enfermagem de terapia intensiva sobre a ocorrência de incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa”?

1.1 Objetivos

- Analisar as percepções de profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva, sobre a ocorrência de incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa.
- Identificar os fatores que contribuem para a ocorrência de incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa.
- Conhecer as estratégias adotadas pelos profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva para a prevenção e controle dos incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo tem a finalidade de problematizar as questões relacionadas ao trabalho, segurança do paciente e dos incidentes de segurança relacionados ao uso de medicamentos em terapia intensiva. O item 2.1 discute as questões relacionadas ao processo de trabalho em saúde e enfermagem. No item 2.2 serão abordadas algumas questões relacionadas à segurança do paciente e as implicações para as instituições de saúde e, por fim, mas não menos importante, apresenta-se, no item 2.3, as questões referentes aos incidentes de segurança relacionados ao uso de medicamentos em terapia intensiva e as implicações para a enfermagem.

2.1 Processo de trabalho em saúde e enfermagem

A palavra “trabalho” deriva do vocábulo latino "TRIPALIUM" - denominação de um instrumento de tortura, formado por três (tri) paus (paliu). Desse modo, originalmente, "trabalhar" significava ser torturado no *tripaliu*. Somente a partir do século XIV, o trabalho começou a ter o sentido universal que hoje lhe atribuímos. Neste sentido, o trabalho possui uma série de diferentes significados, de tal modo que o Dicionário do Michaelis (2012), lhe dedica mais de vinte definições básicas e em diversas expressões idiomáticas.

O trabalho assume um significado muito particular para cada indivíduo é singular, sendo construído a partir das vivências subjetivas dos trabalhadores e por meio de técnicas particulares desenvolvidas por cada sujeito (DEJOURS, 1992). Com isso, o trabalho extrapola sua primeira função, que é de prover o sustento pessoal e familiar, na medida em que envolve mobilização da subjetividade, inteligência e criatividade de cada trabalhador (DEJOURS, 2004).

Neste contexto, o trabalho é entendido como mediador de integração social, pelo seu valor econômico e cultural, influenciando, de maneira muito significativa, o modo de vida do indivíduo, também influencia decisivamente na saúde física e mental (SOUZA; ERNST; FILUS, 2008). Assim sendo, a atividade profissional não é só um modo de ganhar a vida, é

uma forma de inserção social e também um fator causador de sofrimento, deterioração, envelhecimento e adoecimento dos trabalhadores (GIRONDI; GELBCKE, 2011).

Marx (1984) em sua obra “O capital”, aborda o processo de trabalho e o processo de produzir mais-valia com o significado do trabalho para o desenvolvimento do homem. Suas ideias serviram de base para o chamado pensamento marxista. E assim, vários autores como Lukács, Mészáros, Antunes, entre outros que contribuíram com ideias importantes a respeito dos processos de trabalho (CARVALHO, 2009).

Marx (1984) refere que o trabalho surge a partir de uma necessidade do homem, e para realizá-lo, se faz necessário dispor de alguns elementos como: objeto, ferramentas, finalidade, agente e o produto. Pode-se dizer, também, que o trabalho é uma necessidade biológica, por estar relacionada com a sobrevivência e a reprodução do ser humano. (MARX, 1984).

Assim sendo, ele é decorrente e inerente às atividades e necessidades do ser humano, pois é e vêm sendo utilizado, preferencialmente, para o sustento pessoal/familiar, além dos aspectos relacionados à realização pessoal/profissional. Porém, observa-se, que é um dos principais causadores de sofrimento, desgaste físico, psíquico e doenças ocupacionais (BECK, et al., 2009).

O aparecimento da força de trabalho deu-se dentro das condições históricas do desenvolvimento do capitalismo, no período que Marx chamou de “acumulação primitiva”. A partir daí, delineavam-se as pré-condições históricas e imutáveis para o estabelecimento da configuração das relações de trabalho no capitalismo. A força de trabalho é fundamental para a compreensão da teoria do valor-trabalho, na qual Marx se baseou para desenvolver a explicação da fonte da mais-valia (CARVALHO, 2009).

Ainda, para o autor, a acumulação primitiva originou uma vasta oferta de mão de obra, disponível para o desenvolvimento do mercado de trabalho capitalista e a formação da chamada classe trabalhadora “livre”; termo que decorre do entendimento marxista de que a classe proletariada é “livre” por ter o direito de vender sua força de trabalho no mercado (CARVALHO, 2009).

O trabalho nas instituições de saúde tem como principal finalidade, a prestação de cuidados qualificados ao paciente, que necessita de assistência integral e multiprofissional. A assistência que aqui nos referimos visa a resolutividade das ações relativas à promoção, recuperação e reabilitação da saúde e prevenção e tratamento de agravos à saúde dos usuários, articulando-se com as políticas públicas nas esferas Municipal, Estadual e Federal.

Pires (2009) refere-se à enfermagem como uma profissão que está em expansão e presente em grande parte das instituições assistenciais, prestando cuidados integrais aos

pacientes nas 24 horas do dia. Assim sendo, dentro do campo da área da saúde, a enfermagem ocupa espaço importante, por desenvolver suas atividades tanto no ambiente hospitalar, atenção básica, instituições destinadas aos cuidados de idosos, escolas, entre outras.

A enfermagem ocupa espaço significativo nas áreas relacionadas à assistência direta ao paciente, na gestão da assistência e serviços de saúde, ensino e pesquisa. Assim sendo, a Enfermagem, enquanto profissão nasce da necessidade da sociedade de um cuidado especializado, requerendo formação científica, além da produção de conhecimento, que fundamenta a sua prática, fortalecendo-a como ciência (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

As atividades da Enfermagem desenvolvidas nas instituições de saúde e, especialmente, no ambiente hospitalar são diferenciadas, principalmente em relação a outras profissões da área da saúde. Isso se deve ao caráter contínuo, desenvolvido a partir de relações interpessoais entre trabalhadores e pacientes. A atuação da Enfermagem possui particularidades, em especial, nas Unidades de Cuidados Intensivos (BECK, 2001). Estas unidades são complexas, fechadas, e pela gravidade dos usuários demandam um ritmo intenso de trabalho à equipe de Enfermagem, exigindo qualificação e atenção (STUMM et al., 2009).

Atualmente a categoria é composta pelo enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e pela parteira. Visando o adequado quantitativo de pessoal de enfermagem nas unidades assistência a saúde, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publicou, em 2004, a Resolução 293/2004 que fixou e estabeleceu parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde.

Assim sendo, devem ser consideradas como horas de Assistência de Enfermagem, por leito, nas 24 horas diárias: 3,8 horas de Enfermagem, por cliente, nas situações que requerem assistência mínima ou autocuidado; 5,6 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intermediária; 9,4 horas de Enfermagem, por cliente, nas unidades semi-intensivas e 17,9 horas de enfermagem, por cliente, nas unidades de terapia intensiva (COFEN, 2004).

Cabe destacar que, uma parcela significativa dos trabalhadores de diversos setores da economia e também da enfermagem sujeitam-se, não raras vezes, a situações insalubres que os expõem aos diversos riscos à saúde. Essa sujeição ocorre por diversas razões, dentre elas destaca-se: a intensificação e precarização do trabalho, ou seja, das condições de trabalho. Assim sendo, muitos profissionais devido sua grande importância para promoção, prevenção e terapêutica, sujeitam-se a trabalhar em condições muitas vezes desfavoráveis, pois percebem a necessidade de se manter no mercado de trabalho em função das necessidades pessoais e familiares.

As questões relacionadas à intensificação e precarização do trabalho nos serviços de saúde são situações importantes, e que merecem uma reflexão mais aprofundada, por parte dos gestores, profissionais da saúde e usuários. Isso se deve ao fato de que quanto maior a carga de trabalho do sujeito, no caso o trabalhador, seja ele de qualquer profissão, maiores são as possibilidades de ocorrerem EA.

A intensificação do trabalho consiste ato de trabalhar, ou seja, o grau de dispêndio de energias realizado pelos trabalhadores em uma determinada atividade. Neste sentido, a intensificação se reporta ao trabalhador individualizado ou a coletividade dos trabalhadores, pois é uma exigência que eles se empenhem cada vez mais, tanto nos aspectos físicos, intelectual ou psíquico, ou ainda a combinação dos três elementos (DAL ROSSO, 2012).

Ao discorrer sobre o tema da intensificação do trabalho, é de fundamental importância refletir sobre alguns aspectos que podem contribuir, positiva ou negativamente, para o pleno desenvolvimento da atividade laboral. Dentre estes fatores, Duarte (2010) cita a educação permanente e as relações de caráter familiar ou extrafamiliar que acompanham o sujeito/trabalhador no seu dia-a-dia.

Diante disso, percebe-se que a intensificação do trabalho na área da saúde e principalmente na enfermagem é um aspecto vinculado ao cotidiano do trabalho nas instituições que prestam assistência a saúde. Neste sentido, o tema é de fundamental relevância e necessita ser re(pensado), tendo como base as formas de gestão e as características próprias de cada instituição.

Muitas vezes, estas instituições, no intuito de sanar suas necessidades e minimizar custos, impõe aos funcionários uma carga de trabalho maior e com isso, a qualidade do cuidado fica fragilizada. Tendo como base esta conjuntura, torna-se relevante discutir os aspectos referentes às condições de trabalho *versus* qualidade da assistência.

Em termos genéricos, a precarização do trabalho refere-se a um conjunto amplo e variado de mudanças que acontecem no mercado de trabalho, nas condições de trabalho, na qualificação dos trabalhadores e direitos trabalhistas, no contexto dos processos de trabalho das diferentes profissões (FERNANDES; HELAL, 2010). Assim sendo, com as crescentes mudanças marcadas pela inovação tecnológica e pelas novas formas de organização e gestão do trabalho, muitas vezes, preocupa-se mais com as questões de produção em larga escala de bens e serviços, em detrimento de uma assistência qualificada nos serviços de saúde.

Outra situação desfavorável para a profissão de enfermagem é sua divisão em subcategorias profissionais, o que pode prejudicar, ainda mais, o seu reconhecimento perante a sociedade. Assim sendo, em muitas instituições brasileiras e de outros países em

desenvolvimento, esta divisão pode acarretar na disseminação de processos judiciais entre os profissionais da área, como por exemplo, processos de desvio de função. Processos estes que ocorrem, também, por consequência de uma inversão de papéis no cotidiano da enfermagem, devido à intensificação do trabalho nas instituições de saúde.

O desafio está em reafirmar a complexidade que integra o ato de cuidar em todos os níveis de atenção, dada a própria natureza do processo saúde/doença para se construir a integralidade da ação. Nesta perspectiva, Pereira (2009) refere que se faz necessário dispor de profissionais com uma concepção ampliada do cuidado e na significação do trabalho em equipe, para que se apaguem as diferenças e se consiga falar uma mesma língua e obter um mesmo objetivo. Assim sendo, o tema da segurança do paciente é de fundamental importância para as instituições de saúde, profissionais e pacientes, uma vez que propõe medidas para qualificar os processos de atenção a saúde.

2.2 A segurança do paciente e as implicações para as instituições de saúde

O atendimento em saúde constitui-se em um processo composto por várias etapas, que envolvem uma série de procedimentos sejam eles relacionados ao diagnóstico e tratamento e executados por diferentes profissionais. Assim, torna-se imprescindível assegurar a qualidade e segurança do cuidado no serviço de saúde (REBRAENSP/RS, 2013).

Com a evolução da enfermagem, como ciência e prática social, o enfermeiro passou a assumir papéis não só na assistência, mas também na liderança e na pesquisa. Além disso, incorporou, em sua formação profissional, conhecimentos de outros saberes, a exemplo da ciência da administração (SILVA; CARVALHO, 2012).

Na atualidade, os serviços de saúde são considerados ambientes complexos e vulneráveis, fazendo-nos repensar acerca da necessidade de simplificar os processos de trabalho, de modo a torná-los mais éticos e seguros, além de promover uma cultura de segurança do paciente e manter a qualidade da assistência. Desse modo, as instituições que prestam assistência a saúde e, em particular, as unidades de maior complexidade, prescindem de níveis cada vez mais altos de excelência no atendimento, visando proporcionar assistência livre de riscos e, consequentes danos aos usuários (PELLICIOTTI; KIMURA, 2010).

Neste sentido, como resposta aos fatos e consequências decorrente de erros humanos, a *Joint Commission International* (JCI) instituiu uma série de medidas, visando a melhoria da

qualidade da assistência a saúde nas instituições hospitalares, dentre elas estão as *International Patient Safety Goals (IPSG)*. Foram elencadas como medidas: 1) Identificar os pacientes corretamente; 2) Melhorar a comunicação eficaz; 3) Melhorar a segurança dos medicamentos de alto risco; 4) Assegurar sítio, procedimentos e pacientes corretos nas cirurgias; 5) Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e 6) Reduzir o risco do paciente de danos resultantes de quedas (JCI, 2013).

Os pacientes em geral e, em especial, os de Terapia Intensiva apresentam características que os tornam mais susceptíveis a esses eventos. Isso se deve a uma série de fatores, entre eles: o agravamento do quadro clínico, a utilização de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas, necessidade de maior utilização de técnicas invasivas, somado ao maior contingente de profissionais envolvidos na assistência e, muitas vezes, dificuldades nos processos assistenciais (BECCARIA, et al., 2009). Silva (2013) também acrescenta a total dependência dos pacientes em relação a equipe multidisciplinar.

Alguns dos fatores associados à ocorrência de incidentes de segurança podem estar relacionados à idade avançada; gravidade da doença de base; presença de co-morbidades; internação em hospitais universitários; tempo de internação; intensidade e fragmentação do cuidado; introdução de novas tecnologias; inexperiência; falhas de comunicação e atendimento de urgência (WEGNER; PEDRO, 2012).

Deve haver, portanto, maior preocupação por parte dos profissionais e instituições de saúde, no estudo dessas ocorrências e na proposição de protocolos de identificação de falhas que permeiam essa atividade, com vistas ao estabelecimento de medidas que previnam sua incidência, dentro de um contexto maior de qualidade nos serviços de saúde. Em muitas situações, os profissionais e organizações de saúde acabam por não realizar a notificação do incidente e nem compartilham com outras instituições suas experiências diante do mesmo. Assim, os mesmos erros ocorrem, repetidamente, em muitos ambientes e os pacientes continuam a ser prejudicados por erros que poderiam ser evitados (SILVA, 2012).

Cabe ressaltar que, para além dos casos de incidentes de segurança evidenciados, probabilisticamente, há inúmeros casos não notificados, tendo em vista alguns fatores: desconhecimento e/ou falta de programas educativos, déficit de pessoal, processo de trabalho inadequado, formas de organização dos serviços, disponibilidade de materiais e equipamentos, cultura de punições e, sobretudo, a evidência de erros consentidos. Entende-se, como erros consentidos, o fato de o profissional ser conivente com situações que, sabidamente, são prejudiciais ao usuário da assistência. Pode-se tomar como exemplo, a não

lavagem das mãos, a administração de fármacos reconstituídos e não diluídos, o uso de técnicas de desinfecção desatualizadas, entre outras.

É do senso comum que as instituições devem adotar medidas que visem à minimização desses eventos, visto que a extinção dos mesmos é quase impossível, pois, a mão de obra humana, em diversas situações do cotidiano, pode falhar. Para, além disso, o risco é inerente à ação, não existe um sistema de atividade humana que seja infalível, assim como a ideia de que se pode dar a garantia total de segurança, em qualquer ambiente de prática assistencial em saúde (PEDREIRA; PETERLINI, 2011).

A não intervenção e definição de programas educativos, normatizações, reelaboração da organização dos serviços e dos processos de trabalho incidirão em situações que os mesmos eventos e falhas do sistema repetem-se, várias vezes, no mesmo local e em diferentes locais. Assim sendo, as ações que podem impactar na redução de incidentes de segurança, como a implantação de sistemas de notificação, muitas vezes tem implantação lenta nos serviços de saúde e em alguns casos não saem do projeto. Isso muitas vezes se deve em razão de uma cultura punitiva. Há de se destacar que há casos de sucesso, porém, esses são pontuais e não atingem todo o sistema de saúde.

Os fatores geradores de incidentes de segurança em saúde são multivariados. Dentre eles pode-se destacar: as características da instituição de saúde, a formação profissional e oferta de programas educativos, dimensionamento dos profissionais, estrutura física, formação e qualificação profissional, disponibilidade/condições de equipamentos, materiais e medicamentos, acesso a novas tecnologias e informação, sobrecarga de trabalho, dentre outros fatores que podem contribuir para a ocorrência de erros nos processos assistenciais.

Nesse contexto, vale mencionar que os seres humanos são falíveis e, portanto, erros são frequentemente encontrados na assistência à saúde. Não se pode eliminá-los, mas pode-se minimizá-los ou preveni-los, por meio de estratégias direcionadas ao sistema de medicação (ORTEGA; D'INNOCENZOM, 2012). Ressalta-se a necessidade de profissionais e, em especial, na enfermagem, em número adequado e devidamente instrumentalizados, para as demandas do cotidiano no ambiente hospitalar, particularmente, nas unidades de intensivismo.

A prevenção de erros de medicação (EM) e promoção da segurança do paciente são questões de extrema relevância no sistema de saúde e envolvem, necessariamente, o paciente, familiares/cuidadores, profissionais e instituições de saúde. Para, além disso, é necessária a integração com políticas públicas que possam direcionar as ações dos diversos profissionais envolvidos com a terapia medicamentosa, com vistas a aprimorar o sistema de medicação, incluindo a determinação de estrutura e processos mínimos, que garantam boas práticas e a

segurança da população. A ação inadequada e/ou a omissão, por parte do profissional de saúde, podem expor o paciente a riscos por negligência, imprudência ou imperícia (COREN/SP, 2011).

Assim sendo, por mais que as equipes/instituições tenham o intuito de prestar uma assistência isenta de riscos e danos, isso nem sempre é possível. Na área da saúde e, em especial, na enfermagem, são necessários cursos de formação profissional visando a excelência das atividades desenvolvidas em prol do usuário. Pires (2009) complementa dizendo que a profissão deve ofertar ações especializadas a sociedade, sendo constituída por pessoal capacitado, dirigidos por um Código de Ética e por normas existentes na Lei do Exercício Profissional.

2.3 Os Incidentes de segurança relacionados ao uso de medicamentos em terapia intensiva e as implicações para a enfermagem

Como citado anteriormente, aqui será apresentada uma síntese de dois estudos que tiveram a finalidade de fundamentar a investigação em tela, visando conhecer o que tem sido produzido e publicado nas bases de dados sobre o objeto de estudo. O primeiro, estudo, intitulado “Enfermagem e segurança do paciente em terapia intensiva: revisão narrativa” objetivou conhecer o que tem sido produzido nos programas de pós-graduação *stricto sensu* sobre a ocorrência de eventos adversos na prática laboral de enfermagem em unidades de terapia intensiva.

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura². O levantamento bibliográfico foi realizado em maio de 2012, no banco de Teses e Dissertações do Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior (CAPES). Para a busca dos documentos, utilizou-se os termos “enfermagem e segurança do paciente em terapia intensiva” no campo “assunto”. Não foi estabelecido recorte temporal. Após a leitura e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão selecionou-se 23 dissertações e duas teses.

² Este estudo foi apresentado como trabalho completo no II Seminário Internacional – Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde realizado em Santa Maria no mês de setembro de 2013.

O segundo estudo³, trata-se de uma revisão integrativa da literatura que objetivou analisar as evidências científicas sobre a ocorrência de eventos adversos relacionados à terapia medicamentosa em unidades de terapia intensiva. O levantamento bibliográfico foi realizado em maio de 2013, nas bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e US National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED). Utilizou-se os descritores: Enfermagem, Erros de medicação e Unidades de terapia intensiva. O *corpus* constituiu-se de 14 estudos, publicados entre 2003 a 2012.

Os resultados dos estudos bibliográficos supracitados, evidenciam que muitos dos incidentes de segurança e eventos adversos, na área da Enfermagem, trazem à tona a visibilidade da profissão, porém com a repercussão de aspectos muito negativos, que não caracterizam, na totalidade, as ações e importância desta categoria profissional. Observa-se, na prática assistencial, que ocorrem algumas lacunas no atendimento, por razões diversas: falta de estrutura física, materiais e equipamentos, déficit no quadro de pessoal, e instrumentalização dos trabalhadores da área da enfermagem.

Dessa forma, foi possível obter um panorama sobre a temática, a qual mostra-se pertinente e atual, tendo implicações bastante relevantes para pacientes, profissionais e instituições de saúde. Um grande número de EA envolvendo o uso de medicamentos está relacionado com as etapas de preparo e administração dos mesmos.

As características dos fármacos frequentemente utilizadas no tratamento dos doentes críticos, ou seja, substâncias vasoativas, anticoagulantes, antibióticos, sedativos, entre outras, são apontadas como predisponentes para a ocorrência de iatrogenias, em razão do potencial de risco que apresentam (SILVA; CARVALHO, 2012). Desse modo, sendo tais drogas de uso comum no cotidiano da enfermagem, requerem atenção especial dos profissionais em qualquer fase do processo, ou seja, da leitura da prescrição à avaliação dos seus efeitos, passando pelo preparo e administração correta.

Autores como Rodrigues e Oliveira (2010) descrevem que a segurança de um medicamento inicia com a avaliação do seu inerente potencial de risco, com uma prescrição adequada (doses, intervalos, horário, duração), administração (reconstituições, diluições, assepsia, horários, administração de um ou mais fármacos concomitantemente, uso ou não de alimentos concomitantes), aquisição (qualidade, boas práticas de fabricação), armazenamento (umidade, temperatura, tempo de validade), dispensação e termina com a adesão do paciente ao tratamento. Percebe-se então, que estas situações repercutem negativamente para a

³ Manuscrito aceito para publicação na Revista de Enfermagem Baseada em Evidência (EVIDENTIA), Granada, Espanha, n. 49, jan-mar/2015.

visibilidade da enfermagem enquanto profissão, uma vez que, estes os profissionais frequentemente estão envolvidos no ato de preparar e administrar medicamentos.

Os resultados de um estudo, realizado no ano de 2007, na região Centro-oeste, apontam como as principais situações facilitadoras do erro com drogas endovenosas: o ambiente de preparo ruidoso (68%), não explicar o procedimento ao paciente (64%) e administração de medicamento por ordem verbal (40%). Outro dado importante citado no mesmo estudo está relacionado à fragilidade no armazenamento seletivo e ordenado dos medicamentos e ausência de protocolos para todas as drogas injetáveis. Para as drogas orais foram evidenciados erros relacionados ao armazenamento seletivo e ordenado dos medicamentos, ausência do registro do medicamento administrado e atraso na administração (MELO, 2007).

