

ERROS ASSOCIADOS À MEDICAÇÃO DURANTE A ASSISTÊNCIA NA EMERGÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA

Raiane Martins da Silva¹

Lívia Moreira Barros²

RESUMO

O erro de medicação configura-se como qualquer evento evitável que de fato ou potencialmente, pode levar ao uso inadequado de medicamento. Assim, as ações dentro de um ambiente de emergência exigem cautela visando uma prática segura, principalmente pelo ambiente constituir situações propícias à ocorrência de eventos adversos, sendo um deles o erro de medicação. Nesse contexto, este estudo teve como objetivo identificar evidências científicas sobre os principais erros referentes ao processo de medicação no setor de emergência associados à segurança do paciente. Trata-se de revisão integrativa da literatura, realizada em marco de 2021, que incluiu artigos publicados a partir do ano de 2013 até março de 2021, nas bases de dados MEDLINE, LILACS, BDENF e IBICS por intermédio da Biblioteca Virtual de Saúde, além de Scopus e CINAHL. Foram utilizados os descritores “enfermagem”, “nursing”, “erros de medicação”, “medication erros”, “emergência” “emergency”, “paciente”, “patients”, “equipe de enfermagem”, “nursing, team”, “segurança do paciente”, “patient safety”, associados ao operador booleano “AND”, tendo como pergunta norteadora de pesquisa “Quais os principais erros referentes ao processo de medicação no setor de emergência associados à segurança do paciente?” – elaborada a partir da estratégia PICO. Esta revisão foi composta por 10 artigos, sendo a maioria indexados na MEDLINE. Dentre os erros observados, os mais comuns foram àqueles relacionados a preparo/manipulação, como não utilização de Equipamento de Proteção Individual, identificação incorreta do medicamento preparado, falta de higienização das mãos, não desinfecção de ampolas e não desinfecção da bancada; paciente errado via errada e técnica de administração errada como preparo incorreto na sala de emergência, perda de doses e doses incorretas. Frente a este contexto, justifica-se a realização do presente estudo com ênfase no cuidado de enfermagem, uma vez que esta categoria está permanentemente envolvida nesse processo e as unidades de emergência são locais de alta exposição aos riscos de erros de medicação. Em decorrência dessas considerações, o estudo torna-se relevante devido o processo de medicação ser um fator fundamental no cuidado ao paciente e a identificação dos

¹ Discente da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. E-mail: raianemartins1009@hotmail.com

² Docente da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. E-mail: livia@unilab.edu.br

fatores causadores dos erros de medicação encontrados na literatura no setor de emergência, possa subsidiar estratégias para sua redução, ampliar a qualidade do cuidado e promover maior segurança ao paciente.

Palavras chaves: Enfermagem. Emergência. Erros de medicação. Segurança do paciente.

ABSTRACT

Medication error is configured as any preventable event that, in fact or potentially, can lead to improper use of medication. Thus, actions within an emergency environment require caution aiming at a safe practice, mainly because the environment constitutes situations conducive to the occurrence of adverse events, one of which is medication error. In this context, this study aimed to identify scientific evidence on the main errors related to the medication process in the emergency department associated with patient safety. This is an integrative review of the literature, carried out in March 2021, which included articles published from 2013 to March 2021, in the MEDLINE, LILACS, BDENF and IBECs databases through the Virtual Health Library, in addition to Scopus and CINAHL. The descriptors "nursing", "nursing", "medication errors", "medication errors", "emergency" "emergency", "patient", "patients", "nursing team", "nursing, team", "patient safety", associated with the Boolean operator "AND", were used, having as a guide question "What are the main errors related to the medication process in the emergency sector associated with patient safety"? – drawn up from the PICO strategy. This review consisted of 10 articles, most of which were indexed in MEDLINE. Among the errors observed, the most common were those related to preparation/manipulation, such as non-use of Personal Protective Equipment, incorrect identification of the prepared medication, lack of hand hygiene, non-disinfection of ampoules and non-disinfection of the bench; wrong patient via wrong route and wrong administration technique such as incorrect preparation in the emergency room, loss of doses and incorrect doses. In this context, this study is justified with emphasis on nursing care, since this category is permanently involved in this process and emergency units are places of high exposure to the risks of medication errors. As a result of these considerations, the study becomes relevant because the medication process is a fundamental factor in patient care and the identification of the factors causing medication errors found in the literature in the emergency department, can support strategies for its reduction, increase the quality of care and promote greater patient safety.

Keywords: Nursing. Emergency. Medication errors. Patient safety.

1 INTRODUÇÃO

O erro de medicação é conceituado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como qualquer evento evitável que pode causar ou induzir danos à saúde com seu uso inapropriado de medicamento, e assim prejudicar o paciente. Tais eventos com medicação estão relacionados à prática profissional, procedimentos e sistemas, produtos da saúde, monitoração e uso dos medicamentos (FRANCO DA SILVA; DE FAVERI; LORENZINI, 2014).

Erro de medicação é entendido como eventos adversos ao medicamento que são