Pesquisa de 2011, realizada na região Centro-oeste, foi observado o preparo e administração de 350 doses de medicamentos de ação nos sistemas cardiovascular e respiratório, evidenciando-se uma taxa média de erros de 67,7% (trituração, diluição e misturas). Os erros relacionados à administração dos diferentes tipos de fármacos foram ausência de pausa e manejo indevido do cateter venoso. A taxa média de erros na administração foi de 32,64%, sendo que, a ausência de lavagem do cateter antes, foi o erro mais comum e o mais incomum foi não lavar o cateter após a administração (LISBOA, 2011).

Outra investigação aponta como erros importantes, na etapa do preparo, a ausência de troca de agulhas com taxa de erro de 88,77%, não desinfecção de ampola com 80,27% e limpeza inadequada da bancada onde os medicamentos eram preparados com 77,26%. Também ficaram evidenciados, neste mesmo estudo, erros relacionados ao horário correto de administração com 57,26% e dose errada 6,58%. Ainda encontrou-se uma taxa de erros na conferência dos medicamentos de 96,73%. Os aspectos relacionados a flebites e permeabilidade do vaso não foram observados pela enfermagem em 87,47% e 86,38%. (CAMERINI; SILVA, 2011).

Em outro estudo, que avaliou o conhecimento de enfermeiros sobre interações medicamentosas na UTI, evidenciou-se que houve uma relação de acertos e erros praticamente de 50%. Os itens que alcançaram maior número de respostas corretas foram os que abordaram as interações relativas a medicamentos com ação sedativa e analgésica em 86,3%. Os itens que apresentaram maior número de respostas incorretas foram os que abordaram medicamentos de ação anti-infecciosa e anti-hipertensiva (FARIA; CASSIANI, 2011).

Em investigação, publicada em 2009, foram registrados 550 eventos adversos sendo: 26 relacionados aos cinco certos na administração de medicamentos (paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa e hora certa), 23 a medicações não administradas, 181 às anotações inadequadas da medicação, 28 às falhas na instalação de drogas em bomba de infusão, 17 a não realização da inalação e oito ao manuseio incorreto de seringas e agulhas (BECCARIA, et. al., 2009).

Os resultados de outro estudo, realizado na região Sul do Brasil, indicam que os erros mais relatados por técnicos de enfermagem estão relacionados à preparação dos medicamentos, e as justificativas para a ocorrência de erros evidenciam a sobrecarga de trabalho e a falta de atenção, articuladas à inexperiência de alguns profissionais e às falhas na estrutura (LOPES, et al., 2012).

Em outra pesquisa, realizada com auxiliares/técnicos de enfermagem, na região Sudeste, os autores apontam que o motivo mais comum que pode levar ao erro de administração de medicamentos é a sobrecarga de trabalho (55%). Outros motivos apontados foram: distração durante o preparo da medicação (42%), dificuldade para entender a prescrição médica (9%) e (2%) falta de conhecimento da medicação (ORTEGA; D'INNOCENZOM, 2012).

Publicação realizada em cinco hospitais universitários verificou a presença de siglas e/ou abreviaturas em 96,3% das prescrições, ausência do registro do usuário em 54,4%, falta de posologia em 18,1% e omissão da data em 0,9%. Situação semelhante ocorreu em um hospital universitário da região Sudeste, no ano de 2007, a qual revela que um número significativo de prescrições apresentavam-se incompletas, com abreviaturas, e também foram realizadas sob interrupções e distrações dos profissionais que estavam prescrevendo (GIMENS, et al., 2011).

Estudo internacional, aponta como situações favoráveis para a ocorrência de erros relacionados ao uso de medicamentos: à escassez de profissionais de enfermagem e pessoal de apoio, conhecimentos de informática limitados pela maioria dos médicos e enfermeiros, a cooperação limitada entre estes profissionais, à insegurança e o medo de enfermeiros na execução de projetos de melhorias na instituição, hostilidade dos médicos para a mudança, e os custos adicionais para os cursos de formação (BUCHINI, QUATTRIN, 2012).

Por outro lado, os resultados de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos da América (EUA), apontam a prática do aprendizado baseado na simulação como uma das alternativas para a diminuição das taxas de erros relacionados ao uso de medicamentos. Neste estudo, observou-se enfermeiros na etapa de preparo e administração de medicamentos. De

um total de 156 doses, foi identificada uma taxa de erros relacionados à administração de 30,8% e seis erros relacionados à dose do fármaco. Após o treinamento (simulação baseada no aprendizado) a taxa de erros diminuiu para 4%. Além disso, este achado foi sustentado ao longo do tempo, com uma taxa de erro de 6,2%, taxa esta significativamente menor do que antes da aplicação da técnica de aprendizado baseada na simulação (FORD et al., 2010).

Em um estudo também realizado nos EUA, que teve como objetivo descrever o tipo e a frequência de erros detectados pelos enfermeiros de cuidados intensivos, e verificar as condutas adotadas por esses profissionais, os autores apontam que foram investigados 502 profissionais e que, destes, 184 detectaram 367 erros, num período de 28 dias. O número de erros identificados por um enfermeiro variou de 0 a 12, sendo que os erros envolvendo a administração de medicamentos foram os mais frequentes (44,4%), seguido por erros processuais (31,3%). Erros gráficos e de transcrição totalizam (15,0% e 2,7%) respectivamente). O erro de medicação (EM) mais comum, neste estudo, foi à administração de uma dose incorreta (45,1%). Verificaram-se também erros relacionados ao medicamento errado ou que uma dose de uma determinada medicação prescrita havia sido omitida (ROGERS, et al., 2008).

Faye et al (2010) corroboram dizendo que essa alta taxa erros de medicação é alarmante e estima-se que, pelo menos 380.000 eventos adversos evitáveis (ADEs) ocorrem, anualmente, devido a erros relacionados ao uso de medicamentos. Esses eventos geraram, somente em 2006, um custo estimado de US \$ 3,5 bilhões. Os autores ainda relatam que, embora as falhas sejam consideradas de pequeno porte, podem aumentar rapidamente a carga de trabalho de enfermagem e tornar-se uma fonte de estresse. Alguns desses eventos adversos estão relacionados com a utilização de equipamentos, como por exemplo: equipamento danificado, cateteres defeituosos ou nas tecnologias (uso de um determinado software) utilizadas na unidade, à organização (o médico) que cancela o uso de uma medicação, porém o sistema não acusa o cancelamento, ou (o paciente), quando perde o acesso venoso.

Pesquisa realizada na região Sudeste, que teve o objetivo de identificar a prevalência de erros de medicação em UTI, relatados por profissionais de enfermagem, evidenciou que, em relação à frequência de erros, obteve-se o relato de nove ocorrências na fase de preparo (32,1%) e 19 na fase de administração (67,9%), totalizando 28 erros de medicação durante as quatro semanas anteriores à coleta de dados. Dos profissionais envolvidos com erros, 66,7% relataram ter tido preocupações extras trabalho (financeiras, conjugais, familiares) e 61,1% desses afirmaram ser cuidadores de crianças (PELLICIOTTI; KIMURA, 2010).

Em outro estudo realizado, em 2006, no Estado de São Paulo que também versa sobre administração de medicação em UTI, os autores evidenciam que dos 52 erros registrados no período de coleta de dados, 12 (23,08%) ocorreram por omissão de dose, 11 (21,15%) por medicamento errado e 09 (17,31%) por dose errada. O estudo ainda aponta seis erros (11,54%) relacionados à velocidade de infusão inadequada e cinco (9,61%) relacionados à concentração errada. Encontrou-se ainda quatro erros (7,69%) referentes ao horário errado, dois erros (3,85%) de via de administração e técnica incorretas e um erro (1,92%) relacionado à administração de medicamento vencido. 40,40% dos erros envolveram o grupo dos medicamentos potencialmente perigosos. Verificou-se que 37% dos erros de medicação ocorreram no turno da tarde, 35% durante a manhã e 29% no período noturno (TOFFOLETTO; PADILHA, 2006).

Salazar et al (2011) revelam que 52 pacientes foram vítimas de erros de medicação, totalizando 66 erros, sendo que 33 % dos pacientes sofreram mais de um erro. Estes erros estão assim distribuídos: 51% na etapa de administração, 18% na prescrição e 15% na preparação. Das falhas relacionadas à administração, 41% referem-se à velocidade gestão. Ainda observou-se 15% de erros relacionados à omissão da administração e 6% por problemas com a dose administrada (SALAZAR, et al., 2011).

Outra investigação, realizada com profissionais de saúde na região Sudeste revela que 63,02% (75) dos entrevistados já presenciaram algum tipo de erro de medicação, dos quais, 18,60% (24) eram referentes aos erros no processo de administração, 15,50% (20) aos erros de dispensação, 10,85% (14) aos erros de prescrição, 7,75% (10) à falta de atenção, 3,88% (5) relataram preparação errada de medicamentos.

Em relação às condutas tomadas frente à ocorrência de erros, 29% (43) se referiram à realização de comunicação sobre o erro à supervisão, 15% (23) à correção do erro sem comunicação do ocorrido aos responsáveis pelo setor, 9% (14) estavam relacionadas apenas a ações de acompanhamento do quadro clínico do paciente, e 9% (13) à busca de orientação sobre a conduta a ser tomada. (REIS; COSTA, 2012).

Os resultados do estudo publicado por Ford et al., (2010) sugerem que o método de ensino-aprendizagem em campo de atuação profissional tem a capacidade de reduzir os erros evitáveis. Além disso, podem potencialmente resultar em danos ao paciente e também minimizar custos para a instituição.

Assim sendo evidencia-se que a ocorrência de eventos incidentes de segurança relacionados ao uso de medicamentos em terapia intensiva permeia diferentes categorias profissionais da área da saúde, com enfoque maior na medicina, farmácia e, sobretudo, na

enfermagem. Isso resulta, na maioria das vezes, em ineficiência do tratamento, comprometendo a qualidade da assistência prestada aos pacientes, sinalizando a necessidade de revisão dos processos de trabalho, afim de uma sistematização da assistência e maior segurança ao usuário.

Sendo os incidentes de segurança de origem multicausal, as ações que visem o seu controle, também precisam ser múltiplas. Há de se revisar a definição quantitativa de pessoal, investir-se em programas educativos, utilizar-se de materiais e equipamentos de qualidade, rever a organização do processo de trabalho e, de maneira especial, implementar-se a sistematização da assistência de enfermagem.

No que se refere à terapia medicamentosa é indispensável o domínio do conhecimento da farmacologia e de conteúdos relacionados aos métodos de administração, ação dos medicamentos, vias de administração, doses, efeitos tóxicos e colaterais. Salienta-se a necessidade de melhorar as práticas de cuidados na utilização de medicamentos e chamar a atenção para a importância de atualização dos profissionais da saúde, incluindo a enfermagem, a respeito dos medicamentos comumente administrados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Também há a necessidade de ampliar o desenvolvimento de pesquisas sobre o tema, a fim de explorar com maior ênfase a temática da segurança do paciente, visando proporcionar uma cultura de segurança manter a qualidade da assistência minimizando os eventos adversos advindos da assistência nos serviços de saúde.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Nesta seção, serão descritos o tipo de pesquisa, o cenário e população do estudo, coleta e análise dos dados da pesquisa, as considerações éticas, apresentação e discussão dos resultados e como será feita a devolução dos resultados à instituição.

3.1 Tipo de pesquisa

Para responder aos objetivos deste estudo, optou-se por um estudo de caráter exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. Os estudos exploratórios, de acordo com Gil (2008), são aqueles em que o pesquisador se aproxima de uma realidade pouco conhecida. Assim sendo, procura-se ampliar e esclarecer conceitos e ideias com vistas à formulação de problemas mais precisos ou lacunas que possam ser pesquisadas em estudos posteriores (GIL, 2008).

As pesquisas descritivas, por sua vez, são aquelas que têm como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno e buscam levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população. Por outro lado, a pesquisa descritiva de acordo com Lakatos e Marconi (2006) pode ser visualizada como a descrição, registro, análise e interpretação de fenômenos ou situação mediante um estudo realizado em determinado espaço de tempo, objetivando o seu funcionamento no presente. (GIL, 2008). Triviños (2007, p. 119), corrobora dizendo que nas pesquisas descritivas pretende-se “descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade”.

Entende-se que o método qualitativo se aplica ao estudo dos significados, percepções e opiniões, a cerca de um determinado fenômeno, perpassando pela construção dos pensamentos e sentimentos humanos (TURATO et al., 2008). Para Minayo (2010), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, das percepções e das opiniões, sob a ótica dos atores, sendo então produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido, como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. Ainda, segundo Minayo (2010), o universo da produção humana engloba as relações, as representações e a intencionalidade e se constitui em objeto da pesquisa qualitativa e, dificilmente, pode ser explanado em números e referências quantitativas.

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um Hospital de médio porte do interior do Rio Grande do Sul (RS). Trata-se de uma instituição filantrópica que constitui campo de prática para os cursos de residência médica, cursos de graduação da área de saúde de uma universidade federal e cursos técnicos de enfermagem.

É uma instituição considerada centro de referência para as cidades da região. Conta com 123 leitos distribuídos nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva, Urgência e Emergência, Obstetrícia, Pediatria, Saúde Mental e Casa da Gestante. Realiza, aproximadamente, 590 internações/mês, 200 cirurgias/mês e 2.200 procedimentos ambulatoriais/mês.

Ainda dispõe de Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI) realizando exames de Radiologia, Mamografia, Tomografia, Ecografia, Eco Doppler, Eco Cardiograma, Biopsia de Próstata e Hepática, exames de eletrocardiograma, endoscopia digestiva alta, cistoscopia, colonoscopia, gasometria arterial, e Ressonância Magnética.

Atende ao Sistema único de Saúde e aos demais convênios como: Unimed, IPE, Sadia, Cabergs, Geap, Sener Saúde, Correios, Cisa, Cassi, Caixa e particular. O quadro de pessoal é composto por 234 funcionários e a equipe de enfermagem conta com 122 profissionais, sendo 17 enfermeiros, 100 técnicos de enfermagem e cinco auxiliares de enfermagem.

As atividades na Unidade de terapia Intensiva iniciaram-se em maio de 2008 e, atualmente, a unidade conta com 10 (dez) leitos regulados pela Central de Regulação de Leitos da Secretaria Estadual de Saúde.

Quanto ao número de profissionais de enfermagem, a unidade conta com seis enfermeiros e 21 técnicos de enfermagem. Os profissionais alocados nos turnos da manhã (07-13 h) e tarde (13-19 h) cumprem uma jornada de trabalho de 36 horas semanais e aqueles

que desenvolvem suas atividades no período da noite (19-07 h) trabalham 12 plantões de 12 horas, ou seja, 12/36 horas.

3.3 População e participantes do estudo

A população do estudo compreendeu a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva adulto, nos três turnos de trabalho. Os sujeitos foram quatro enfermeiros e onze técnicos de enfermagem. Como critérios de inclusão, elencou-se: ocupar o cargo de enfermeiro ou técnico de enfermagem da unidade de terapia intensiva adulto desta instituição, há pelo seis meses. Dentre os critérios de exclusão incluem-se: enfermeiros e técnicos de enfermagem com tempo de trabalho inferior a seis meses na unidade, os afastados por motivo de férias ou licença de qualquer natureza durante o período de coleta de dados.

O número total de participantes foi definido no decorrer da pesquisa, pela saturação dos dados, ou seja, quando os dados obtidos apresentarem-se excessivos, na avaliação do pesquisador, ou quando nada de substancialmente novo aparece, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados, bem como quando os objetivos forem atingidos.

A avaliação dessa saturação iniciou-se logo que começou o processo da coleta dos dados, e foi feita por meio da contínua análise. A seleção dos participantes foi realizada por sorteio e estes foram convidados a participar da pesquisa de acordo com a disponibilidade dos mesmos. Inicialmente foi realizada uma conversa informal, explicado os objetivos do estudo e após convidou-se a participar da pesquisa, conforme disponibilidade de data e horário dos mesmos.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de fevereiro e março de 2014, tendo como instrumento a entrevista semiestruturada (APÊNCICE A), pois esta proporciona relativa flexibilidade, proporcionando explorações sobre o assunto, mediante as respostas fornecidas pelos sujeitos da pesquisa. Inicialmente realizou-se a aproximação com o campo, objetivando-se conhecer o espaço e promover a familiarização com sujeitos.

Cabe ressaltar que a aproximação com o cenário de estudo, iniciou em agosto de 2013, quando o pesquisador contactou via telefone com a enfermeira coordenadora da UTI, e após agendou-se reunião a mesma, com o médico responsável pelo serviço e coordenador do serviço de enfermagem e representante da direção da instituição. Na oportunidade, o pesquisador apresentou-se como enfermeiro e mestrando do Programa de Pós-Graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/RS, manifestando o interesse em realizar a pesquisa naquela Instituição. Foi comentado sobre os objetivos do estudo, bem como materiais e métodos a serem utilizados para a coleta dos dados.

Orientou-se sobre os benefícios institucionais com a pesquisa. Foi ressaltado que as questões relacionadas ao financiamento são de inteira responsabilidade do pesquisador, além de outros aspectos relevantes. Na sequência, o pesquisador comentou que o projeto ainda estava em fase de elaboração e após a qualificação, seria enviado cópia do projeto na íntegra para, posteriormente, a instituição fornecer a autorização para a realização da pesquisa.

Para Minayo (2010), a entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem se prender as condições prefixadas pelo pesquisador. Assim sendo, foi utilizada como fonte de dados a entrevista semiestruturada, composta por um roteiro de perguntas abertas permitindo que o participante fale sobre o tema proposto, sem respostas já fixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2010).

Cabe ressaltar que as entrevistas foram gravadas e após, transcritas na íntegra com o consentimento dos sujeitos, a fim de, obter material rico e fidedigno que pudesse ser, posteriormente, analisado em profundidade. Essa modalidade parte de certos questionamentos básicos, que oportunizam um vasto campo de interrogativas, as quais possibilitam novas hipóteses, que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do entrevistado (MOREIRA; CALEFFE, 2006).

Para a realização das entrevistas os sujeitos do estudo, foram contactados pessoalmente para agendar horário e local de encontro. O entrevistado foi convidado a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNCICE B) e responder as perguntas do roteiro norteador da pesquisa. As entrevistas foram realizadas em sala reservada, nas dependências do hospital, mais precisamente na Unidade de Terapia Intensiva. Ressalta-se que este local oferecia privacidade para entrevistador e sujeito, garantindo o sigilo das informações coletadas. As entrevistas foram gravadas por meio de gravador digital e o seu conteúdo transcrito na íntegra para a análise das informações.

Os sujeitos foram identificados pela letra “E” (de entrevistado), seguida do número arábico correspondente a sequência de realização das entrevistas (E1, E2, E3,...). A coleta dos dados obedeceu o critério de saturação temática. Segundo Turato et al., (2008) a amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual frequentemente utilizada em investigações qualitativas, em diferentes áreas no campo da saúde. É indicada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma população em estudo, interrompendo a captação de novos componentes.

Para determinar a quantidade suficiente de sujeitos que conduza a saturação dos dados depende de vários fatores, como: qualidade dos dados; liberdade quanto ao âmbito do estudo; natureza da informação; quantidade de informação útil obtida de cada sujeito participante. Para a ordem dos entrevistados, foi observada a escala de trabalho e assim colocou-se os nomes dos trabalhadores em ordem alfabética e assim foi realizado um sorteio.

Anteriormente a coleta de dados foi realizado um Teste Piloto, para a validação do questionário. Entrevistou-se cinco profissionais de enfermagem de um hospital com características semelhantes ao cenário investigado.

3.5 Análise dos dados

A sustentação teórica/metodológica utilizada para analisar e interpretar os dados desta pesquisa foi a **Análise de Conteúdo**, que segundo Minayo (2010), consiste em “técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos” (MINAYO, 2010, p. 303).

São varias as modalidades de análise de conteúdo, sendo escolhida para este estudo a “Análise Temática”, que segundo a autora acima citada “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o projeto analítico visado” (MINAYO, 2010, p. 316). Esta técnica de análise consiste em três fases detalhadas a seguir: a) Pré-Análise; b) Exploração do Material; c) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação.

A **Pré-análise** constitui-se na organização que corresponde à sistematização das ideias iniciais a partir da questão norteadora e dos objetivos da pesquisa. Tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do

desenvolvimento das ações sucessivas, num plano de análise. Esta fase subdivide-se em três novas etapas: a) a leitura flutuante; b) a constituição do corpus; c) a formulação e reformulação das hipóteses e dos objetivos.

A **leitura flutuante** foi o primeiro contato do pesquisador com os documentos a serem analisados, no caso, a entrevista semiestruturada. Após a transcrição das entrevistas realizou-se uma leitura atenta, juntamente com o áudio, a fim de conhecer o texto deixando-se impregnar por seus conteúdos. Na sequência, procede-se a formulação e reformulação das hipóteses e dos objetivos, visto que esta leitura “mais exaustiva” do material possibilita uma compreensão mais aprofundada do material, tendo como parâmetro as indagações iniciais.

A seguinte etapa da Análise Temática foi a **Exploração do Material** que consiste na transformação dos dados brutos visando alcançar a compreensão do texto, ou seja, extrair a essência dos depoimentos dos entrevistados do estudo. Também pode-se definir as unidades de registro, de contexto, segmentos significativos e categorias.

Minayo (2010) refere que a categorização, nada mais é do que, um processo de redução do texto às palavras e expressões mais significativas. Assim sendo, realizou-se a seleção e extração dos depoimentos mais significativos que compuseram o *corpus* de análise em cada categoria temática, de acordo com os objetivos delineados para a pesquisa.

Por fim, a última fase constitui-se no **Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação**. Nesta etapa começam a surgir categorias preliminares, sendo a fase de análise propriamente dita, quando é possível confirmar ou re-organizar categorias de análise e interpretar os achados relacionando-as com a fundamentação teórica. Para realizar cada uma das etapas foi necessário retornar à questão norteadora e os objetivos do estudo, permitindo sistematizar os resultados obtidos e buscado a construção de conhecimento científico sobre o objeto pesquisado.

Prosseguiu-se, então, para a fase de interpretação e argumentação da análise dos dados, onde foram feitos os últimos ajustes para seleção de recortes dos extratos dos depoimentos que viriam a compor o relatório. Este momento culminou na escrita do relatório final, estruturado com os artigos que refletem os principais achados da pesquisa.

3.6 Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi registrado no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) e no Sistema de Informação para o Ensino (SIE), sob o número de registro nº 030822. Posteriormente, o projeto foi submetido à autorização institucional e após, foi registrado no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP) e avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sendo aprovado em 22 de fevereiro de 2014, sob o parecer nº 537.945, sob número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 26417113.2.0000.5346.

A coleta foi realizada nos meses de fevereiro e março de 2014, após a tramitação de todos os requisitos exigidos. Os participantes da pesquisa foram convidados a ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) e após a concordância com o mesmo, realizando a assinatura e rubrica, ficando o entrevistado de posse de uma via deste documento e a outra via em posse do pesquisador. Este documento, bem como o conteúdo das falas das entrevistas, será guardado em um arquivo confidencial no computador de uso exclusivo da pesquisadora responsável, na sala 1339 do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), por um período de cinco anos, após este período, os dados serão destruídos.

Estes passos estão em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre os cuidados da pesquisa com Seres Humanos. Ela incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012a).

Foi garantido aos participantes pesquisados o anonimato, sigilo das informações e a possibilidade de desistência em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização ou prejuízo. Também foi explicado, em linguagem acessível, a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, além do destino das informações (BRASIL, 2012a). O pesquisador compromete-se em manter a confidencialidade da identidade dos participantes conforme Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança dos Dados (Apêndice C), bem como utilizar os dados do estudo somente para fins de pesquisa.

Além disso, informou-se aos participantes sobre a ausência de benefícios diretos. O estudo contribuirá na construção do conhecimento para a área da enfermagem e da saúde no

que tange ao objeto de estudo. Os benefícios estão relacionados a melhorias no trabalho da enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Adulto, além de obter subsídios que possam favorecer uma discussão sobre as percepções de profissionais de enfermagem, acerca dos eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos, bem como a identificação de estratégias para a prevenção e controle destes eventos.

A pesquisa, a princípio, não apresentou nenhum risco físico, porém as questões do roteiro norteador da entrevista poderiam mobilizar sentimentos ou desconfortos, de ordem emocional, pelo fato de promover nos sujeitos reflexões sobre suas percepções em relação à ocorrência de incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa. Caso a entrevista mobilize algum desconforto, a mesma seria interrompida imediatamente, e se fosse de vontade do sujeito, ele seria encaminhado para o serviço de psicologia da Instituição. Este encaminhamento foi previamente acordado entre o pesquisador e direção da instituição.

As entrevistas foram realizadas em sala reservada na Unidade de Terapia Intensiva Adulto, em turnos opostos ao horário de trabalhos. Isso se justifica pelo fato de que a unidade não dispõe de profissionais para substituir o participante no turno de trabalho, e de certo modo, seria complicado em função da quantidade de atividades na unidade, e, além disso, os participantes poderiam ficar preocupados com suas atribuições no cuidado aos pacientes, prejudicando a coleta de dados. Este fato também foi acordado previamente entre o pesquisador e enfermeira coordenadora da unidade. Os participantes foram identificados pela letra “E” (de entrevistado), seguida do número arábico correspondente em sequência de aleatória à realização das entrevistas (E1, E2, E3,...).

Os resultados obtidos neste estudo compõem uma dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Quanto à socialização dos dados, pretende-se fazê-la por meio da publicação de artigo(s) científico(s) em periódicos da área da saúde. Além disso, o pesquisador compromete-se em compartilhar os resultados e conclusões com demais profissionais e pesquisadores da área da saúde e em especial a enfermagem.

A devolução dos resultados a Instituição, cenário do estudo, será realizada, logo após a defesa da dissertação, mediante a apresentação dos dados, de forma a ser combinada, e entrega de uma versão impressa da dissertação.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os achados da pesquisa, que serão abordados nesse tópico, estão estruturados na forma de categorias temáticas, organizadas conforme os eixos temáticos que emergiram da análise das percepções dos participantes do estudo. Tendo em vista que se trata de um estudo com abordagem qualitativa, os resultados serão apresentados conjuntamente com o processo de discussão, como forma de melhor explorar as nuances explícitas e implícitas nos relatos dos participantes. Inicialmente, serão apresentados dados relativos à caracterização dos participantes.

Participaram como sujeitos da pesquisa 11 técnicos de enfermagem e quatro enfermeiros atuantes na unidade de terapia intensiva adulto. A idade variou de 24 a 45 anos, com uma média de 33 anos, todos pertencentes ao sexo feminino. Quanto ao estado civil, sete profissionais são casadas, cinco solteiras e três divorciadas. Quanto ao número de filhos, quatro profissionais não são mães, quatro tem um filho, duas tem três filhos e quatro tem três filhos.

O tempo de trabalho na enfermagem variou de um a 14 anos, com uma média de sete anos. Já o tempo de trabalho na instituição variou de três a 22 anos com média de 7,5 anos. Com relação ao tempo de trabalho em terapia intensiva, os sujeitos têm de um a oito anos com média de 4,2 anos. Com relação ao turno de trabalho, três participantes atuam no turno da manhã, quatro no turno da tarde, e oito no turno da noite. Em relação à carga horária na instituição, todos trabalham 36 horas semanais.

Dos 15 entrevistados, oito possuem outro emprego, com média de jornada de trabalho de três a 56 horas semanais. Cabe destacar que uma funcionária atua em três empregos concomitantemente. Quanto ao grau de escolaridade, uma enfermeira tem especialização na área, outra está cursando especialização e uma técnica de enfermagem tem curso de especialização pós-técnico. Do total de pesquisados, 11 realizam atividade física com frequência de duas a quatro vezes por semana. Quanto à qualidade do sono e repouso, todos os participantes referem ser satisfatória, com um média de seis horas diárias.

Uma vez apresentada à caracterização dos participantes deste estudo, construiu-se um quadro correlacionando os objetivos específicos do estudo com as categorias e subcategorias temáticas, a fim de facilitar a compreensão das mesmas. As informações obtidas junto aos participantes do estudo foram classificadas, conforme a análise de Minayo (2010).

Quadro 1 – Apresentação dos objetivos específicos do estudo relacionados às categorias e subcategorias temáticas.

Objetivos do estudo	Categorias temáticas	Subcategorias
✓ Analisar as percepções de trabalhadores de enfermagem atuantes em uma unidade de terapia intensiva, sobre a ocorrência de incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa.	<ul style="list-style-type: none"> • Percepções de trabalhadores de enfermagem atuantes em uma unidade de terapia intensiva, sobre a ocorrência de incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa: o que dizem os trabalhadores de enfermagem de UTI. - Vivências de incidentes de segurança e condutas adotadas diante dos mesmos.
✓ Identificar os fatores que contribuem para a ocorrência de incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa.	<ul style="list-style-type: none"> • Fatores que contribuem para a ocorrência de incidentes de segurança relacionados ao uso de medicamentos em terapia intensiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Incidentes de segurança relacionados aos fatores institucionais/organizacionais. - Incidentes de segurança relacionados aos fatores humanos.
✓ Conhecer as estratégias adotadas pelos profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva para a prevenção de incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa.	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégias adotadas pelos trabalhadores de enfermagem para redução dos incidentes de segurança relacionados ao uso de medicamentos em UTI 	<ul style="list-style-type: none"> - A busca de conhecimento para preparar e administrar medicamentos como estratégia para minimizar o risco de incidentes de segurança. - Condutas adotadas no cotidiano de trabalho para evitar/minimizar os incidentes de segurança relacionados ao uso de medicamentos.

4.1 Percepções de trabalhadores de enfermagem atuantes em UTI, sobre a ocorrência de incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa

Nesta categoria, os entrevistados descrevem as suas percepções sobre os incidentes de segurança e as condutas adotadas diante dos mesmos, estando organizada em duas subcategorias. A primeira discute as percepções dos trabalhadores em relação aos incidentes de segurança, eventos adversos e erros de medicação. Na segunda subcategoria estão abordadas as vivências dos trabalhadores em relação aos incidentes de segurança relacionados ao uso de medicamentos e as condutas adotadas diante dos mesmos.

4.1.1 Incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa: o que dizem os trabalhadores de enfermagem de UTI

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tem promovido uma serie de iniciativas em prol da segurança do paciente, porém, a adesão dos serviços de saúde ainda é considerada pequena, justamente por não terem uma cultura institucional voltada para a segurança do paciente. Isso se reflete na alta ocorrência de eventos adversos evitáveis em hospitais brasileiros, correspondendo a cerca de 67% de todos os eventos adversos (VICTORA et al., 2011).

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

Incidente de segurança ocorre quando é feito um procedimento errado. Até acontece, mas muito raramente. Ocorre, por exemplo, quando se administra uma medicação trocada. (E1)

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

Erro de medicação é quando se administra uma medicação errada, em vez de fazer em um paciente, se faz em outro. Isso é um erro de medicação! (E5)

Já ouvi falar em erro de medicação e evento adverso, acho que é a mesma coisa. É eu preparar e administrar uma medicação errada ou até preparar corretamente e administrar no paciente errado. (E11)

Os relatos evidenciam que não há clareza, entre os participantes, sobre a concepção de ‘incidentes de segurança’, ‘evento adverso’ e ‘erros de medicação’. Conforme já explicitado anteriormente, a palavra “incidente” (que é o foco principal desse estudo) refere-se a um determinado evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente (RUNCIMAN et al., 2009).

Estudo realizado com 29 profissionais de enfermagem, em um hospital do Rio Grande do Norte, demonstrou que 48% dos profissionais não sabiam fazer distinção entre erro de medicação e evento adverso. Além disso, a investigação aponta que a totalidade dos participantes relacionou os eventos adversos apenas às alterações clínicas do paciente (FERREIRA et al., 2014).

A capacitação profissional, a vigilância e a notificação dos incidentes de segurança constituem-se em estratégias importantes para as diversas profissões da área da saúde, em especial, a enfermagem, assim prevenindo e identificando os incidentes (HENNEMAN; GAWLINSKI; GIULIANO, 2012). A detecção, notificação e análise dos incidentes de segurança são essenciais para proporcionar uma melhor qualidade dos cuidados nas instituições de saúde e, conseqüentemente, promovendo a segurança do paciente.

Esta subnotificação, também é encontrada em outros países e, na maioria das vezes, ocorre por diversos motivos. Entre estes pode-se destacar: o medo, a culpa, a vergonha, a autopunição, medo da crítica de outras pessoas e do litígio, além da alegação de dificuldade para realizar uma notificação como a extensão e a natureza do que deve ser relatado, o tipo de sistema de notificação, a facilidade para enviá-la, existência de incentivos e obstáculos (CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI, 2013).

Alguns dos sujeitos referem que obtiveram algum conhecimento sobre o tema, através dos meios de comunicação, no próprio local de trabalho e nos cursos de formação profissional, como evidenciado nos depoimentos:

Já ouvi falar, mas na mídia, geralmente com técnicos de enfermagem ou estagiários que administraram alguma coisa por via errada ou trocado de medicação, geralmente é o mais comum. (E1)

[...] ouvi falar na mídia alguma coisa que aconteceu [...] como administrar uma medicação de um paciente em outro. (E9)

Eu acho que, em geral, estes erros acontecem com bastante frequência, e aqui dentro do hospital a gente já ouviu falar de casos que teve erros gravíssimos, porque como a gente ouve por aí “tem gente colocando ar comprimido na veia.” (E11)

Eu vi na televisão que foi feito vaselina na veia e instalado dieta em acesso venoso. No curso a gente também ouvia muita coisa que os professores comentavam. (E14)

Erro de medicação já vi muitas vezes, tanto aqui como na televisão. Mas os que acontecem aqui na uti são coisas pequenas, que é para ser uma medicação e, às vezes não é, às vezes está infundindo um soro ringer e está prescrito um glicosado. (E8)

Entende-se que os meios de comunicação constituem-se em importantes ferramentas para a divulgação de informações na área da saúde, no entanto, quando um incidente de segurança é causado por um profissional da área da saúde, coloca-se em cheque a visibilidade do mesmo e também das demais categorias profissionais. A ocorrência de incidentes de segurança relacionados ao uso de medicamentos nas instituições de cuidado permeia diferentes categorias profissionais da área da saúde, com enfoque maior na medicina, farmácia e, sobretudo, na enfermagem.

A mídia cumpre seu papel de informar o cidadão sobre algo que ocorre em determinado serviço, porém, em algumas situações, a repercussão do caso, pode gerar uma visibilidade negativa aos profissionais e instituições. A ocorrência destes eventos/incidentes pode estar relacionada a uma série de fatores como: a precarização de serviços de saúde, falhas nos processos de gestão organizacional, falta de educação em serviço, e não somente a uma situação de imprudência ou negligência profissional.

Neste sentido, o erro, muitas vezes, é atribuído ao profissional de saúde, a um problema individual e focalizado nas atitudes, falhas e nas suas condutas e/ou no seu conhecimento (incompetência, negligência ou imprudência). Desenvolveu-se, assim, uma cultura de punição aos indivíduos que cometeram erros (FERREIRA et al., 2014). No entanto, o erro é o resultado de uma série de outras ocorrências e falhas que acontecem do processo. Pode-se dizer ainda que o incidente é o resultado de falhas sistêmicas e o profissional é parte do todo.

Alguns dos entrevistados também referiram que nunca ouviram falar sobre o tema em questão. Estes relatos mostram o quanto ainda é necessário debater esse tema, tanto no processo formativo como na prática profissional, por meio da educação permanente. Além disso, as instituições de ensino, sejam elas escolas técnicas ou mesmo nas universidades precisam implementar em seus currículos, conteúdos relacionados a segurança do paciente a fim de instrumentalizar os futuros profissionais para uma assistência segura e livre de danos ao paciente.

E+vento adverso eu nunca ouvi falar. (E2)

Eu não sei explicar o que é incidente de segurança e evento adverso, nunca ouvi falar sobre isso. (E4)

Incidente de segurança eu nunca ouvi falar. (E12)

Incidente é a primeira vez que eu ouço falar. Essa expressão é nova pra mim. (E15)

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

Evidencia-se, por parte de alguns profissionais, participantes desta investigação, um desconhecimento sobre a temática. Estes achados corroboram com estudo anterior apontando que, parcela significativa dos profissionais de enfermagem, apresentam conhecimento frágil sobre o tema, na medida em que 78% dos entrevistados relataram que sabem o que é um evento adverso, enquanto que 7% disseram nunca ter ouvido falar. Entre os profissionais que já ouviram falar sobre o tema, 45% informaram que adquiriram algum conhecimento na própria instituição de saúde (SILVA; CUNHA; MOREIRA, 2011).

Yoshikawa; Souza; Pertelini et al., (2013) corroboram ao afirmar que, em um estudo realizado com alunos de graduação em enfermagem e de medicina de uma universidade pública do Município de São Paulo, a maior parte dos participantes, embora tenham obtido aprendizado formal sobre esse tema, apresentaram atitudes que demonstraram incerteza em relação a algumas práticas. Assim, percebe-se a necessidade de expandir os espaços de discussão para além do local de trabalho.

Estudo realizado por Koohestani e Baghcheghi (2008) com estudantes de enfermagem em uma unidade de cardiologia intensiva revela que a causa mais comum de erros de medicação foi em decorrência de fragilidades no conhecimento farmacológico. É imprescindível que o tema seja debatido, para além do espaço físico do hospital. Entende-se que este tema deve estar incluído na matriz curricular dos cursos de formação e qualificação profissional nas universidades, seja nos cursos de graduação e pós-graduação e também nas escolas de nível técnico.

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

Os currículos dos cursos de enfermagem que ainda não se adequaram, devem ser modificados, visando melhorar a aprendizagem dos estudantes e possibilitando a

aprimoramento das habilidades profissionais, nas atividades de preparo e administração de medicamentos, monitoramento e gerenciamento da medicação com segurança (VAISMORADI et al., 2014). Além disso, há necessidade de adequações curriculares que visem um maior enfoque quanto às especificidades de riscos e medidas preventivas de dano, nos diferentes cenários de assistência à saúde.

Neste contexto, os conteúdos precisam ser desenvolvidos por meio de ações de ensino-aprendizagem entre docente e discente, visando o compartilhamento de experiências, que repercutam em uma atuação segura, tanto para profissionais como para os pacientes. Neste sentido, os educadores precisam adotar estratégias de educação eficazes, além de projetos pedagógicos claros e alinhados (URBANETTO; GERHARDT, 2013).

Dentre os resultados da investigação, os participantes também demonstraram, por vezes, confundir as expressões ‘evento adverso’ com ‘reação adversa ao medicamento’ e ‘incidente de segurança’ com as ‘medidas preventivas para evitar um acidente de trabalho’. Os depoimentos abaixo são ilustrativos:

Evento adverso é um erro de medicação. No caso a administração de medicações com reações, como por exemplo: sangramentos quando se aplica heparina, ou em alguns casos de antibióticos que pode ocorrer hiperemia corporal. (E1)

Evento adverso é quando acontece algum efeito depois de administrar a medicação, pode aparecer algumas manchas vermelhas no corpo, ou pode dar algum tipo de alergia que a gente não estivesse esperando. (E5)

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

Incidente de segurança é como você tem que se precaver para não ocorrer o acidente de trabalho, no caso como encapar agulha, o uso de luvas, essas coisas comuns do dia a dia. (E2)

Incidente eu não lembro, mas evento adverso é quando você vai fazer uma estimulação, alguma coisa e no caso fica um hematoma. (E8)

Acredita-se que, uma das razões para que os sujeitos façam essas confusões seja em decorrência do pouco domínio da temática, uma vez que as discussões sobre o tema ainda são, de certo modo, bastante recentes em nosso país. A distinção seria benéfica, pois permitiria visualizar intervenções para redução dos erros de prescrição, dispensação e administração de medicamentos (ROZENFELD; GIORDANI; COELHO, 2013).

A WHO caracteriza a reação adversa como “qualquer efeito prejudicial ou indesejado que se manifeste após a administração do medicamento, em doses normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de uma enfermidade” (WHO, 2010). Neste

sentido, é de fundamental importância que os profissionais consigam identificar a diferença entre uma reação adversa ao medicamento e uma situação de incidente de segurança.

Neste contexto, se faz necessário que os profissionais tenham clareza quanto aos conceitos sobre os diferentes tipos de incidentes que podem ocorrer nos serviços de saúde, e em especial quando do uso de medicamentos. Assim, os profissionais têm a possibilidade de compreender que estes incidentes são causados, principalmente, por inadequações nos processos de trabalho, promovendo a reflexão dos casos e a tomada de decisões no contexto da prática em saúde (PARANAGUÁ et al., 2014).

Assim sendo, é de fundamental importância que os trabalhadores sejam orientados, de forma clara e eficiente, quanto aos conceitos e também à conduta que deve ser adotada diante de um incidente de segurança.

4.1.2 Vivências de incidentes de segurança e condutas adotadas diante dos mesmos

Os trabalhadores de enfermagem referiram ter vivenciado, em algum momento da vida profissional, alguma situação de incidente de segurança com o uso de medicamentos, seja consigo mesmo ou com um colega de trabalho, tanto na unidade de terapia intensiva, como em outros locais de trabalho. Eles descrevem que a sobrecarga de trabalho, a falta de atenção e pouco conhecimento são alguns dos fatores que contribuem para a ocorrência dos erros.

Em uma situação em que ocorre um incidente com medicação, as condutas adotadas pelos participantes do estudo são: comunicação do erro/evento ao enfermeiro e ao médico; observação do paciente e monitorização dos sinais vitais e, posteriormente a essas medidas, o enfermeiro(a) chama o funcionário que cometeu o incidente ou mesmo a equipe para realizar as devidas orientações. Esta atitude se justifica pelo fato de ter possibilidade de refletir sobre a situação vivenciada, evitar novos casos de incidentes e qualificar a assistência de enfermagem.

Já aconteceu comigo e foi por falta de atenção. Fui preparar uma medicação e em vez de usar o diluente próprio, usei uma aminofilina. Quando eu fui aplicar a paciente relatou que estava sentindo formigamento e mal estar. Imediatamente eu parei a administração e comuniquei o médico. Instalamos O2, [...] e logo eu pensei, “mas eu vou olhar no descarpax, porque me parecia que o diluente estava um pouco diferente”, falta de atenção, mas graças a Deus não deu em nada. (E2)

Já observei uma troca de medicação. Era uma medicação que deveria ser colocada na bureta [equipo microfix] e aí a pessoa se deu conta que estava errado, aí ela

desprezou, lavou a bureta pegou outra medicação na farmácia e foi fazer no paciente certo. [...] numa outra noite eu e a minha colega estávamos com 50 pacientes na clinica medica e deu muita correria e nós esquecemos uma bandeja de remédio no quarto de um paciente [...] e vários pacientes tinham antibióticos para fazer e imagina que erro grave! (E7).

Normalmente comunicar o médico e ver se ele quer interferir de alguma forma ou se não tem nenhum problemas ou enfim [...] evoluir tudo também e conversar com o funcionário, pedir o que aconteceu. Tentar descobrir o porquê que aconteceu o erro, se foi falta de atenção, o que está acontecendo, se está com algum outro problema. (E12)

Uma vez aconteceu de uma funcionária preparar a medicação e a outra administrar, ai ela instalou no microfix e aí ela foi olhar na prescrição. Ela percebeu que não era daquele paciente e veio me falar e eu já perguntei se ela havia fechado a medicação e aí já tinha infundido uns 10 ml, [...] orientei que ela deveria ter conferido a medicação na pasta do paciente e se não tivesse certeza deveria ter perguntado para mim ou para uma colega. Então, sempre ir olhar a prescrição antes da administração e quando o médico entrou na uti eu falei para ele e depois eu coloquei para toda a equipe e fiz um treinamento para começar a cuidar mais isso. (E13)

Aconteceu comigo logo que eu comecei a trabalhar. Tinha um paciente com muita dor, daí me pediram para eu fazer uma dolantina EV [endovenosa]. Eu não tinha lido que era só 4 ml e apliquei a ampola inteira. Aí eu fui falar com a enfermeira, me deu uma tremedeira, fazia duas semanas que eu estava trabalhando. Aí ela me disse que eu deveria monitorar os sinais vitais, ficar junto com o paciente, se não der nada tranquilo, mas se der nós vamos ter que chamar o médico. Mas, graças a Deus que não deu nenhuma intercorrência, foi bem tranquilo. (E14)

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

Em estudo realizado com 23 técnicos de enfermagem, a conduta que mais foi citada também foi à comunicação do incidente ao profissional médico. Entende-se que esta conduta está adequada, uma vez que ele é o responsável legal pela prescrição da medicação, e possibilita a adoção de medidas específicas para prevenção de danos maiores ou para reversão dos efeitos do incidente: prescrição de outros medicamentos, avaliação clínica e solicitação de exames laboratoriais (FRANCO; RIBEIRO; D'INNOCENZO, 2010).

Nas instituições de saúde e, em especial, no ambiente hospitalar, os trabalhadores de enfermagem constituem um contingente profissional significativo. Assim sendo, o trabalho

tem como principal finalidade, a prestação de cuidados qualificados ao paciente, que necessita de assistência integral e multiprofissional. A assistência a que aqui nos referimos visa a resolutividade das ações relativas à promoção, recuperação e reabilitação da saúde e prevenção e tratamento de agravos à saúde dos usuários e seus familiares (PEDREIRA, 2009).

Estudo realizado no Estado de São Paulo revela que, a conduta adotada por profissionais de enfermagem, diante de um erro de medicação, consiste, em 50% dos casos, em instituir medidas relacionadas às orientações ao profissional, e 20% em treinamento. O mesmo estudo ainda aponta que, em 13% dos casos, não foi adotada nenhuma medida após a ocorrência do erro (FRANCO; RIBEIRO; D'INNOCENZO, 2010).

Outro fator que merece destaque consiste na dupla jornada de trabalho dos participantes desta pesquisa, pois, dos 15 entrevistados, oito possuem outro trabalho. Acredita-se que a sobrecarga citada pelos entrevistados possa ser em decorrência de outras atividades e também pelo excesso de horas trabalhadas diuturnamente, o que causa cansaço e fadiga, tornando-se o incidente mais susceptível. Para, além disso, é importante ressaltar que, a observação rigorosa do paciente, monitorização dos sinais vitais e implementação de ações que visem o restabelecimento das funções orgânicas, o registro adequado das intercorrências no prontuário do paciente também são de fundamental importância.

Evidenciou-se também pelos relatos dos trabalhadores que, em uma situação de incidente, é comum o surgimento de sentimentos como: medo, ansiedade, nervosismo, culpa, e a vergonha. Estes sentimentos são, de certo modo, comuns entre os membros da categoria profissional, promovendo o desgaste e sofrimento do trabalhador, haja vista que o objetivo primordial da assistência de enfermagem consiste na melhoria da qualidade de vida e saúde do usuário. Alguns dos sentimentos podem ser evidenciados nos relatos:

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

[...] Ela [técnica de enfermagem] ficou bem nervosa, disse que nem dormiu à noite, no outro dia veio preocupada. (E4)

Acho que a equipe fica bem nervosa, fica bem perdida, mobiliza todo mundo. Num primeiro momento, elas [técnicas de enfermagem] ficam bastante assustadas, normalmente elas falam, comunicam, em nenhum momento elas tentam esconder. (E12)

[...] eu não tinha muita noção do que poderia acontecer [...] eu nem raciocinava direito naquela hora. Pensei: pronto! Perdi o emprego! (E14)

Os resultados deste estudo vão ao encontro dos achados de outra pesquisa realizada no Estado de Goiás, cujos sentimentos mais comuns em uma situação de erro foram: pânico, desespero, medo, culpa, vergonha, sensação de incompetência, entre outros. Estes profissionais ainda adotam estratégias de enfrentamento, dentre elas: buscar alguém para compartilhar o problema, fazer a comunicação do erro formalmente e buscar informação e conhecimento (SANTOS; SILVA; MUNARI, 2007).

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

[...] fiquei com muito medo, receio que possa causar alguma consequência mais grave com o paciente. Não conseguia parar de tremer, para mim foi uma lição. (E1)

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

[...] as pessoas têm tanto medo de expor a situação, porque tem muito medo de ser chamado sua atenção, e também pela nossa posição. [...] o medico também erra, mas eles são tão unidos, eles se protegem. A enfermagem é muito crítica, desunida. (E15)

Estes relatos chamam a atenção para sentimentos como medo e insegurança, diante de um incidente. Medo de que algo de maior gravidade possa trazer prejuízos ao paciente e também pela exposição do profissional. Outra situação que não pode ser desconsiderada consiste no fato de que, em muitas instituições, ainda predomina a cultura punitiva. A rescisão contratual é uma situação comumente adotada pelas instituições de saúde, como forma de “resolver” a situação.

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

[...] não foi um erro grave, não levou o paciente á óbito. (E5)

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

[...] uma vez aconteceu de uma colega fazer, mas não era uma coisa séria. Era só um antibiótico que o paciente não tinha naquele horário. Então foi só uma troca de horário, dois pacientes com a mesma medicação em horários diferentes. Daí a enfermeira chamou a funcionária, conversou com ela. Não escondeu de nós, a equipe toda ficou sabendo! (E11)

Eu acho que acontecem coisinhas, nada muito grave. Assim, um atraso na administração, ou mesmo administrar quando já foram suspensas, essas coisinhas, mas nada mais grave. (E14)

Os relatos aqui destacados evidenciam um problema de relevância maior, pois, o fato de o profissional ser conivente com situações que, sabidamente, são prejudiciais ao paciente, pode acarretar em complicações de natureza maior, tanto para o paciente como para o profissional e também para a instituição. Pode-se tomar, como exemplo, a não lavagem das mãos, a administração de fármacos reconstituídos e não diluídos, o uso de técnicas de desinfecção desatualizadas, entre outras.

Autores como Rosa e Perini (2003) referem que, independente do tipo de erro, sejam eles banais ou não, estes devem ser investigados, pois podem produzir eventos adversos, dependendo da conjunção de fatores que atuam em situações específicas de utilização de medicamentos (ROSA; PERINI, 2003).

Outra situação que gera preocupação consiste no fato de que, muitas vezes, o profissional enfermeiro não é comunicado sobre possíveis intercorrências que acontecem na unidade.

Eu acho que acontece muita coisa que para o enfermeiro não é passado. Eu penso que em relação à quantidade de funcionários, e o número de pacientes, então é uma correria e acaba acontecendo coisas que às vezes não chega para nós enfermeiros. E isso é mais forte ainda nas unidades abertas, que acaba acontecendo coisas que tu nem fica sabendo, por que a sobrecarga de trabalho é grande. (E15)

Esta é uma contradição em relação ao depoimento dos demais entrevistados, que demonstram preocupação em comunicar o erro. Assim sendo, o erro pode ser percebido como algo corriqueiro, natural, e os profissionais minimizam sua crítica em relação às boas práticas de saúde. Muitas vezes, o erro de medicação só é descoberto quando o paciente apresenta alguma manifestação clínica após a administração, ou algum dano foi percebido (FRANCO; RIBEIRO; D'INNOCENZO, 2010).

A “ausência de dano” é aquela situação em que o paciente não apresenta nenhum sintoma, ou nenhum sintoma detectado e não foi necessário nenhum tratamento. O “dano leve” caracteriza-se pela presença de sintomas leves, perda de função ou danos mínimos, com duração rápida, sendo necessárias apenas intervenções mínimas. Ainda neste contexto, numa situação de “dano moderado”, o paciente apresenta sinais e sintomas exigindo do profissional que seja adotada conduta apropriada para reverter à condição de saúde do paciente (WHO, 2009).

O “dano grave” é entendido como uma situação em que o paciente sintomático, necessite de intervenção para suporte de vida, ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte, causando diminuição da expectativa de vida, com grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo. O “óbito”, por sua vez, é aquela situação resultante de um determinado evento, que em curto período de tempo causou ou acelerou a morte do paciente (WHO, 2009).

Diante disso, é de fundamental importância rever o processo de trabalho institucional, investigando toda e qualquer situação que possa trazer prejuízos ao paciente. A Portaria MS/GM nº 529/2013, art 4^o, inciso V: define como Cultura de Segurança “Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares” (BRASIL, 2013a, p. 2).

Outro ponto que merece destaque se refere à necessidade de investigação das situações que podem causar alguma consequência ao paciente. Esta investigação pode fornecer subsídios para prevenção desses eventos e para a implementação de um processo sistematizado, que garanta a qualidade da assistência e promovendo, então, uma cultura de segurança.

No transcorrer da coleta de dados, os trabalhadores foram questionados sobre a posição institucional em relação aos erros ou incidentes de segurança que ocorrem ou podem ocorrer no cotidiano de trabalho. Assim, foi possível evidenciar, pelo relato dos entrevistados, que a instituição ainda não adota uma política clara e uniforme diante de uma situação de erro/evento adverso/erro de medicação.

Percebe-se que os profissionais tentam resolver os problemas em equipe e, quando esta situação foge do controle dos mesmos, repassam o caso para as instâncias superiores. No caso específico da enfermagem, o enfermeiro assistencial normalmente chama o técnico de enfermagem para uma conversa e, neste momento, faz as orientações que julga necessário. Os relatos a seguir evidenciam melhor esta problemática.

O erro, geralmente é resolvido na equipe mesmo, com a enfermeira e o médico. Nunca vi um erro tão grande que a administração do hospital tivesse que intervir. (E3)

Eu já vi chamar o funcionário para uma conversa, e eu acho isso muito certo, porque é uma grande responsabilidade do chefe. A gente deve tudo ao enfermeiro, de ele observar a equipe porque o chefe precisa ter aquela visão de como é que está a equipe dele. (E6)

Isso sempre chega para os coordenadores. Depois disso, eles que decidem junto com o enfermeiro assistencial. São eles que decidem. (E14)

Pelos depoimentos dos entrevistados, observa-se que, frente às ocorrências de erros, primeiramente, tenta-se a resolução do problema entre os profissionais da equipe. Em um segundo momento, se for necessário, o caso é repassado para as coordenações de equipe. Parte-se do pressuposto de que é impossível eliminar falhas humanas e técnicas. Errar é humano, mas há mecanismos para evitar o erro e mitigar os eventos adversos. O PNSP pode ajudar a informar, a organizar e a articular esses mecanismos, mas precisa encontrar um ambiente favorável às mudanças (BRASIL, 2014).

Diante dos dados apresentados, entende-se que uma instituição com ambiente favorável de trabalho possui premissas básicas contempladas como adequada estrutura física, dimensionamento e qualidade de recursos humanos, materiais e equipamentos. Quanto aos profissionais, além de um quantitativo equivalente às necessidades de trabalho, a inserção dessa temática em programa de educação permanente, pode se constituir em estratégia fundamental para qualificar continuamente o processo de trabalho.

4.2 Fatores que contribuem para a ocorrência de incidentes de segurança relacionados ao uso de medicamentos em terapia intensiva

Os seres humanos são passíveis de erros, que podem acontecer em decorrência de fatores isolados ou de ordem multicausal. Assim, entende-se que é impossível eliminar o risco da ocorrência dos mesmos. No entanto, é de fundamental importância que as instituições de saúde concentrem esforços para que estes ocorram em um nível mínimo, já que não se dispõe da possibilidade de eliminá-los por completo.

Choo et al., (2010) referem que, na área da saúde, os incidentes de segurança são resultantes de uma combinação de diversos fatores, incluindo: falhas sistêmicas, como: disponibilidade de recursos, políticas, procedimentos organizacionais, além de fatores humanos. Harada (2006) classifica os fatores contributivos para a ocorrência dos erros em saúde como fatores relacionados com a organização institucional, fatores humanos e ambientais. Além destes, a ANVISA (2013) acrescenta os fatores associados ao paciente e os fatores externos.

Dentre os fatores **institucionais/organizacionais** pode-se elencar as falhas e manutenção de equipamentos, materiais, gerenciamento, entre outros. Quanto aos fatores **humanos** destacam-se as habilidades/conhecimentos, aspectos psicológicos e fisiológicos.

Além disso, os fatores **ambientais** incluem aspectos relacionados ao barulho, agitação e estímulos visuais (HARADA, 2006). Ainda neste contexto, os **fatores associados ao paciente** incluem, por exemplo, a gravidade do quadro clínico ou a não aderência ao tratamento. E, com relação aos **fatores externos**, pode-se elencar qualquer situação na qual o serviço de saúde não tem influência, direta sobre a mesma, geralmente associados à falta de recursos de qualquer natureza (BRASIL, 2013c).

Neste contexto, acredita-se que a análise das causas dos incidentes de segurança deve estar centrada nos mecanismos dos erros, nos fatores contributivos e nas falhas do sistema susceptíveis de melhoria, e não somente no profissional em si (LAGE, 2010), também dando destaque a responsabilidade e comprometimento de cada profissional (SILVA, 2013). O autor ainda descreve que, as instituições de saúde precisam adotar medidas que visem a monitorização sistemática do erro e das barreiras para minimizar seus efeitos, visando à proteção dos pacientes.

Diante do exposto, entende-se que, alguns fatores, sejam eles organizacionais, humanos, ambientais, associados ou externos podem influenciar, de forma bastante significativa, a ocorrência de incidentes de segurança. Assim, a estrutura organizacional da unidade, o cansaço e estresse dos trabalhadores, fatores como sobrecarga de trabalho, distração, falha na comunicação, falta de conhecimento sobre medicações, falta de protocolo de preparo de medicamentos na instituição, falhas na estocagem e distribuição dos medicamentos, podem interferir na administração segura de medicamentos (FERREIRA; ALVES; JACOBINA, 2014).

Assim sendo, nesta categoria, os sujeitos descrevem como é o cotidiano de trabalho na unidade de terapia intensiva, e os fatores que contribuem para a ocorrência dos incidentes de segurança. Esta categoria subdivide-se em duas subcategorias: “Incidentes de segurança relacionados aos fatores institucionais/organizacionais” e “Incidentes de segurança relacionados aos fatores humanos”. Assim, entende-se que as percepções dos trabalhadores de Enfermagem estão relacionadas à organização das rotinas de trabalho instituídas na unidade de terapia intensiva, ao saber/fazer da equipe de enfermagem e a alguns aspectos de caráter pessoal.

4.2.1 Incidentes de segurança relacionados aos fatores institucionais/organizacionais

Pelos relatos dos entrevistados do estudo, entende-se que há uma série de fatores institucionais/organizacionais que podem influenciar na ocorrência dos incidentes. Dentre estes fatores destacam-se: as rotinas de trabalho instituídas na unidade, a complexidade do quadro clínico dos pacientes, a fragmentação do cuidado, a estrutura física da unidade e o dimensionamento de pessoal de enfermagem.

Uma situação que merece destaque está relacionada às rotinas de trabalho.

Eu chego, recebo o plantão da colega enfermeira [...] ele não é passado na beira do leito e sim no posto de enfermagem, depois eu divido os pacientes por funcionárias, geralmente dá dois pacientes, mas às vezes dá três ou quatro [...] depende do número de funcionários que tem na escala. Depois as técnicas verificam os sinais vitais e eu passo fazendo o exame físico e evolução de cada paciente. Já aproveito para verificar a PVC [Pressão Venosa Central] daqueles que é necessário, verifico as drogas que o paciente está recebendo, se eu evidenciar alguma outra alteração no quadro clínico do paciente eu falo com o médico. Também aproveito para verificar os parâmetros da ventilação mecânica, depois disso eu elaboro a prescrição de enfermagem e o mapa de dietas. Aí vejo se tem alguma intercorrência, curativos, coleta de exames, passagem de sonda. Na hora do banho, eu aproveito para verificar se o paciente está com alguma lesão, drenos, curativo cirúrgico, mudança de decúbito, daí eu dou uma geral. (E4)

[...] após a passagem de plantão eu avalio os pacientes no geral, como no caso de hoje teve sala de espera até para poder passar as informações para os familiares, depois eu vou selecionando por ordem de prioridade, vou aferir as PVC, e aí já dá a entrada dos familiares. Eu acompanho os familiares de perto até para poder tirar algumas dúvidas que sempre eles tenham. Então procuro ir acompanhando por leito. O meu modo de avaliação e evolução do paciente é de paciente para paciente na cabeceira dele. Eu vou com a pasta até a beira do leito, vou avaliando e fazendo a evolução [...] e depois tem as intercorrências, o que o médico venha a pedir. (E13)

A gente chega troca roupa, lava as mãos, ouve a passagem de plantão e depois vai para o paciente, verifica os sinais vitais, vê se está intubado, tem que ver a posição do tubo, o cuff, pupilas, abdome, vê todo o paciente. Depois faz a evolução [registro de enfermagem], preparo e administração da medicação, depois troca os copinhos dos pacientes, auxilia na refeição e depois disso a gente parte para os banhos. Geralmente nós nos ajudamos nos banhos, aí o doutor avalia os pacientes, muda a medicação, sempre tem alguma coisa para acrescentar, instalar um soro, um isocel [...] aí a gente, evolui tudo e vai para o lanche, no retorno tem que fazer a aspiração do paciente, mudança de decúbito, faz higiene oral, troca de cadarço, troca a fixação da sonda e segue a rotina. (E14)

A equipe da tarde desce até a farmácia buscar a medicação, que o médico prescreve de manhã aí as prescrições caem direto na farmácia e eles preparam e as meninas [técnicas de enfermagem da uti] vão buscar. Normalmente elas conferem aqui em cima [uti], justamente para poder estar aqui para qualquer intercorrência, mas já houve um tempo em que elas tinham que conferir tudo lá na farmácia e isso demandava tempo longe da unidade [...] elas identificam cada medicação com o seu horário e deixam no casulo para os outros turnos também. (E3)

[...] a gente divide, duas técnicas vão nos banhos e duas vão na medicação. Aí nós temos o hábito de fazer uma mini diluição, quem é responsável por tirar a medicação já tira a do colega e coloca na bandeja e prepara. As outras duas técnicas ficam no geral, banho, organizando as bancadas e depois quem está pronto por primeiro ajuda as outras. Depois a gente começa de novo, verificar os sinais, medica, aspira, muda de decúbito, faz higiene oral, troca soro, equipo, e nesse meio tempo aí acompanha as intercorrências. (E9)

Entende-se, pelos relatos dos trabalhadores, que estes têm preocupação com o cuidado dispensado aos pacientes. Além disso, pode-se destacar o fato de precisarem cuidar de dois ou três pacientes, o que os leva a optar pelo uso de estratégias que possibilitem a execução das atividades da melhor maneira possível.

Outra questão que chama a atenção consiste na divisão das atividades, por parte dos técnicos de enfermagem, evidenciando-se uma fragmentação dos cuidados. No entanto, os participantes não percebem esta fragmentação, como uma situação que comprometa a qualidade dos cuidados.

Percebe-se que, a cada troca do turno de trabalho, esta situação se repete. A enfermeira faz uma distribuição dos pacientes por funcionários e, mesmo assim, há uma nova subdivisão dos cuidados, agora mais relacionados a algumas atividades como a higienização dos pacientes, a busca e conferência da medicação na farmácia, preparo e administração de medicamentos, verificação dos sinais vitais e demais parâmetros como: oximetria, balanço hídrico, controle de diurese, entre outros.

Esta situação é bastante comum nas instituições hospitalares, pois não existe uma normatização para tal, embora haja recomendação, por parte dos CORENs, por ocasião da visita fiscalizatória, para que os profissionais assumam cuidados integrais, no intuito de fortalecer os vínculos entre o próprio profissional, paciente e familiares, promovendo a humanização do cuidado e qualificando a assistência de enfermagem.

De acordo com o Art. 12 da Lei 4.798, que rege o Exercício Profissional de Enfermagem no Brasil,

O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente: a) participar da programação da assistência de Enfermagem; b) executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no Parágrafo único do Art. 11 desta Lei; c) participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar; d) participar da equipe de saúde (BRASIL, 1986, p. 04).

Uma das condutas adotadas nos serviços de saúde consiste na divisão dos pacientes para cada profissional, no caso o técnico ou auxiliar de enfermagem, a quem cabe realizar

todos os cuidados com os pacientes de sua responsabilidade. Neste contexto, o técnico de enfermagem é responsável pelos cuidados integrais de enfermagem, incluindo realização de procedimentos como: higiene, monitorização dos sinais vitais, administração de medicamentos, mudança de decúbito, aspiração das vias aéreas, realização de curativos, dentre outros, sempre sob orientação e supervisão de um enfermeiro.

Esta integralidade do cuidado constitui-se em um grande desafio, pois requer uma pluralidade de saberes, para lidar com a diversidade da atenção à saúde. Neste sentido, a UTI caracteriza-se como um ambiente onde se vivenciam constantes expectativas em relação ao quadro clínico do paciente que necessita de cuidados contínuos, o qual pode sofrer alterações em curtos períodos de tempo, exigindo amplo conhecimento, por parte dos profissionais, e uso de diversos recursos tecnológicos e terapêuticos (PIROLO; FERRAZ; GOMES, 2011).

Entende-se que, na UTI, o trabalho em equipe deve existir e os profissionais precisam auxiliar um ao outro, citando as atividades relacionadas com a higiene e conforto, reanimação cardiorrespiratória e tantos outros procedimentos assistenciais. Neste contexto, é humanamente impossível um trabalhador realizar estas atividades de modo individual, uma vez que há uma série de cuidados a serem executados e, muitos deles, de grande complexidade.

De acordo com os entrevistados, dentre os principais diagnósticos dos pacientes admitidos na UTI, destacam-se os pacientes clínicos, com patologias dos sistemas respiratório, circulatório, endócrino e renal; pacientes oncológicos, pacientes em pós-operatório de intervenções cirúrgicas dos sistemas digestório, gênito-urinário e traumatologia ortopedia; pacientes vindos da unidade de urgência/emergência vítimas de acidentes automobilísticos, quedas, acidentes de trabalho, agressão física, por arma branca e de fogo, intoxicações, entre outros.

Alguns dos profissionais referem que a unidade também recebe pacientes provenientes de outras instituições hospitalares, encaminhados via contato entre as instituições e via Central de Regulação de Leitos do Estado do Rio Grande do Sul. Para além disso, por vezes, a unidade recebe também crianças, uma vez que a instituição não dispõe de unidade de terapia intensiva pediátrica. O tempo de internação destas crianças fica condicionado a transferência desta para outras instituições, que tenham leitos disponíveis na UTI específica.

Diante do exposto, entende-se que a unidade admite pacientes adultos, gravemente enfermos, o que demanda aos profissionais agir com presteza, agilidade e conhecimento amplo e variado sobre as diferentes patologias.

A gente não consegue vencer o trabalho, porque, na maioria das vezes, é bem puxado. Tem paciente obeso, intubado, com dreno, tudo o que tem direito, mudança de decúbito, cuidado com medicação em bomba de infusão, tudo isso. (E11)

Eu acho que tem um déficit bem grande equipamentos para a gravidade dos pacientes que a gente recebe aqui. [...] às vezes acontece de um respirador não funcionar, a gente já teve seis pacientes em ventilação mecânica. Então, eram os seis respiradores e se acontece de um não funcionar? Eu também acho que deveria ter mais leitos, porque é a central de leitos ligando e às vezes tem paciente de cidades vizinhas que a gente não consegue receber por falta de leitos. (E12)

[...] nos últimos tempos até está havendo revezamento de pacientes, porque tem pacientes mais graves daí é dado alta para aquele que está melhor ou menos pior. Então, tem uma rotatividade muito grande, libera um para entrar outro. (E13)

Pelos relatos pode-se evidenciar que os trabalhadores de enfermagem entendem que há uma sobrecarga de trabalho na unidade, associada à falta de equipamentos e rotatividade de pacientes. Os trabalhadores também percebem que a restrição do número de leitos implica em maior rotatividade dos pacientes que acessam a unidade, os quais, no seu entendimento, por vezes, ainda precisariam permanecer em tratamento intensivo.

Entende-se que, quanto mais grave o estado do paciente, maior o número de intervenções terapêuticas necessárias e conseqüentemente, maior o tempo exigido pela equipe de enfermagem para prestar o atendimento. Neste sentido, é relevante que os gestores da unidade, entendam que é necessário prover a mesma com recursos humanos em quantidades adequadas e devidamente instrumentalizados para o cuidado. Além disso, é importante que a unidade disponha de materiais, medicamentos e equipamentos em quantidade e qualidade adequadas para as demandas necessárias do cotidiano.

Outro aspecto destacado por um dos entrevistados refere-se à estrutura física da unidade como um fator que pode ser repensado, a fim de facilitar a realização das atividades e qualificação da assistência.

Realmente são seis horas de trabalho que a gente não para. A gente corre muito dentro da unidade, até a gente já conversou, por exemplo, que na hora de preparo e diluição de medicação elas [técnicas de enfermagem] ficam de costas para o paciente porque o posto de enfermagem é longe. A gente sabe que a medicação teria que ser preparada na cabeceira do paciente e a gente vem conversando isso há mais tempo, até para fazer uma reforma na UTI e tentar adaptar isso. A gente sabe que tem toda uma estrutura, teria que ter pia também para a lavagem das mãos e tudo mais, mas a gente está pensando e isso já vem sendo debatido há bastante tempo. (E12)

A disposição dos leitos na unidade está estruturada em formato de “L”. No centro da unidade há uma “ilha”, atualmente este local é usado para a passagem de plantão e registros em geral. Na unidade, o preparo e diluição de medicamentos são realizados em outro

ambiente, distante dos pacientes, onde os funcionários ficam de costas para os mesmos. Percebe-se a preocupação dos entrevistados em relação a esta questão, uma vez que isso pode contribuir para a ocorrência de incidentes de segurança e, em especial, com o uso de medicamentos.

A unidade dispõe de espaço físico e com pequenas adequações poderia otimizar e flexibilizar os serviços. Assim, a instituição dispõe de infraestrutura que permite implantar o sistema de medicação a beira do leito. Neste sentido, o preparo e diluição de medicamentos podem ser realizados facilitando a realização das atividades do profissional e proporcionando maior segurança ao paciente. Além disso, reduz o trânsito dentro da unidade, evita a possibilidade de contaminação cruzada e promove mais conforto, tanto para o paciente como para o trabalhador, reduzindo o desgaste físico decorrente dos deslocamentos.

Evidencia-se, ainda, pelos relatos dos entrevistados, que na instituição há um subdimensionamento de profissionais de enfermagem. Os trabalhadores relatam que, por vezes, há a necessidade de cuidar de dois, três ou até quatro pacientes de alta complexidade neste setor.

[...] às vezes a gente tem que cuidar de três ou quatro pacientes na UTI e é muito cansativo, é difícil, é muito estressante. Teve um tempo que nós ficamos em três técnicos para dez pacientes. (E3)

[...] se tiver três técnicas trabalhando, uma vai ter que ficar com quatro pacientes. Se tiver quatro técnicas, uma fica com três pacientes e as outras com dois, porque a uti tem dez leitos. (E11)

Acho que uma enfermeira para dez leitos é tranquilo, claro que tem dias que é mais corrido. Mas para as técnicas de enfermagem é bem puxado, tem dias que elas ficam em três para dez pacientes, eu acredito que não é uma assistência satisfatória porque elas acabam deixando a desejar porque com três ou quatro pacientes isso é bem complicado. Por exemplo, se dá uma intercorrência tu tem que largar tudo e ir na intercorrência e se tem uma PCR [parada cardiorrespiratória] eu preciso de três pessoas, e acaba que fica uma funcionária para todos os outros leitos, e se a gente ficar uma hora envolvida nesta situação? Elas dão conta, mas poderia ter mais funcionários. (E15)

Segundo os participantes, esta situação é geradora de desgaste físico e, até mesmo, de ordem emocional, além de comprometer a qualidade do cuidado. Além disso, não está em conformidade com o que é preconizado pela Resolução N° 293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem. Segundo esta Resolução, o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais, preconiza um total de 3,8 horas de enfermagem por paciente de cuidado mínimo ou autocuidado; 5,6 horas na assistência intermediária; 9,4 horas na assistência semi-intensiva e 17,9 horas na assistência intensiva (COFEN, 2004).

A distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem deve observar as seguintes proporções: para assistência mínima e intermediária: de 33 a 37% são Enfermeiros e os demais, Auxiliares e/ ou Técnicos de Enfermagem; para assistência semi-intensiva: de 42 a 46% são Enfermeiros e os demais, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem; para assistência intensiva: de 52 a 56% são Enfermeiros e os demais, Técnicos de Enfermagem (COFEN, 2004).

Pelos relatos de duas entrevistadas, evidencia-se uma questão controversa. Ao mesmo tempo em que os sujeitos percebem que existe este subdimensionamento, estas acreditam dar conta das demandas cotidianas neste setor.

Eu acho que dez pacientes pra um enfermeiro é muito cansativo, tem dias que eu saio exausta daqui, e também quase todos os dias uma técnica tem que assumir três pacientes, porque são quase sempre quatro técnicas para dez leitos, daí eu tento dar para uma delas os três mais tranquilos. Teve uma fase que a gente ficou com deficiência de funcionários que foi bem difícil [...] mas agora eu vejo que elas conseguem fazer as atividades em quatro num turno, eu acho que estas quatro dão conta. (E12)

Agora até que está bem tranquilo, porque tinha um tempo que a gente tinha que ficar com três ou quatro pacientes, e fim de semana também dá mais pacientes para nós. Só que a gente se sacrifica para cada um de nós ter um domingo de folga ou um final de semana de folga, mas quando está lotado que daí uma técnica sempre fica com três pacientes, mas senão é tranquilo. (E14)

De acordo com a Resolução N° 7/2010 da Diretoria Colegiada da ANVISA, publicada em 24 de fevereiro de 2010, é necessário no mínimo um técnico de enfermagem para cada dois leitos de terapia intensiva em cada turno (BRASIL, 2010). Estudo realizado em unidade de terapia intensiva revela que, o tempo médio de assistência de enfermagem foi de 29,5 horas, sendo 27,4 horas na assistência direta e 2,1 horas na assistência indireta por paciente/dia. Além disso, o tempo da assistência direta e indireta de enfermagem é maior nos finais de semana e feriados (KAKUSHI; ÉVORA, 2014). Quanto ao número de enfermeiros na mesma unidade, a Resolução N° 26, publicada em 11 de maio 2012, prevê no mínimo um enfermeiro para cada 10 leitos ou fração, em cada turno de trabalho (BRASIL, 2012b).

No entanto, mesmo diante da escassez de funcionários da enfermagem, eles buscam estratégias para um cuidado mais efetivo, e se sentem responsabilizados diante das atribuições a eles inerentes, uma vez que, a melhora do quadro clínico do paciente, também depende do seu esforço, dedicação e competência. Outro aspecto importante está relacionado com os sentimentos de impotência, vergonha, medo de serem rotulados como negligentes, medo de represálias, medo de perder o emprego, entre outros.

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

[...] assim, se eu fizer alguma coisa errada ou deixar de fazer, por exemplo um curativo eu posso se chamada e ter que assinar uma advertência, ou até uma demissão [emoção]. (E10)

Diante dos relatos, é preciso refletir sobre as condições que a assistência é prestada ao paciente, diante da falta de pessoal de enfermagem. Além disso, é necessário pensar nas condições do trabalhador, pois este está exposto a uma sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, a maior risco de incidentes, além da influencia de fatores psicológicos, alterações fisiológicas, cansaço, entre outras questões. Neste sentido, é importante avaliar os processos de trabalhos instituídos no cotidiano das instituições de saúde possibilitando entre outros aspectos a melhoria das ações dos trabalhadores promovendo a reflexão e segurança do paciente.

4.2.2 Incidentes de segurança relacionados aos fatores humanos

Segundo Harada (2006), é importante entender quais os fatores humanos contribuem para a ocorrência dos erros e as circunstancias em que estes acontecem. Os fatores humanos estão relacionados com a atividade do profissional de saúde (BRASIL, 2013b). Assim, torna-se possível o desenvolvimento de estratégias para o controle dos riscos, já que “um erro”, muitas vezes, é resultante de várias outras situações, apresentando um caráter multicausal.

Os fatores humanos podem ser classificados em conhecimentos/habilidades e fatores psicológicos e fisiológicos. Em relação ao conhecimento e habilidades, destaca-se a falta de habilidade técnica na execução dos procedimentos, julgamentos incorretos e falhas nas ações ou obtenção de informações. Quanto aos aspectos psicológicos, destacam-se: o tédio, o estresse, frustração e a ansiedade. Por outro lado, os aspectos fisiológicos incluem: fadiga, sono, uso de drogas, álcool, entre outros. Assim, entende-se que todos eles afetam, de alguma maneira, os processos cognitivos do profissional, comprometendo a segurança do paciente (HARADA, 2006).

Podem-se elencar inúmeras causas que podem levar ao erro, durante o processo de preparo e administração de medicamentos. Neste contexto, Santana et al., (2012) e Bohomol; Ramos, (2003), citam as questões relacionadas com a letra ilegível, ocorrências de doses

erradas, situações em que o profissional de enfermagem é sobrecarregado ou distraído por colegas de trabalho e/ou pacientes, situações de cansaço (muitas relacionadas ao fato de os profissionais de enfermagem possuírem mais de um emprego), por não conhecer o efeito da droga ministrada e a patologia do paciente, entre outras situações, que podem ser vivenciadas no cotidiano de trabalho.

Assim sendo, foi possível evidenciar, pelos relatos dos participantes, os fatores que podem auxiliar a minimizar a ocorrência dos erros. Entre eles destaca-se: a passagem de plantão, a atenção, a conferência da prescrição médica e dos rótulos da medicação, a identificação correta do paciente e a utilização dos cinco certos da medicação.

Harada (2006) descreve que o desvio dos padrões técnicos, falhas técnicas, erros de julgamento, inexperiência, problemas de comunicação e pressa são alguns dos fatores que contribuem para a ocorrência dos incidentes. No setor investigado, a passagem de plantão é de responsabilidade do profissional enfermeiro do turno anterior, que passa o plantão para o enfermeiro e técnicos de enfermagem do turno que se inicia, como pode ser evidenciado nos depoimentos:

O técnico de enfermagem passa alguma intercorrência e depois a enfermeira do turno anterior passa o plantão de paciente por paciente, para a outra enfermeira e a gente fica prestando atenção no que é passado. Se a gente tiver alguma dúvida a gente pode perguntar. (E2)

[...] a enfermeira do turno da manhã passa o plantão para a enfermeira e os técnicos do turno a tarde. O técnico [de enfermagem] passa aquelas coisas mais simples, por exemplo, se o paciente tem alguma medicação infundindo [...] mas sempre é a enfermeira que passa o plantão. (E7)

A enfermeira recebe o plantão e a gente vai escutando, vai vendo tudo que o paciente apresenta, e depois, ela [enfermeira] distribui os pacientes para os funcionários. (E11)

A passagem de plantão é realizada no posto de enfermagem [formato de ilha], daí é passado de enfermeira para enfermeira e os técnicos [de enfermagem] então, ficam na escuta. (E13)

Percebe-se, pelos relatos, que na unidade há uma organização já estabelecida, centrada na figura do enfermeiro, havendo pouca interatividade entre o profissional que passa (enfermeiro) e os que recebem o plantão (enfermeiro e técnicos do próximo turno). O técnico de enfermagem atua mais como ouvinte, limitando-se a passar somente ‘alguma intercorrência’.

Autores como Siqueira e Kurcgant (2005) referem que, a passagem de plantão é uma metodologia utilizada pela enfermagem, como mecanismo de assegurar a continuidade da assistência prestada ao paciente. No transcorrer da passagem de plantão, os profissionais

relatam o estado dos pacientes, tratamentos, assistência prestada, intercorrências, pendências e situações referentes a fatos específicos da unidade de internação que merecem atenção (SIQUEIRA; KURCGANT, 2005).

Radovich (2011) complementa dizendo que a passagem de plantão ocorre, rotineiramente, entre um turno de trabalho e outro, na forma verbal e escrita, com o uso do prontuário do paciente. Deve ser breve, não ultrapassando o tempo máximo de 20 minutos (iniciando cerca de 10 minutos antes e com término até 10 minutos após o término do turno). Além disso, recomenda-se que seja rica em informações relevantes, com o mínimo de interrupções, devendo ser realizada por profissionais da mesma categoria, ou seja, de enfermeiro para enfermeiro e de técnico de enfermagem para o outro técnico (RADOVICH, 2011).

Além disso, entende-se que a passagem de técnico para técnico pode surtir em dados mais precisos, uma vez que este profissional está responsável por um número menor de pacientes. Outro fator a ser destacado é que, no mesmo período, o enfermeiro necessita conciliar as atividades de assistência e gestão, além de outras atividades que lhe competem.

Outra situação que merece destaque está relacionada com os fatores pessoais, situação que pode ser evidenciada pelos depoimentos:

Tem que estar sempre se atualizando, porque sempre está surgindo medições novas. Tem que ter humildade de perguntar e o técnico de enfermagem precisa conferir a prescrição médica, precisa conhecer como é preparado o medicamento, qual é a função e os efeitos do medicamento no organismo. O básico para não errar é isso. (E1)

[...] atenção, não ficar disperso, conferir a prescrição, conferir o nome do paciente, leito, a via, antes de aplicar, levar a prescrição junto, ter certeza de que a medicação é do paciente certo, saber como é a diluição do medicamento e se não sabe deve perguntar, conferir na pasta, pedir ajuda, pedir orientação. (E5)

Não tem maneira melhor do que você olhar, conferir e conferir de novo na prescrição e sempre se lembrar dos cinco certos da medicação. Quanto mais tu lê, mais tu vai gravar, tu tem que estar familiarizado com a medicação e isso é só lendo! (E7)

Eu confiro os rótulos acho que tem que checar tudo. Às vezes está um emaranhado de coisas, é acesso venoso central, SNE ou SNG [sonda nasoenteral ou sonda nasogástrica], acesso periférico ali, tudo junto, eu sempre procuro ver prescrição, medicação e acesso. Hoje em dia as ampolas são tudo iguais, é lasix, dipirona então tem que cuidar o que está escrito e a letra é pequena, altas madrugada, às vezes meio com sono, então é complicado! (E10)

[,,] a atenção, não fazer nada com dúvida. Deixar os problemas em casa, porque tu está lidando com uma vida e não com um boneco. Quem sabe se as pessoas pudessem ter só um emprego também seria melhor. (E14)

De acordo com os depoimentos, evidencia-se que fatores como a atualização, atenção, humildade, conferência da prescrição médica, observação das certezas relacionadas à administração de medicamentos são algumas ações importantes na prevenção de incidentes relacionados ao uso de medicamentos. Neste sentido, pesquisa revela que as ações propostas, pelos profissionais de enfermagem, para a redução de erros relacionados ao uso de medicamentos, estão voltadas, principalmente, para o profissional de enfermagem, quando metade dos relatos indica a atenção no preparo do medicamento como principal ação (SILVA et al., 2007).

Autores como Ferreira; Alves; Jacobina, (2014), referem que o conhecimento e habilidade ineficiente dos profissionais de enfermagem, na administração de drogas, foi um importante fator que contribuiu para a ocorrência de erros de medicação. Neste sentido, os fatores individuais como: a falta de atenção, lapsos de memória, inexperiência e ou falta de habilidade, deficiência na formação acadêmica, falta de interesse, cuidado e a pressa, favorecem os erros de medicação (PAZOKIAN; ZAGHERI TAFRESHI; RASSOULI, 2014).

Por outro lado, a pressa, falta de atenção, escassez de funcionários, cansaço, falta de conhecimento, distração, sobrecarga de trabalho, falta de interesse, foram citados, pelos respondentes, como fatores que contribuem para facilitar a ocorrência dos incidentes de segurança.

[...] pressa, falta de atenção, porque às vezes a gente se vê em perigo quando tem uma sobrecarga de trabalho, às vezes faltando funcionário, quando tem paciente muito crítico, quando tem colegas recém-formados. Tem que ter habilidade, tem que ter o dobro de atenção, e assim é muito fácil de acontecer erros. (E2)

[...] cansaço, falta de atenção, falta de conhecimento, momentos de distração que é bem característico em algumas equipes. Alguns [técnicos de enfermagem] têm outro emprego, outros trazem problemas lá de fora para dentro do trabalho. (E4)

Eu penso que a maioria dos erros é devido à pressa, por excesso de serviço, preocupação, falta de funcionários. Às vezes não se tem tempo pra ler com atenção, geralmente é nestes momentos que os erros podem acontecer. Às vezes a gente tem que cuidar de três ou quatro pacientes. (E9)

A falta de atenção, conhecimento e interesse. Esses são os três fatores que mais impactam. A gente sabe que tem gente que não tem interesse em aprender, isso é uma coisa que tu tem que ir atrás. (E11)

A falta de atenção, falta de interesse, a gravidade do paciente, não ter descansado o tempo necessário em casa, estresse [...]. As pessoas não analisam a prescrição, elas passam os olhos e está tudo ok, elas preparam a medicação, mas é meio mecânico aquilo e elas não se dão conta, por exemplo que no outro plantão o antibiótico foi substituído. Eu acho que nem essa percepção elas tem. (E15)

Alguns achados evidenciados neste estudo vão ao encontro de outra pesquisa, a qual aponta que a alta carga de trabalho, a relação insuficiente enfermeiro-paciente, stress, letra ilegível dos médicos e escassez de tempo, foram os principais fatores que interferiram na ocorrência de erros de medicação (SOZANI; BAGHERI; POORHEYDARI, 2007). Os resultados de um estudo realizado por Harding e Petrick (2008) indicam que as três categorias de fatores que contribuem para a ocorrência de erros de medicação feitas por estudantes de enfermagem foram: violações de direitos, fatores relacionados ao sistema organizacional conhecimento e entendimento.

Estudo realizado por Nishizaki (2010) revela que, a sobrecarga de trabalho de enfermagem, pode estar relacionada com o maior número de incidentes de segurança, nas unidades de internação hospitalares. Entende-se que esta situação é ainda mais complexa quando se trata de unidades de terapia intensiva, uma vez que a demanda de atividades e a gravidade do quadro clínico dos pacientes é proporcionalmente maior do que em outras unidades.

Observa-se, em diversos lugares, que as condições de trabalho fornecidas aos profissionais de saúde, têm levado em consideração uma série de fatores. Dentre eles, destaca-se a relação entre estresse profissional e potencialidade de erro de medicação. Outra situação consiste no fato de o profissional ter mais de um emprego, que pode ser decorrência da desvalorização profissional e condições de subsistência pessoal/familiar, as quais têm levado muitos profissionais ao desgaste físico e mental, o que traz de volta ao risco aumentado de erro por falta de atenção, de zelo pelo trabalho (SANTANA, et al., 2012).

Diante do exposto, percebe-se que os fatores humanos, sejam eles relacionados aos conhecimentos e habilidades, ou psicofisiológicos estão presentes no cotidiano dos entrevistados.

4.3 Estratégias adotadas pelos trabalhadores de enfermagem para redução dos incidentes de segurança relacionados ao uso de medicamentos em UTI

O preparo e administração de medicamentos constituem-se em importantes atribuições da equipe de enfermagem. Para sua execução é necessária à aplicação de inúmeros princípios científicos, que fundamentam estes procedimentos, de forma a promover um cuidado seguro ao paciente. Mas, para que isso se torne viável, é importante que os profissionais e instituições

disponham de estratégias efetivas de trabalho, sejam elas individuais ou em equipe, aderindo às práticas seguras por ocasião do preparo e administração de medicamentos, aos protocolos institucionais, às ferramentas de comunicação e notificação de incidentes de segurança, entre outras.

Assim sendo, nesta categoria os entrevistados relatam as estratégias adotadas, por eles, no cotidiano de trabalho, para redução dos incidentes de segurança por ocasião do preparo e administração de medicamentos. Esta categoria está organizada em duas subcategorias: “A busca de conhecimento para preparar e administrar medicamentos como estratégia para minimizar o risco de incidentes de segurança” e “Conduitas adotadas no cotidiano de trabalho para evitar/minimizar os incidentes de segurança relacionados ao uso de medicamentos”.

4.3.1 A busca de conhecimento para preparar e administrar medicamentos como estratégia para minimizar o risco de incidentes de segurança

Os entrevistados referem que adquiriram conhecimentos para o preparo e administração de medicamentos no decorrer do curso de graduação, no curso técnico de enfermagem, e na rotina de trabalho institucional. Porém, é no cotidiano de trabalho que este conhecimento é consolidado.

O início de tudo foi no curso técnico, mas o que mais faz a gente aprender mesmo é na prática no dia a dia, sempre questionando, tirando as dúvidas. (E1)

Bem, primeiro passo foi no curso técnico, daí depois no dia-a-dia aqui na UTI a gente foi aprendendo mais, até porque antes a medicação vinha pronta da CDM [central de diluição de medicamentos] e agora, a gente mesmo dilui aqui. (E8)

Bom, quando a gente fez o curso técnico a gente aprendeu, mas na verdade é na prática. (E11)

[...] na faculdade a gente tem algumas instruções de diluição e administração, mas 80% foi no dia a dia e daí a gente vai atrás procurando, estudando. Eu comprei uns livros e também utilizo a internet. (E13)

Evidencia-se, pelos depoimentos, que o espaço institucional foi de fundamental importância no sentido de aprimorar os conhecimentos sobre o tema em questão. Percebe-se, com isso, a necessidade ampliar as discussões sobre o tema da segurança do paciente e, mais especificamente, do preparo e administração de medicamentos, para além dos serviços de saúde. Assim, entende-se que é necessário implementar os conteúdos acima citados no

transcorrer dos cursos técnicos de enfermagem e também dos demais cursos de graduação da área da saúde.

A WHO publicou, em 2011, um guia com o objetivo de auxiliar as instituições de ensino no planejamento e organização do currículo em relação à temática de segurança do paciente no âmbito multiprofissional. Este documento é direcionado aos cursos de enfermagem, medicina, farmácia e odontologia, servindo de base para o desenvolvimento da formação de educadores em nosso país (BRASIL, 2014).

Estudo realizado na maior universidade do Irã revela que os estudantes de enfermagem sentem a necessidade de reformulação do currículo, visando o fornecimento mais amplo de conhecimentos sobre a farmacologia. Na visão destes estudantes, os conhecimentos sobre patologia, farmacologia e gestão de medicamentos foram abordados somente nos primeiros semestres do curso de graduação e de forma ineficiente, tornando os futuros profissionais mais propensos a erros de medicação, eventos adversos e outros incidentes (VAISMORADI et al., 2014).

Entende-se que os futuros profissionais de enfermagem necessitam de conhecimentos e habilidades para minimizar o sofrimento dos pacientes, integrando o cuidado humanístico com o ensino de farmacologia e gestão de medicamentos. Além disso, os profissionais necessitam ter a possibilidade de realizar o monitoramento de suas atividades, minimizando possíveis intercorrências e promovendo os cuidados relacionados com o uso de medicamentos de forma mais segura (ERIKSSON, 2007).

Um dos entrevistados relata que também adquiriu conhecimento para o preparo e administração de medicamentos com o próprio paciente, como evidenciado pelo depoimento a seguir:

Tem aquelas medicações que a gente vai aprendendo com o paciente, que se não diluir bem ela dói muito. (E7)

Esta situação, por um lado, é benéfica; mas, por outro, preocupante. Benéfica porque se acredita que aqueles pacientes que fazem uso de medicamentos em longa data podem conhecer as medicações e seus efeitos esperados e colaterais. Para, além disso, há de se considerar que, atualmente, o acesso à informação está cada vez mais disponível à população. Mas, sabe-se que, teoricamente, a terapia intravenosa é indolor, se o paciente refere dor ou qualquer desconforto durante a infusão, é sinal que algo não está adequado, isso pode ser em decorrência de uma irritação na parede do vaso, ou mesmo uma reconstituição/diluição inadequada do fármaco.

É importante ressaltar que, no momento em que o profissional está executando as atividades de preparo e administração de medicamentos, ele precisa observar alguns princípios científicos que garantam o resultado terapêutico esperado. Assim sendo, é necessário o conhecimento sobre a reconstituição e diluição, qual a solução e volume utilizados, em qual vaso (periférico ou central) podem ser instalados, qual o tempo de infusão e gotejamento, condições ambientais durante o preparo e acondicionamento como luz, calor, higiene entre outros (CAMERINI; SILVA, 2011).

Ward, et al. (2011) referem que, o envolvimento do paciente para garantir sua própria segurança é recomendado, constituindo-se a última barreira para a interceptação de um incidente, bem como um importante avaliador da segurança e qualidade da assistência recebida. Autores como Teles Filho, Pereira Junior e Veloso (2014) complementam que, a inclusão do paciente e familiares/cuidadores na tomada de decisão é um fator positivo para seu tratamento, pois facilita a aceitação na administração do fármaco e diminui o risco de erros.

Em situações de dúvidas, em relação ao preparo e administração de medicamentos, os entrevistados recorrem ao colega de trabalho, ao enfermeiro responsável, médico e ao farmacêutico da instituição.

[...] às vezes a gente tira a dúvida com o pessoal da farmácia e CDM, com os farmacêuticos [...] tem farmacêutico 24 horas. (E4)

Eu acho que um colega precisa ajudar o outro. Sempre pedir ajuda ou orientação, porque às vezes tem medicação nova e a gente pode não saber fazer ou não lembra. (E7)

Na dúvida a gente pergunta para a enfermeira, para os colegas, a gente tem essa liberdade, liga para o pessoal da farmácia ou pergunta para o medico. (E8)

[...] se tiver alguma dúvida pergunta, não faça nada com dúvida, não administra medicação sem ter certeza. Qualquer coisa comunica, se o paciente está hipotenso não vai fazer um anti-hipertensivo, então a gente sempre está ali o tempo todo, ou pergunta para a colega. (E12)

Percebe-se que os entrevistados são conscientes que, nos casos em que desconhecem a conduta a ser adotada, precisam solicitar auxílio de outro colega do turno de trabalho ou mesmo outro profissional, para não por em risco a vida e a segurança do paciente. Assim, entende-se que esta situação, de não realizar um procedimento sem ter certeza, constitui-se em uma estratégia importante para evitar/minimizar os riscos ao paciente. Percebe-se, por meio dos depoimentos, que há uma relação de confiança e trabalho em equipe entre os trabalhadores e isso auxilia no sentido de promover a segurança do paciente.

Pesquisa realizada com auxiliares e técnicos de enfermagem atuantes em terapia intensiva revela que os profissionais de enfermagem têm, por hábito, se certificar sobre a função do medicamento antes da sua administração. Assim, os profissionais recorrem às pesquisas em material bibliográfico como o DEF - Dicionário de Especialidades Farmacêuticas e a certificação com outro colega de trabalho (auxiliar/técnico de enfermagem, enfermeiro assistencial e médico) (ORTEGA; D'INNOCENZOM, 2012).

Lopes et al. (2012), reforçam que, a contínua educação dos profissionais da saúde pode auxiliar, significativamente, para a redução dos incidentes com o uso de medicamentos nos serviços de saúde, sendo indispensável a participação de todos os envolvidos nas diferentes etapas do processo de preparo de medicação. Assim, este é um trabalho multidisciplinar que envolve médicos, farmacêuticos, auxiliares de farmácia, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem e as mudanças podem iniciar no próprio local de trabalho, como também na estrutura do ambiente, com o uso de tecnologias assistenciais visando à efetividade do trabalho. E, neste contexto, um profissional auxilia o outro na tomada de decisão, no esclarecimento das dúvidas e qualificando o cuidado (LOPES et al., 2012).

Alguns dos entrevistados relataram que, para se manterem atualizados sobre o tema do preparo e administração de medicamentos, fazem uso de referencial bibliográfico, formulários e protocolos institucionais.

Sempre que a gente tem dúvida, pesquisa em bibliografias que tratem sobre o assunto, inclusive a gente tem algumas aqui na UTI. Também tem os protocolos de medicação que são seguidos. Por exemplo, tem protocolo de glicoinsulino terapia, de dopamina, de sedação, de noradrenalina. A gente tem eles digitados e no mural bem a vista dos técnicos e enfermeiros e isso deixa sempre mais fácil na hora de preparar. (E1)

Sempre perguntar quando tu tem dúvidas. Na UTI a gente tem também umas tabelas que diz no que e em quanto devem ser diluídas as medicações, se é em soro [fisiológico 0,9%], água [destilada] ou glicose [0,5%]. Também tem as tabelas da glicoinsulino terapia, que explica as dosagens. (E5)

A farmacêutica do hospital tem o DEF e o AME [livros] então a gente vai aprendendo. (E9)

Tem que se estudar bastante, ler muito, uma época eu fazia mais isso, agora menos, eu também comprei um livrinho de bolso, sobre diluição de medicação bem detalhado que tem me ajudado bastante. (E10)

Eu gosto mesmo é de olhar as bulas das medicações, quando tem alguma medicação nova aqui na UTI que eu não conheço eu busco a bula na farmácia. (E15)

As estratégias adotadas pelos entrevistados podem ser consideradas adequadas, uma vez que envolvem os diversos profissionais da equipe multidisciplinar. Neste sentido, autores

como Pedreira; Peterlini; Harada (2006) ressaltam que, a utilização de protocolos assistenciais devem incluir conteúdos referentes à prática médica, enfermagem e do farmacêutico. Além disso, estes protocolos possibilitam que os trabalhadores adotem medidas uniformes, diante das situações vivenciadas no cotidiano de trabalho, permitindo a implementação mais segura da terapia medicamentosa (PEDREIRA; PETERLINI; HARADA, 2006).

Dois dos entrevistados referem que não fazem uso dos formulários disponíveis para consulta no ambiente de trabalho.

Nós também tínhamos um livrinho ali na UTI, mas para ser bem sincera é mais fácil a gente ligar na farmácia ou na central de diluição de medicamentos. (E2)

A gente também sempre liga para o pessoal da farmácia quando tem alguma dúvida. Acho que tem também um manual na UTI, mas eu não uso, é mais rápido e mais fácil ligar na farmácia. (E10)

Os relatos acima evidenciam uma situação que merece ser analisada criteriosamente, pois, isso pode ser decorrência de uma sobrecarga de trabalho, como descrito pelos entrevistados na categoria 4.2, falta de incentivo ao uso destes instrumentos, ou mesmo outros fatores.

Os entrevistados também referem que utilizam a internet, como ferramenta de atualização sobre o tema. Esta busca comumente é realizada no próprio local de trabalho ou no domicílio. Cabe destacar que, a instituição dispõe de computador e internet com acesso livre na UTI, sendo que o “*google*⁴” é o site mais acessado para a realização da busca.

Se a gente tem dúvidas pode ir buscar na internet. Vai no google e tenta ver vários sites, para ter certeza que está certo o que a gente está fazendo. (E2)

Eu uso muito a internet hoje em dia. Se eu tenho alguma medicação aqui que eu não sei pra que essa medicação serve, eu sempre pego a receita, copio o nome, e quando tenho tempo em casa, vou procurar. Hoje que a gente tem essa forma de conhecimento, vai lá na internet e já acha. Se a gente tem dúvida de uma medicação que está prescrita a gente entra no google para procurar. (E6)

Eu pesquiso na internet, aqui a gente tem acesso. Eu sempre entro no google, digito o nome, vou procurando e tiro a dúvida. (E10)

Eu uso bastante a internet, entro no google, não tenho um site específico. (E11)

Quando a gente fica com dúvida liga para o pessoal da farmácia ou vai para a internet e vai pesquisando no google. (E12)

Pode se considerar a internet como uma ferramenta importante para a qualificação profissional. No entanto, é necessário observar rigorosamente quais sites estão sendo

⁴ Site de acesso livre a buscas: www.google.com.br

acessados, uma vez que existem alguns que não possuem o caráter científico que se espera. Assim sendo, pode-se utilizar o “Google”, para uma busca mais ampla, porém o profissional deve selecionar as informações e analisar a credibilidade delas.

Neste sentido, é recomendável que se faça a busca de informações em artigos científicos, publicados em periódicos da área da saúde e indexados em bases de dados nacionais e internacionais. Outras fontes interessantes são as páginas de programa e políticas do Ministério da Saúde e Secretarias Municipais e Estaduais da Saúde, e aqueles oriundos de Conselhos de Classe, como COFEN - Conselho Federal de Enfermagem; COREN - Conselho Regional de Enfermagem; CRM - Conselho Regional de Medicina, os quais se configuram em exemplos de fontes de pesquisa, desenvolvidas por profissionais aptos e qualificados para trabalhar com o tema.

Também pode-se utilizar outras fontes de organizações reconhecidas, entre elas a Organização Mundial da Saúde (OMS), Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (SBTI), e tantos outros.

4.3.2 Condutas adotadas no cotidiano de trabalho para evitar/minimizar os incidentes de segurança relacionados ao uso de medicamentos

Percebe-se, pelos relatos dos entrevistados, que os mesmos utilizam outras estratégias para a prevenção da ocorrência de incidentes de segurança, por ocasião do preparo e administração de medicamentos. Dentre elas, pode-se destacar: a conferência e a transcrição da prescrição médica, conferência dos rótulos da medicação e identificação completa da medicação, como pode ser evidenciado nos depoimentos:

Se você não tem certeza tem que perguntar. Conferir várias vezes na prescrição, conferir a ampola porque tem vários laboratórios que tem ampolas muito parecidas, e se você não prestar atenção pode errar. (E1)

Quanto eu estou fazendo a evolução do paciente, eu já olho a prescrição medica, copio as medicações e horários em um papel e coloco na bandeja que eu vou diluir e reviso novamente. (E7)

[...] eu gosto de identificar a medicação, olho a medicação, olho o leito, olho de novo [...]. (E10)

[...] conferir mais o prontuário. Eu sempre olho a prescrição antes de fazer porque às vezes tem coisa que está prescrito numa via e não está na outra. Quando eu faço alguma medicação, se for uma ampola eu grudo junto com a seringa, então eu aspiro na hora, eu vejo o que eu faço. (E11)

Se eu vou fazer uma medicação, eu olho e olho de novo, eu tenho muito medo, depois que você fez não tem como aspirar, se tu fez, tá feito! (E14)

Os dados citados, pelos entrevistados, vão ao encontro de estudo que ressalta a importância que profissional de enfermagem tem, por ocasião das atribuições relacionadas com o preparo e administração de medicamentos. Neste sentido, é importante que o profissional atente para a leitura dos rótulos dos medicamentos, confira com a prescrição médica, identifique medicamento com o seu próprio nome, nome do paciente, número de leito, nome do profissional responsável, via de administração, dose e horário (SANTANA et al., 2012).

Neste contexto é importante ressaltar que falhas na identificação desses itens podem acarretar danos importantes ao paciente. Assim, a identificação correta do paciente é uma ferramenta importante no cotidiano dos profissionais de saúde e em especial da enfermagem principalmente quando relacionado a procedimentos invasivos. Os incidentes na identificação do paciente podem ocorrer, em qualquer etapa do atendimento. Assim, “alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente” (BRASIL, 2013d, p. 01).

O ato de transcrever os dados da prescrição para outro documento ou mesmo um rascunho, pode ser um fator gerador de erros e interpretações errôneas. Estudo realizado com 152 profissionais, atuantes nas unidades de clínica médica e farmácia de quatro hospitais de diferentes regiões do país revela que os tipos de erros mais citados foram àqueles relacionados à prescrição e transcrição de medicamentos (MIASSO, et al., 2006a).

A transcrição da prescrição em rótulos ou em outro formulário é uma estratégia que permite que o preparo do medicamento não seja apenas por memorização, porém, se as informações não estiverem completas nesse rótulo, torna-se um fator agravante ao erro. Além disso, é uma obrigatoriedade que o profissional esteja munido da prescrição médica, por ocasião do preparo e administração do medicamento, a fim de garantir que o medicamento preparado esteja realmente prescrito para o paciente (SOUZA, et al., 2014)

Corbellini et al., (2011) ressaltam que o profissional de enfermagem deve atentar para a etiquetagem adequada do medicamento, no momento do preparo do mesmo. Deve ser anotado o nome completo do paciente, quarto, leito, nome do medicamento, dose, data e hora em que foi preparado, velocidade de gotejamento, duração da infusão e a assinatura do profissional.

Outros três entrevistados referem que fazem uso das cinco certezas utilizadas no preparo e administração de medicamentos, como estratégia para minimizar as possibilidades de erros.

[...] se você tem alguma dúvida, nunca administrar, sempre conferir os cinco certos da medicação. (E1)

[...] sempre olhar a prescrição várias vezes, sempre lembrando dos cinco certos. (E7)

[...] antes de fazer a medicação, conferir o leito, paciente, medicação, a dosagem e a via de administração. (E11)

A estratégia acima citada, comumente é bastante utilizada pelos profissionais de enfermagem, nos diversos serviços de saúde. No entanto, parece que a observação criteriosa dos cinco certos por si só não basta. Autores como Elliot; Liu, (2010) ressaltam a importância da observação dos nove certos relacionados ao uso de medicação, a saber: Paciente certo; Medicamento certo; Dose certa; Via de administração Certa; Horário certo; Registro certo; Devolução certa; Orientação e informação certa ao paciente; Compatibilidade certa.

A observação criteriosa destas nove certezas, por si só, não garantem que os erros de administração não aconteçam, “mas segui-los pode prevenir significativa parte desses eventos, melhorando a segurança e a qualidade da assistência prestada ao paciente durante o processo de administração de medicamentos” (BRASIL, 2013b, p. 31).

Silva; Camerini (2012) acrescentam que deve ser observado ainda a permeabilidade do cateter e monitoramento de flebite no sistema venoso. Os resultados de uma pesquisa realizada em um hospital sentinela do Rio de Janeiro revela que, as taxas de erros são superiores a 80%, quando relacionadas as atividade de conferência do medicamento, avaliação da permeabilidade do cateter, avaliação de sinais de flebite. O estudo mostra, ainda, que houve atraso na administração de medicamentos em 69,75% das doses (SILVA; CAMERINI, 2012).

Estudo realizado na Escócia aponta que, o princípio de "cinco certos", durante a administração de medicamentos, não é suficiente para segurança da medicação, destacando duas razões pelas quais existe a necessidade de reforçar o trabalho em equipe para alcançar uma maior segurança do paciente. Entre as razões acima citadas destacam-se: a necessidade do enfermeiro possuir conhecimento suficiente da farmacologia e as questões relacionadas com a segurança dos medicamentos. Os autores ainda enfatizam que estes resultados têm implicações educacionais importantes e apontam para a necessidade de incorporação da

gestão de medicamentos e farmacologia no currículo do ensino para estudantes de enfermagem (ADHIKARI, et al., 2014).

Outro estudo, realizado em um hospital universitário da Coreia, revela que os profissionais de enfermagem nem sempre seguem criteriosamente os itens dos “cinco certos” relacionados à administração de medicamentos. Os autores evidenciaram que, um de cada quatro elementos dos “cinco certos”, frequentemente foram violados. Além disso, os profissionais raramente realizaram a lavagem das mãos antes do preparo dos medicamentos e, em muitos casos, o profissional que fez a administração do fármaco não foi o mesmo que realizou o preparo (KIM; BATES, 2012).

Os achados do estudo acima citado são de fundamental importância, mostrando que a conferência dos dados relacionados ao paciente e ao medicamento, constituem-se em elementos significativos para a prevenção de possíveis incidentes relacionados ao uso de medicamentos. Outra situação que gera preocupação está relacionada ao fato de que o profissional que prepara o medicamento deve ser o mesmo que realiza a administração, exceto em situações de extrema urgência.

Evidenciou-se que a organização da unidade, e do local da guarda dos medicamentos, também pode influenciar para a redução dos incidentes de segurança com o uso de medicamentos. Neste sentido, os quesitos acima citados também podem se constituir em estratégias para a promoção da segurança do paciente.

[...] em primeiro lugar, tem que olhar bem direitinho e guardar as medicações no lugar certo. Na hora que tu pegar sempre olhar o que tu vai fazer, às vezes as ampolas são parecidas e os casulos um no lado do outro e pode acontecer trocas.
(E8)

O depoimento acima revela a preocupação da entrevistada com as questões relacionadas ao comportamento do profissional, ao fazer a leitura dos rótulos das medicações e, também, com os aspectos organizacionais da unidade. Considera-se esta situação de fundamental relevância, para minimizar as possibilidades de erros quando do uso de medicamentos. Acredita-se que o ambiente de trabalho tem influência direta sobre a prática da enfermagem, sobre os resultados do cuidado e na segurança ao paciente (PEDREIRA, 2009).

Como os profissionais da equipe de enfermagem atuam, essencialmente, no final do processo da terapia medicamentosa, necessitam de conhecimento apurado e habilidade para o pleno exercício de suas atividades. Além disso, devem ter responsabilidade e compromisso ético-moral, para evidenciar e minimizar os riscos relacionados à ocorrência de incidentes,

além de evitar erros iniciados nas etapas de prescrição, dispensação e distribuição dos medicamentos (MIASSO, et al., 2006b).

Neste sentido, é de fundamental importância um ambiente favorável para a execução correta das técnicas e procedimentos inerentes aos profissionais da saúde e, em especial, da enfermagem. Dentre as condições necessárias para tal destacam-se: silêncio, iluminação satisfatória, organização do local, espaço condizente às necessidades para o preparo e administração de medicamentos, local para higienização das mãos, limpeza do local e condições para execução da técnica sem interrupções (TELES FILHO; PEREIRA JUNIOR; VELOSO, 2014).

Alguns dos entrevistados relatam a necessidade de implementação de um processo de educação permanente em saúde na instituição.

Eu acho que tinha que investir mais em capacitação dos profissionais porque têm muitos colegas que não buscam um aperfeiçoamento maior. O técnico aprendeu aquilo e é sempre a mesma coisa. A grande maioria diz isso e eu acho uma pena isso. Acho que teria que ter mais incentivo de eles dizer que é importante o que tu está fazendo aqui, porque não tem nada mais importante que estar lidando com vidas. (E2)

Acho que precisa ter mais treinamento, para nós e também para os médicos [...] porque se ele mandou, mesmo estando errado tu vai fazer. Tem coisas que tu vai fazer, o medico manda, e mesmo tu achando que não seria o mais correto tu vai fazer. (E5)

Eu acho que seria bom eles fazerem mais treinamentos com nós, treinamentos curtos, hoje sobre medicação nova, na outra semana sobre a ventilação mecânica, e outras coisas. A gente sabe que isso é importante, até para ficar mais por dentro desses assuntos. (E7)

Eu gostaria muito que o hospital fornecesse umas pequenas capacitações, uma semana sobre medicação, na outra semana intubação, e outras coisas, porque é muito interessante. Eu acho que seria bom treinar todo o pessoal, porque eu chegar com o certificado e dizer que eu sou técnica de enfermagem é uma coisa e trabalhar é outra coisa, e por isso que eu digo que sempre é bom ter conhecimento. E eles dizem que vão investir mais em capacitação, mas só dizer não adianta! (E11)

Eu acho que a gente deveria dar treinamentos para os funcionários sobre a importância de evento adverso, sobre erro de medicação, sobre a importância da prescrição médica, sobre o que é o atendimento humanizado de verdade. (E15)

Os depoimentos revelam a vontade expressa dos trabalhadores em relação à capacitações no ambiente de trabalho. Percebe-se o interesse na aquisição de novos conhecimentos, para que a equipe possa exercer suas atividades com mais segurança. Na visão dos trabalhadores, esta qualificação deve ser para toda a equipe e não para uma categoria profissional. Os trabalhadores também descrevem algumas lacunas mais emergentes, mostrando-se abertos ao processo de aprendizagem no trabalho.

O processo de educação é uma das ferramentas para a prevenção de erros de medicação, contudo transformações serão alcançadas quando houver uma convergência entre as políticas públicas, institucionais, ao aprimoramento da equipe e implementação de ações fundamentadas em evidências científicas, contando com a participação efetiva dos gestores da instituição, da equipe de saúde, do paciente e da família (COREN, 2011).

Estudo revela que o medo das punições, demissão, o sentimento de culpa e as preocupações com a gravidade do erro podem levar os indivíduos envolvidos a subnotificarem o erro (FRANCO; RIBEIRO; D'INNOCENZO, 2010). Assim sendo, faz-se necessário uma mudança na postura do profissional, pois não se pode confiar cegamente no que está prescrito, uma vez que, o profissional responsável pelo ato de prescrever também é falível de erro. Além disso, as atividades relacionadas à prescrição, dispensação, distribuição, preparo e administração de medicamentos são considerados procedimentos de alta complexidade (ELLIOT; LIU, 2010).

Diante do fato de que, os erros relacionados à assistência a saúde podem ocorrer com todos os profissionais, entende-se que a Educação Permanente em Saúde (EPS) pode constituir-se em uma ferramenta importante para a qualificação profissional dos diversos atores que prestam assistência à saúde dos pacientes, nos mais diferentes serviços de saúde. Constitui-se em estratégia eficaz para minimizar as possibilidades de ocorrência dos incidentes de segurança e na consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esta situação é ainda mais forte quando se tratam de unidades de terapia intensiva, onde a carga de trabalho é alta, aliada a complexidade dos cuidados aos pacientes, exigindo dos trabalhadores mais atenção, habilidade e conhecimento técnico-científico. Neste contexto, a EPS possibilita a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e a construção de estratégias que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde (BRASIL, 2004).

Esta proposta contrapõe-se ao modelo tradicional de Educação Continuada em Saúde, que ainda está vigente em algumas instituições. Assim, procura-se estabelecer e manter o vínculo entre formação e exercício profissional, através da adoção de novas práticas e metodologias de ensino-aprendizagem. Neste contexto, a EPS pode proporcionar subsídios para o compartilhamento entre o saber/fazer dos trabalhadores promovendo a reflexão entre a teoria e a prática, na qual uma retroalimenta a outra, num processo contínuo, construindo novos conhecimentos, sedimentando-os, de acordo com as necessidades pessoais e institucionais (SILVA, et al., 2012).

Ressalta-se, também, que o processo de educação da equipe deve acontecer de forma constante, com apoio integral da gestão e estruturado de forma a adequar a metodologia de ensino ao tipo de instituição e prática assistencial. Assim, é preciso identificar os objetivos de aprendizagem relacionados a conhecimentos, habilidades e atitudes da equipe, definindo quais métodos educacionais deverão ser utilizadas e o tempo necessário para o alcance dos objetivos de aprendizagem (COREN/SP, 2011).

A EPS é uma prática que ocorre no próprio local de trabalho, facilita a participação e interação com os diversos profissionais que compõe os serviços de saúde. Pode ser utilizada como uma estratégia para a qualificação dos trabalhadores visando à busca e atualização dos conhecimentos, além de promover a reflexão crítica sobre as práticas assistenciais. Além disso, possibilita transformações nas relações entre os diversos profissionais da equipe de saúde (BRASIL, 2009).

Acredita-se que, muitos profissionais de saúde não tenham disponibilidade/condições para manterem-se atualizados sobre a temática relacionada ao preparo e administração de medicamentos em função de que, na atualidade, há uma gama de medicações novas sendo lançadas no mercado a cada dia. Corbellini et al., (2011) corroboram dizendo que isso também se deve ao fato de que inúmeros profissionais, muitas vezes, possuem dupla jornada de trabalho, consequência exigida pelas necessidades socioeconômicas atuais, e isso implica falta de tempo, cansaço e desgaste físico e mental.

Os autores acima citados ainda salientam que as instituições devem buscar estratégias para manter a equipe de enfermagem atualizada, no que se refere as mudanças na apresentação dos medicamentos, armazenamento, formas de administração, interações medicamentosas e aspectos farmacocinéticos e farmacodinâmicos, por meio de programas de capacitação (CORBELLINI et al., 2011).

Neste sentido, recomenda-se que as instituições de saúde adotem estas estratégias, considerando-se a necessidade constante de treinamento e atualização de conhecimentos. A educação permanente, atualizações, aprimoramento e reciclagem podem ser ferramentas importantes para incrementar os conhecimentos adquiridos na formação básica curricular e auxiliar, significativamente, na redução das falhas (FRANCO; RIBEIRO; D'INNOCENZO, 2010).

O preparo e administração de medicamentos são multifacetados. Assim, os incidentes de segurança não são consequências somente da ação individual do profissional, mas também de outros fatores, incluindo as características do sistema, tais como: disponibilidade de recursos organizacionais, a implantação de políticas públicas e fatores humanos. (CUIRONG,

et al., 2014). O desenvolvimento de uma abordagem sistemática, por parte dos diversos atores envolvidos no processo, é vital para o sucesso das estratégias adotadas nas instituições de saúde.

Neste contexto, a adoção de estratégias para redução dos danos relacionados à assistência pode promover uma melhora nos processos de trabalho, qualificar a assistência ao paciente e favorecer a efetividade dos cuidados de enfermagem e o seu gerenciamento de modo seguro. Estas melhorias dependem da necessária mudança de cultura dos profissionais para a segurança, do uso de indicadores de qualidade, da existência de um sistema de registros, alinhados à política de segurança do paciente instituída nacionalmente (OLIVEIRA et al., 2014).

Diante do exposto, o estudo possibilitou analisar as percepções dos trabalhadores de enfermagem em relação aos incidentes de segurança. Identificaram-se os fatores que interferem para a ocorrência dos mesmos, além de conhecer as estratégias adotadas para redução dos incidentes de segurança relacionados ao uso de medicamentos em UTI.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou as percepções de profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva, sobre a ocorrência de incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa. Evidenciou-se que os profissionais estão num processo evolutivo quanto à temática da segurança do paciente e, principalmente, em relação ao uso de medicamentos.

Pela análise criteriosa dos depoimentos dos entrevistados, foi possível evidenciar que os mesmos apresentam divergências quanto aos conceitos de incidentes de segurança, evento adverso e erros de medicação. Esta situação ocorre, muito provavelmente, porque a instituição ainda está iniciando as discussões sobre o tema.

Percebe-se a necessidade constante de aperfeiçoamento profissional, minimizado possíveis divergências com relação ao tema em evidencia, uma vez que a maioria dos entrevistados não soube relatar com convicção os conceitos estabelecidos pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente. Assim, a definição de conceitos e a uniformização da linguagem entre os profissionais constituem-se em valiosas ferramentas para a qualificação do cuidado dentro das instituições hospitalares, podendo contribuir decisivamente na redução dos incidentes de segurança e, conseqüentemente, qualificar a assistência prestada aos pacientes.

Os entrevistados afirmaram já terem vivenciado situações de incidentes de segurança, evento adverso ou erro de medicação, seja consigo mesmo ou com colega de trabalho. Estas situações ocorreram na própria instituição ou em outros locais em que tenham exercido a prática da enfermagem, sejam unidades abertas ou na própria na unidade de terapia intensiva.

Neste contexto os entrevistados descrevem as condutas adotadas diante dos eventos vivenciados, ressaltando que não hesitariam em adotar medidas a fim de minimizar os efeitos do incidente. Dentre as condutas de maior relevância citadas destaca-se: a comunicação do incidente ao enfermeiro e ao médico e a intensificação dos cuidados ao paciente, a fim de minimizar as conseqüências do erro e promover o restabelecimento das funções orgânicas.

Entende-se que a conduta está adequada, uma vez que o enfermeiro responde por todas as ações da equipe de enfermagem e o médico tem a possibilidade de programar ações específicas como a prescrição de outras drogas, solicitação de exames laboratoriais e avaliação clínica mais criteriosa. Além disso, os trabalhadores percebem a necessidade de

estabelecer outros cuidados como a monitorização dos sinais vitais e outros parâmetros, com o intuito de restabelecer, o mais rápido possível, a condição clínica do paciente.

Em muitas instituições não há sistema de notificação de incidentes de segurança, o que pode levar os profissionais a uma falsa ilusão de que os erros não acontecem ou são de pouca gravidade. Assim, sugere-se a implantação de um sistema de notificação voluntária, no qual o profissional não necessite se identificar. Com a notificação, faz-se um diagnóstico situacional, o que pode promover tanto a implantação/implementação de estratégias para minimização dos incidentes evidenciados, quanto à cultura de segurança do paciente.

Outro fator de significativa relevância consiste no adequado dimensionamento de pessoal, pois é um instrumento valioso para o alcance de parâmetros mínimos para suprir as necessidades dos pacientes, com vistas ao cuidado seguro e satisfação da equipe nas atividades diárias. Os incidentes relacionados ao uso de medicamentos revelam a necessidade de avaliar o processo de previsão, provisão, dispensação e administração de medicamentos.

Os entrevistados percebem a necessidade de se repensar a forma como as instituições de saúde tem tratado das questões relacionadas à segurança do paciente. Isso é relevante quando se pensa na qualidade do cuidado. Se por um lado os profissionais tentam resolver os problemas em equipe, por outro a que os serviços de saúde precisam adotar políticas claras e uniformes em relação ao tema.

Assim, é de fundamental importância que todos os colaboradores saibam qual a conduta a ser adotada diante de uma situação em que ocorre um incidente de segurança. Para, além disso, instrumentalizando os profissionais qualifica-se o cuidado dispensado ao paciente, promove-se a cultura de segurança ao invés da cultura de punição, gerando maior satisfação destes no ambiente de trabalho.

Outro aspecto importante evidenciado nesta pesquisa consiste na identificação dos fatores que interferem na ocorrência dos incidentes de segurança com o uso de medicamentos. Evidenciou-se que estes estão relacionados aos fatores organizacionais/institucionais, como: rotinas de trabalho, a complexidade do quadro clínico dos pacientes, a fragmentação do cuidado, a estrutura física da unidade e o dimensionamento de pessoal de enfermagem.

Algumas das ações desenvolvidas pelos profissionais na UTI podem ser modificadas a fim de agilizar o trabalho, como exemplo, a busca da medicação na farmácia. Entende-se que a saída de trabalhadores do setor, para buscar a medicação, pode prejudicar o andamento das atividades, maximiza a exposição dos pacientes a riscos pela não vigilância constante, mesmo que por períodos curtos.

A sugestão é que para manter o trabalhador em tempo integral no setor, a instituição deveria realizar a contratação de outro trabalhador para levar a medicação da farmácia até a UTI. Este outro trabalhador poderia também fazer o transporte da medicação também para outras unidades, fazendo com que os profissionais de enfermagem tenham a possibilidade de permanecer por mais tempo na assistência direta ao paciente, minimizando deslocamentos dentro da instituição.

Foi possível identificar quais os fatores humanos podem auxiliar a minimizar a ocorrência dos erros relacionados à terapia medicamentosa. Dentre eles destaca-se: a passagem de plantão, a atenção, a conferência da prescrição médica e dos rótulos da medicação, a identificação correta do paciente e a utilização das certezas relacionadas ao preparo e administração de medicamentos.

Neste contexto, ressalta-se a importância do enfermeiro enquanto gestor estar atento a esta situação e poder dar os devidos encaminhamentos. Neste sentido, seria interessante a intuição promover cursos de capacitação de forma regular e implementar um programa de educação permanente em saúde, com vista as necessidades mais emergentes.

O estudo também possibilitou a identificação das estratégias adotadas pelos membros da equipe de enfermagem no intuito de minimizar as possibilidades de ocorrências de incidentes de segurança com relação à terapia medicamentosa no ambiente da terapia intensiva. Assim sendo, os entrevistados descrevem a necessidade da busca constante de conhecimento para preparar e administrar medicamentos além de outras estratégias como a conferência da prescrição médica e dos rótulos da medicação, não administração de medicamentos em caso de dúvidas, identificação adequada do paciente e da medicação, e a utilização dos cinco certos da medicação.

Em situações de dúvidas, os sujeitos recorrem ao colega de trabalho, ao enfermeiro responsável e ao farmacêutico da instituição. Ao questionar sobre quais estratégias os sujeitos utilizam para se manter atualizados, quanto ao preparo e administração de medicamentos, citam: o uso de referencial bibliográfico, materiais didáticos e a busca de informações na internet e uso do ‘google’ como ferramenta de busca. No entanto, salienta-se a necessidade de adoção de documentos cientificamente reconhecidos para efetuar-se tais consultas.

Além disso, a maioria dos trabalhadores refere que adquiriram conhecimento sobre medicação na própria rotina de trabalho e, em casos de ocorrência de erros, não há clareza quanto à conduta a ser adotada. As estratégias citadas consistem na conferência da prescrição médica e dos rótulos da medicação, não administração de medicamentos em caso de dúvidas,

identificação adequada do paciente e da medicação, e a utilização das certezas relacionadas ao preparo e administração de medicamentos.

Outro aspecto importante a ser ressaltado consiste na importância que o profissional enfermeiro tem nos aspectos relacionados com a supervisão e orientação da equipe de enfermagem. Na realidade brasileira, a grande parte dos incidentes de segurança com o uso de medicamentos, está ligada aos profissionais de nível médio em função de ser o auxiliar/técnico de enfermagem o profissional que mais frequentemente prepara e administra os medicamentos. Embora sabe-se que a supervisão e acompanhamento destes profissionais é de responsabilidade do enfermeiro, muitas vezes em razão de outras atividades delega-se o cuidado a um trabalhador o qual nem sempre está capacitado para função.

O fato acima descrito mostra que a questão dos incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa permeiam as diferentes categorias profissionais da área da saúde, resultando em ineficiência do tratamento, comprometendo a qualidade da assistência prestada aos usuários hospitalizados, sinalizando a necessidade de revisão dos processos de trabalho afim de uma sistematização da assistência e maior segurança ao paciente.

As contribuições dos resultados desta pesquisa são diretamente aplicáveis à instituição onde foi realizada e também a outras instituições, já que podem adotar medidas administrativas e assistenciais visando à segurança dos pacientes, principalmente, na unidade de terapia intensiva. Além disso, os resultados também podem servir de base para que outras instituições promovam a reflexão sobre o tema, condição básica para que estes estabelecimentos possam dar novos passos, como a elaboração de planos locais de qualidade e segurança do paciente.

Instituições de saúde devem desenvolver uma cultura voltada para a promoção contínua de segurança do paciente, sendo que todo local em que a enfermagem realiza práticas relacionadas à medicação deve dispor de infraestrutura e processos que garantam a realização segura da medicação. Assim, a implantação de estratégias para a segurança do paciente é um trabalho amplo, que deve envolver todos os atores que participam da assistência, instituindo-se, então, uma cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde.

Evidenciou-se que o tema ainda merece ser explorado com mais propriedade, uma vez que o marco inicial sobre o tema foi o relatório “To er is Human” publicado nos Estados Unidos da América no ano 2000. No Brasil, as primeiras iniciativas com relação à segurança do paciente surgiram em 2002 e, desde então, vem sendo discutidas.

Os frutos desta trajetória estão sendo colhidos em diferentes países, qualificando, desta forma, cada vez mais a atenção dispensada aos pacientes nos mais diversos espaços de

cuidado. Porém foi somente em 2013 que o Ministério da Saúde publicou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) através da portaria 529/2013. Assim, entende-se que a temática ainda é recente, o que remete a necessidade de as instituições e profissionais ainda engajarem-se, efetivamente, no processo de instrumentalização sobre o tema. Nesse sentido, o desenvolvimento de novas investigações sobre o assunto é essencial.

Ressalta-se que este estudo possui limitações, que incluem, principalmente, o fato de ter envolvido somente enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes na unidade de terapia intensiva adulto de um único hospital do Sul do Brasil, impossibilitando a generalização dos resultados. No entanto, contribuiu para o conhecimento da temática, sobretudo diante da constatação de que investigações sobre esse tema são novas e escassas no País.

A identificação e análise dos incidentes de segurança/eventos adversos/erros é de grande valia para os serviços de saúde, apontando para a necessidade de reorganização do processo de trabalho na unidade investigada. A utilização de estratégias que possam ser planejadas com a equipe de enfermagem e implementadas, de acordo com a realidade da instituição, constituem-se em importantes ferramentas para a prevenção de erros relacionados ao uso de medicamentos. Uma abordagem educativa junto à equipe de enfermagem facilitaria a disseminação do conhecimento e a segurança no cuidado dispensado aos pacientes.

A construção desta dissertação representou muito mais do que um requisito para a formação profissional como docente em Enfermagem. As dificuldades e os obstáculos surgiram, e não foram poucos, mas contribuíram de uma forma significativa para meu crescimento enquanto enfermeiro seja na atuação assistencial ou docente e também como cidadão.

Ao término deste estudo, pode-se evidenciar que quanto mais se estuda sobre um determinado assunto, cada vez mais estamos embasados e aptos para falar sobre o mesmo no nosso cotidiano. Assim sendo, pode-se afirmar que os objetivos delineados para esta investigação foram alcançados com bastante êxito. Essa afirmação tem justificativa pelo fato que da análise e interpretação dos dados, emergiram várias constatações que nos levam a uma reflexão profunda sobre os incidentes de segurança relacionados ao uso de medicamentos em terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

ADHIKARI, R. et al., A multi-disciplinary approach to medication safety and the implication for nursing education and practice. **Nurse Education Today**, n. 34, p. 185-190, 2014.

AIKEN, L. H.; CLARKE, S. P, SLOANE, D. M, et al., Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. **J Am Med Assoc**, n. 288, p. 1987-1993, 2002.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo (SP): Cortez; 1986.

BECCARIA, L. M. et. al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 21, n. 3, ago. 2009.

BECCARIA, L. M. et al., Horas de cuidados de enfermagem em UTI: utilização do sistema de pontuação de intervenções terapêutica. **Arq Ciênc Saúde**, v. 17, n. 1, p. 48-53, 2010.

BECK, C. L. C. et al., Identidade profissional dos enfermeiros de serviços de saúde municipal. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 1, p. 114-119, 2009.

BECK, C. L. C.; GONZALES, R. M. B.; LEOPARDI, M. T. O "estado de alerta" dos trabalhadores de enfermagem em unidades críticas. **Rev Texto Contexto Enferm**, v. 11, n. 1, p. 151-168, 2002.

BELELA, A. S. C.; PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A. S. Medication errors in pediatrics. **Rev bras enferm**, Brasília, v. 64, n. 3, jun. 2011.

BELELA, A. S. C.; PETERLINI, M. A. S.; PEDREIRA, M. L. G. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. **Rev bras ter intensiva**, São Paulo, v. 22, n. 3, Set. 2010.

BOHOMOL, E.; RAMOS, L. H. Erros de medicação – causas e fatores desencadeantes sob a ótica da equipe de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v.16, n. 2, p. 41-47, 2003.

BRASIL, M. S. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

_____. M. S. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria nº 529/2013** - Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF, 2013a.

_____. M. S. Conselho Nacional de Saúde. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. Brasília, DF, 2013b.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília, DF, 2013c.

_____. M. S. Conselho Nacional de Saúde. **Protocolo de identificação do paciente**. Brasília, DF, 2013d.

_____. M. S. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012** - Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012a.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução 26/2012** - Altera a Resolução RDC nº. 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, DF, 2012b.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução 7/20110** - Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, DF, 2010.

_____. M. S. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília, DF: 2009.

_____. M. S. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília, DF, 2004.

_____. **Lei n. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1986; 26 jun. Seção 1:9273-75.

BUCHINI, S.; QUATTRIN, R. Avoidable interruptions during drug administration in an intensive rehabilitation ward: improvement project. **Journal of Nursing Management**, v. 20, p. 326-334, 2012.

CAMERINI, F. G.; SILVA, L. D. Segurança do Paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. **Text Context Nursing**, v. 20, n. 1, p. 41-49, 2011.

CAPUCHO, H. C.; ARNAS, E.R.; CASSIANI, S. H. B. D. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 1, p. 164-172, 2013.

CARVALHO, B. G. A contribuição do pensamento marxista para o entendimento do mundo do trabalho e da atual morfologia da classe trabalhadora. In: X Jornada do Trabalho. Unesp. 2009. **Anais n. 30**. 2009.

CHOO, J. et al., Nurses' role in medication safety. **Journal of Nursing Management**, v. 8, p. 853-861, 2010.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen-293/2004** - Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde. Brasília, DF, 2004.

CUIRONG, X. U. et al. An intervention to improve inpatient medication management: a before and after study. **Journal of Nursing Management**, v. 22, p. 286-294, 2014.

CORBELLINI, V. L. et al. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem **Rev Bras Enferm**, v. 64, n, 2, p. 241-247, 2011.

COREN/SP - Conselho Regional de Enfermagem do estado de São Paulo **Erros de Medicação - Definições e Estratégias de Prevenção**. São Paulo, 2011.

DAL ROSSO, S. **Mais Trabalho!** a intensidade do labor na sociedade contemporânea. São Paulo: Boitempo, 2012. 206 p. Dicionário Michaelis online. <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/>. Acesso em 06/11/2013.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Rev. Produção**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004.

DEJOURS, C. **Travail**: usure mental. Paris: Bayard Edition. vol 1, 1992.

DUARTE, A. M. C. Intensificação do trabalho docente. In: OLIVEIRA, D. A.; DUARTE, A. M. C.; VIEIRA, L. M. F. **DICIONÁRIO: trabalho, profissão e condição docente**. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação, 2010. CDROM.

ELLIOT, M.; LIU, Y. The nine rights of medication administration: an overview. **Br J Nurs**, v. 19, n. 5, p. 300-305, 2010.

ERIKSSON, K. Becoming through suffering - the path to health and holiness. **International Journal for Human Caring**, v. 11, n. 2, p. 8-16, 2007.

FAYE, H. Involving Intensive Care Unit Nurses in a Proactive Risk Assessment of the Medication Management Process. **Jt Comm J Qual Patient Saf**, v. 36, n. 8, p. 376-384, 2010.

FARIA, L. M. P.; CASSIANI, S. H. B. Medication interaction: knowledge of nurses in intensive care units. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 2, p. 264-270, 2011.

FAVARIN, S. S.; CAMPONOGARA, S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. **Rev. Enferm UFSM**, v. 2, n. 2, p. 320-329, 2012.

FERNANDES, D. C.; HELAL, D. H. **O que é precarização do trabalho?** Dicionário do Trabalho, Profissão e Condição Docente. In: OLIVEIRA, D. DUARTE, A. VIEIRA L. Belo Horizonte. Ed UFMG, 2010.

FERREIRA, M. M. M; ALVES, F. S.; JACOBINA, F. M. B. O profissional de enfermagem e a administração segura de medicamentos. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v.7, n. 1, p. 61-69, 2014.

FERREIRA, P. C. et al., Adverse event versus medication error: perceptions of nursing staff acting in intensive care. **J res fundam Care**, v. 6, n. 2, p. 725-734, 2014.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saúde Pública**; v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FORD, D. G. et al., Impact of simulation-based learning on medication error rates in critically ill patients. **Intensive Care Med**, v. 36 p. 1526-1531, 2010.

FRANCO, J. N. et al., Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 6, p. 927-932, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIMENES, F. R. E. et al. Medication Wrong-Route Administrations in Relation to Medical Prescriptions. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 11-7, 2011.

GIRONDI, J. B. R.; GELBCKE, F. L. Percepção do enfermeiro sobre os efeitos do trabalho noturno em sua vida. **Rev. Enfermagem em Foco**, (online), v. 2, n. 3, p. 191-194, 2011.

GARROUSTE-ORGEAS, M. et al., Overview of medical errors and adverse events. **Ann Intensive Care**, v. 16, n. 2, p. 1-9, 2012.

HARADA, M. J. C. S. A prevenção do erro humano. In: HARADA, M. J. C. S et al., **O erro humano e a segurança do paciente**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006. Cap. 3.

HARDING, L.; PETRICK, T. Nursing student medication errors: a retrospective review. **Journal of Nursing Education**, v. 47, n. 1, p. 43-47, 2008.

HENNEMAN, E. A.; GAWLINSKI, A.; GIULIANO, K. K. Surveillance: A strategy for improving patient safety in acute and critical care units. **Crit Care Nurse**, v. 32, n. 2, p. 9-18, 2012.

HYZY, R.; POSA, P.; SCALES, D. C. System-level quality improvement initiatives: lessons from Keystone and other large-scale projects. **Semin Respir Crit Care Med**, v. 33, n. 470-74, 2012.

YOSHIKAWA, J. M. et al., Comprehension of undergraduate students in nursing and medicine on patient safety. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 1, p. 21-29, 2013.

JCI. **Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals**: including standards for academic medical center hospitals. 5th. U.S.A. 20013. Disponível em: https://www.jcrinc.com/assets/1/14/JCIH14_Sample_Pages.pdf. Acesso em: 12 set. 2014.

KAKUSHI, L. E.; ÉVORA, Y. D. M. Direct and indirect nursing care time in an intensive care unit. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 150-157, 2014.

KIM, J.; BATES, D. W. Medication administration errors by nurses: adherence to guidelines. **Journal of Clinical Nursing**, v. 22, p. 590-598, 2012.

KOHN, L. T. et al., **To err is human: building a safer health system**. 2. ed. Washington: National Academy of Sciences; 2000.

KOOHESTANI, H.; BAGHCHEGHI, N. Investigation medication errors of nursing students in Cardiac Care Unite. **Sci J Forensic Med**, v. 3, n. 48, p. 249-255, 2008.

LAGE, M. G. Segurança do doente: da teoria à prática clínica. **Rev Port Saúde Pública**, v. 10, p. 11-16, 2010.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. 3. reimpr. São Paulo: Atlas, 2006.

LEUFER, T.; CLEARY-HOLDFORTH, J. Let's do no harm: Medication errors in uring: Part 1. **Nurse Education in Practice**, v. 13, p. 213-216, 2013.

LISBOA, C.D. **Preparo e administração de medicamentos por sondas em pacientes que recebem nutrição enteral**. Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011.

LOPES, B. C. et al. Erros de medicação realizados pelo técnico de enfermagem na UTI: contextualização da problemática. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 1, p. 16-21, 2012.

LORENZINI, E.; SANTI, J. A. R.; BAO, A. C. P. Patient safety: analysis of the incidents notified in a hospital, in south of Brazil. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 35, n. 2, p. 121-127, 2014

MARTINS, G. A. **Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa**. São Paulo: Atlas; 2006.

MDT. **Estrutura e apresentação de monografias, dissertações e teses**. 7. ed. revisada e ampliada. Santa Maria: editora UFSM, 2012.

MARX, K. **O Capital**. 14. ed. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand; 1984.

MELO, A. B. M. **Enfermagem e segurança do paciente em terapia medicamentosa em unidades intensivas**. 2007. 111 f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MIASSO, A. I. et al., The medication preparation and administration process: problem identification in order to propose improvements and prevent medication errors. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 14, n. 3, p. 354-63, 2006a.

MIASSO, A. I. et al., Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 4, p. 24-32, 2006b.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA, H.; CALEFFE, L. G. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

NISHIZAKI, Y. Relationship between nursing workloads and patient safety incidentes. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 3, p. 49-54, 2010.

OLIVEIRA, R. M. et al., Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.

ORTEGA, D. B.; D'INNOCENZO M. Análise de erros de medicação sob a ótica de auxiliares/técnicos de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Nursing**, v. 14, n. 164, p. 48-52, 2012.

PADILHA, K. G. **Ocorrências iatrogênicas na prática de enfermagem em UTI**. Tese de Doutorado apresentada a Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem para obtenção do grau de Professor Livre Docente. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1998.

PAIVA, M. C. M. S.; PAIVA, S. A. R.; BERTI, H. W. Adverse events: analysis of a notification instrument used in nursing management. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 287-94, 2010.

PARANAGUÁ, T. T. B. et al., Prevalence and factors associated with incidents related to medication in surgical patients. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 1, p. 41-47, 2014.

PARANAGUÁ, T. F. B. et al., Prevalence of no harm incidents and adverse events in a surgical clinic. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 3, p. 256-262, 2013.

PAZOKIAN, M.; ZAGHERI TAFRESHI, M.; RASSOULI, M. Iranian nurses' perspective on factors influencing medication errors. **International Nursing Review**, v. 61, p. 246-254, 2014.

PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A. S. **Como Garantir a Segurança do Paciente na UTI**, in: Viana, et al., *Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A. S.; HARADA, M. J. C. S. Erros de medicação: aspectos relativos à prática do enfermeiro. In: HARADA, M. J. C. S et al., *O erro humano e a segurança do paciente*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2006. (Cap. 9).

PELLICIOTTI, J. S. S.; KIMURA, M. Medications Errors and Health-Related Quality of Life of Nursing Professionals in Intensive Care Units. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. 1062-1069, 2010.

PEREIRA, M. J. B. et al. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Rev bras enferm**, v. 62, n. 5, p. 771-777, 2009.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. bras. Enferm**, v. 62, n. 5, p. 739-744, 2009.

PIROLO, S. M.; FERRAZ, C. A.; GOMES, R. A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática Inter profissional da terapia intensiva. **Rev Esc Enferm USP** v. 45, n. 6, p. 1396-1402, 2011.

QUEIROZ, D, T et al., Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: Conceitos e Aplicações na área da saúde. **Rev Enfermagem UERJ**, v. 15, n. 2, p. 276-283, 2007.

RADOVICH, N. M. F. **Passagem de Plantão**. [acesso em 2014 Set 02]. Disponível em: http://www.portaldaenfermagem.com.br/entrevistas_read.asp?id=58.

RAFFERTY, A. M.; CKARKE, S. P.; COLES, J. et al., Outcomes of variation in hospital nurse staffing in english hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. **Int J Nurs Stud**, n. 44, p. 175-182, 2007.

REBRAENSP/RS. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p.

REIS, G. S.; COSTA, J. M. Erros de medicação no cotidiano dos profissionais de um hospital de ensino: **Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde**, v. 3 n. 2, p. 30-33, 2012.

RODRIGUES, M. C. S.; OLIVEIRA, L. de C. Erros na administração de antibióticos em unidade de terapia intensiva de hospital de ensino. **Rev Eletr Enf**, v. 12, n. 3, p. 511-19, 2010.

ROGERS, A. E. et al., Role of registered nurses in error prevention, discovery and correction. **Qual Saf Health Care**, v. 17, p. 117-121, 2008.

ROSA, M. B.; PERINI, D. Erros de medicação: quem foi? **Rev Assoc Med Bras**, v. 49, n. 3, p. 335-341, 2003.

ROZENFELD, S.; GIORDANI, F.; COELHO, S. Adverse drug events in hospital: pilot study with trigger tool. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1102-1111, 2013.

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

SANTANA, J. C. B. et al. Fatores que influenciam e minimizam os erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. **Rev Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 122-137, 2012.

SANTOS, J. O. et al. Feelings of nursing professionals after the occurrence of medication errors. **Acta paul enferm.**, v. 20, n. 4, p. 483-488, 2007.

SANTOS, J. O. et al. Conducts adopted by nursing technicians after the occurrence of medication erros. **Acta Paul. enferm**, v. 23, n. 3, p. 328-333, 2010.

SALAZAR, N. L. et al., Errores de medicación en pacientes críticos adultos de un hospital universitario. Estudio prospectivo y aleatório. **Rev Med Chile**, v. 139, p. 1458-1464, 2011.

SILVA, B. K. et al. Erros de medicação: condutas e propostas de prevenção na perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 712-723, 2007.

SILVA, L. D. Segurança do paciente no contexto da terapia intensiva. In: SANTOS, L. C. G.; DIAS, A. L. P. **Gerenciamento e Sistematização do cuidado de enfermagem em terapia intensiva**. São Paulo: Phorte, 2013. (cap. 5).

SILVA, L. D.; CAMERINI, F. G. Analysis the intravenous medication administration in sentinel network hospital. **Text Context Nursing**, v. 21, n. 3, p. 633-641, 2012.

SILVA, L. D. Segurança do paciente no contexto hospitalar. **Rev Enferm UERJ**, v. 20, n. 3, p. 291-292, 2012.

SILVA, L. D.; CARVALHO, M. F. de. Revisão integrativa da produção científica de Enfermeiros acerca de erros com medicamentos. **Rev Enferm UERJ**, v. 20, n. 4, p. 519-525, 2012.

SILVA, L. A. A. et al., Desafios na construção de um projeto de educação permanente em saúde. **Rev Enferm UFSM**, v. 2, n. 4, p. 496-506, 2012.

SILVA, R. C. L.; CUNHA, J. J. S. A.; MOREIRA, C. L. S. Adverse events in intensive care: what they know the nurses. **R pesq cuid fundam online**, v. 3, n. 2, p. 1848-1855, 2011.

SIQUEIRA, I. L. C. P.; KURCGANT, P. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. **Acta Paul Enferm**, v. 18, n. 4, p. 446-451, 2005.

SOUZA, M. L. P.; ERNST, M. L.; FILUS, W. A. A opinião de professores de Enfermagem sobre alguns aspectos do trabalho noturno em hospital público de Curitiba. **Rev Boletim de Enfermagem**, (online), v. 2, n. 1, p. 15-27, 2008.

SOUZA, S. et al. Use of safety strategies to identify children for drug administration. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 1, p. 6-11, 2014.

STUMM, E. M. F. et al. Qualidade de vida, estresse e repercussões na assistência: equipe de Enfermagem de um Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Textos & Contextos**, v. 8, n. 1, p. 140-155, 2009.

SOZANI, A.; BAGHERI, H.; POORHEYDARI, M. Factors affecting the incidence of medication errors of nurses of the hospital sector of Imam. **Hussain Health Journal**, v. 2, n. 3, p. 1-6, 2007.

TELLES FILHO, P. C. P.; PEREIRA JÚNIOR, A. C.; VELOSO, I. R. Identification and analysis of errors during medication administration in a hospital pediatric unit. **J Nurs UFPE on line**, v. 8, n. 4, p. 943-950, 2014.

TOFFOLETTO, M. C.; PADILHA, K. G. Consequências dos erros de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 2 p. 247-252, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

TURATO, E. R.; FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

URBANETTO, J. S.; GERHARDT, L. M. Patient safety in the healthcare education research triad [Editorial]. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 3, p. 8-9, 2013.

VAISMORADI, M. et al. Nursing students' perspectives of the cause of medication errors. **Nurse Education Today**, v. 34, p. 434-440, 2014.

VICTORA, C. G. et al. **Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer**. Lancet. 2011, p. 90-102.

WARD, J. K. Quality and Safety Research Group. Patient involvement in patient safety: Protocol for developing an intervention using patient reports of organizational safety and patient incident reporting. **BMC Health Serv Res**, 2011, 11:130.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 427-434, 2012.

World Health Organization (WHO). **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. V1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/pdf> (Acesso em 14/11/2012).

WHO, World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety. Patient safety workshop: learning from error**. Geneva (SZ): World Health Organization; 2010.

World Health Organization (WHO). **Patient safety curriculum guide: multi-professional edition**. (2011). Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/PSP_DG_Forewords_2011.pdf (Acesso em 14/11/2012).

APÊNDICES

Apêndice A– Roteiro da entrevista

I - Título do Projeto - Incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa: percepções de profissionais de enfermagem de terapia intensiva

II Data: _____/_____/_____

Nº controle: _____

III – Caracterização

1-Nível de Escolaridade:

2-Idade:

3-Sexo:

4-Cargo que ocupa na instituição: () Enfermeiro () Técnico de Enfermagem

5-Estado Civil:

6-Número de filhos e idades destes:

7-Tempo que trabalha:

7.1-Na enfermagem?

7.2-Na instituição?

7.3-Na UTI?

8-Possui outro trabalho: () Sim () Não

8.1-Onde?

8.2-Turno?

8.4-Jornada de Trabalho?

9-Estuda: () Sim () Não

9.1-O quê?

9.2-Turno?

9.3-CH Semanal?

10-Outras atividades: () Sim () Não

10.1-Turno:

10.2-CH Semanal:

11- Pratica atividade física? () Sim () Não

11.1-Qual?

11.1- Com que frequência?

12- Normalmente dorme quantas horas por dia?

IV - Questões norteadoras:

1. Como é o seu cotidiano de trabalho na UTI?
2. O que você já ouviu falar sobre incidente de segurança, evento adverso ou erro de medicação?
3. O que você pensa sobre a ocorrência de erros de medicação no ambiente hospitalar?
4. Você já observou ou vivenciou alguma situação em que ocorreu erro de medicação? Conte-me sobre isso?
5. Qual sua conduta diante de uma situação em que ocorre um erro de medicação (consigo mesmo ou com colega)?
6. Na sua opinião, como a equipe reage frente uma situação de erro de medicação?
7. Você acredita que possam ser utilizadas medidas/estratégias para a prevenção de erros de medicação? Você utiliza algumas?
8. Como você obtém/obteve conhecimentos sobre o preparo e administração de medicamentos?
9. Em sua opinião, quais fatores podem contribuir positivamente para minimizar a ocorrência de eventos adversos relacionados ao erro de medicação?
10. Em sua opinião, quais fatores podem contribuir negativamente para maximizar a ocorrência de eventos adversos relacionados ao erro de medicação?
11. Você sabe como a instituição trata sobre estas questões?
12. Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa em relação ao tema?

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Pesquisador responsável:** Profa. Enfa. Dra Silviamar Camponogara**Orientando:** Enf. Mdo. Esp. Éder Luís Arboit**Título do Projeto - Incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa:
percepções de profissionais de enfermagem de terapia intensiva**

Eu, _____ RG _____, confirmo que recebi as informações necessárias para entender porque e como este estudo está sendo realizado. Compreendi que:

- seus objetivos consistem em:

- Conhecer as percepções de profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva, sobre a ocorrência de incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa.
- Identificar as estratégias adotadas pelos profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva para a prevenção e controle dos incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa.

- não sou obrigado (a) a participar da pesquisa. Depois de minha autorização, se quiser desistir a minha vontade (liberdade) será respeitada, em qualquer momento da pesquisa, sem quaisquer represálias atuais ou futuras. A minha decisão em não participar ou desistir da pesquisa a qualquer momento será respeitada sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo;

- será realizada uma entrevista, a qual será gravada em um gravador digital e, posteriormente digitada (transcrita), sendo guardada por cinco anos em um arquivo confidencial no computador de uso exclusivo da pesquisadora responsável, na sala 1339 do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, por um período de cinco anos, após este período, os dados serão destruídos. Caso eu não deseje que seja gravada a entrevista, a minha vontade será respeitada;

- a pesquisa não apresenta nenhum risco físico, porém as questões da entrevista podem mobilizar sentimentos ou desconfortos de quaisquer tipos, os pesquisadores estarão disponíveis para prestar esclarecimentos ou fazer os encaminhamentos que forem necessários;

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM

Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - Sala 702

Cidade Universitária - Bairro Camobi, Cep: 97105-900 - Santa Maria - RS

Tel.: (55)32209362 - Fax:(55)32208009- E-mail:comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Uma cópia deste documento será guardada pela pesquisadora e a outra ficará com o responsável que autorizou a participação na pesquisa. Foi desenvolvido respeitando a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

- os benefícios desta pesquisa estão relacionados a melhorias no trabalho da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva, na busca da melhoria da qualidade da assistência ao paciente e valorização profissional;
- ao fim desta pesquisa, os resultados serão divulgados e publicados. Terei acesso a essas informações, mas sei que na divulgação desses resultados, o meu nome não aparecerá, pois receberei um código (por exemplo, E1, E2, E3...). Assim, ninguém poderá descobrir quem eu sou, o que protege a minha identidade e privacidade;
- este estudo poderá contribuir com novas investigações que abordem aspectos relativos à ocorrência eventos adversos relacionados à terapia medicamentosa em unidade de terapia intensiva.
- compreendi que a pesquisa não acarretará em custo adicional ou benefício financeiro;
- caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei;
- se eu tiver dúvidas sobre o estudo, poderei telefonar para a pesquisadora responsável, professora Silviomar Camponogara (55) 32208263.

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando o orientando e autora principal do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), da Universidade Federal de Santa Maria.

Santa Maria/RS ____, _____ de 2014.

Nome do participante: _____.

Assinatura: _____.

Assinatura do responsável pela pesquisa: _____.

Também se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM

Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7o andar - Sala 702

Cidade Universitária - Bairro Camobi, Cep: 97105-900 - Santa Maria - RS

Tel.: (55)32209362 - Fax:(55)32208009- E-mail:comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Uma cópia deste documento será guardada pela pesquisadora e a outra ficará com o responsável que autorizou a participação na pesquisa. Foi desenvolvido respeitando a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Apêndice C – Termo de Confidencialidade

Título do Projeto - Incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa: percepções de profissionais de enfermagem de terapia intensiva

Pesquisador responsável: Proa. Enfa. Dra. Silviamar Camponogara

Orientando: Enf. Mdo. Esp. Éder Luís Arboit

Instituição/Departamento: Departamento de Enfermagem – Universidade federal de Santa Maria (UFSM) – programa de Pós-Graduação em enfermagem (PPGENf).

Telefone para contato: 3220-8263

Local da coleta de dados: Unidade de terapia intensiva adulto, do Hospital de Caridade de Três Passos/RS.

A pesquisadora e orientando do presente projeto se comprometem em preservar a privacidade dos sujeitos envolvidos, cujos dados serão coletados por meio de gravação das entrevistas, em local seguro e previamente agendado, durante os meses de fevereiro e março de 2014. Estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto e somente poderão ser divulgadas de forma anônima, sendo mantidas em um arquivo confidencial no computador de uso exclusivo da pesquisadora responsável, na sala 1339 do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, por um período de cinco anos, após este período, os dados serão destruídos.

Santa Maria,.....de..... de 2014

.....
Silviamar Camponogara
CI 8043999096
COREN 58899

ANEXOS

Anexo A – Autorização Institucional



Associação
HOSPITAL DE CARIDADE TRÊS PASSOS

Associação Hospital de Caridade Três Passos

Eu, **Jonathan Bohn** Enfermeiro e coordenador do Serviço de Enfermagem, **Leila Klein Bender**, diretora administrativa e **Adriane Marines dos Santos**, enfermeira coordenadora da Unidade de Terapia Intensiva da Associação Hospitalar de Caridade de Três Passos, **autorizamos** a realização da pesquisa intitulada “**Incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa: percepções de profissionais de enfermagem de terapia intensiva**” de autoria de Éder Luís Arboit, enfermeiro, regularmente matriculado no curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade federal de Santa Maria, orientando da Profa. Dra. Silviamar Camponogara.

Os objetivos da pesquisa consistem em: conhecer as percepções de profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva, sobre a ocorrência de incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa, identificar as estratégias adotadas pelos profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva para a prevenção e controle dos incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa. Os sujeitos serão trabalhadores da equipe de enfermagem. Projeta-se realizar a coleta de dados nos meses de fevereiro a março de 2014, tendo como instrumento **Entrevista Semiestruturada**.

Três Passos, RS, 17 de dezembro de 2013

Jonathan A. Bohn
Enfermeiro
COREN 213960

Jonathan Alessandro Bohn
Enf. coordenador do Serviço de Enfermagem

LEILA KLEIN BENDER
DIRETORA ADM. FINANCEIRO
CRA/RS N.º 042719
ASSOC. HOSPITAL DE CARIDADE
TRÊS PASSOS

Leila Klein Bender
Leila Klein Bender
Diretora administrativa

Adriane M. dos Santos
Adriane Marines dos Santos
Enfermeira Especialista
Terapia Intensiva

Enfermeira Coordenadora da Unidade de Terapia Intensiva

8.110.000/0001-49

ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE
CARIDADE TRÊS PASSOS

Rua Mário Totta 157

Rua Mário Totta nº 157 - Centro - Três Passos - RS (98.600-000) Fone (55)3522-2468 FAX 3522-8454
CEP 98600-000 TRÊS PASSOS RS
CNPJ: 98.110.000/0001-49 e-mail: htcp@brturbo.com.br

Anexo B – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: INCIDENTES DE SEGURANÇA RELACIONADOS À TERAPIA MEDICAMENTOSA: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTENSIVA

Pesquisador: SILVIAMAR CAMPONOGARA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 26417113.2.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 537.945

Data da Relatoria: 11/03/2014

Apresentação do Projeto:

O debate sobre questões relacionadas à segurança do paciente tem sido cada vez mais intenso na atualidade, o que tem impulsionado as instituições de saúde a buscar melhorias na qualidade da assistência e segurança do paciente, minimizando o risco de eventos adversos.

Objetivos: conhecer as percepções de profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva, sobre a ocorrência de incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa, identificar as estratégias adotadas pelos profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva para a prevenção e controle dos incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa.

Método: Pesquisa do tipo descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa. O cenário de investigação será a unidade de terapia intensiva adulto de um hospital de médio

porte da região Noroeste do Rio Grande do Sul. Os sujeitos serão trabalhadores da equipe de enfermagem.

Projeta-se realizar a coleta de dados nos meses de janeiro a março de 2014, tendo como instrumento Entrevista Semiestruturada. Para a interpretação e análise dos dados, utilizar-se-á a técnica da Análise de Conteúdo. O projeto segue as recomendações da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi

CEP: 97.105-900

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 537.945

Maria. O termo de consentimento livre e esclarecido e o termo de confidencialidade dos dados foram elaborados de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, para serem utilizados no estudo. Espera-se obter subsídios que possam favorecer uma discussão sobre as percepções de profissionais de enfermagem atuantes em terapia intensiva acerca dos eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos, bem como a identificação de estratégias para a prevenção e gerenciamento de risco.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer as percepções de profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva, sobre a ocorrência de incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa. Identificar as estratégias adotadas pelos profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva para a prevenção e controle dos incidentes de segurança relacionados à terapia medicamentosa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto apresenta descrição de riscos e benefícios, respeitando os princípios éticos, conforme segue:

Riscos:

A pesquisa não apresenta nenhum risco físico, porém as questões da entrevista podem mobilizar sentimentos ou desconfortos, como lembranças, questionamentos e/ou conflitos à dimensão emocional, pelo fato de se realizar uma entrevista na qual o sujeito irá refletir sobre o seu cotidiano.

Benefícios:

Os benefícios desta pesquisa estão relacionados a melhorias no trabalho da enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva, além de obter subsídios que possam favorecer uma discussão acerca das percepções de profissionais de enfermagem, acerca dos eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos, bem como a identificação de estratégias para a prevenção e controle destes eventos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de mestrado da área de Enfermagem que está bem elaborado, traz objetivos bem definidos, a metodologia de coleta de dados e de análise, bem como referencial teórico substancial. É um projeto interessante e realizável.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 537.945

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta folha de rosto, registro no GAP, Autorização do Hospital, Termo de Confidencialidade adequado e TCLE adequado.

Recomendações:

O Projeto está aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 22 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Félix Soares
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi

CEP: 97.105-900

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com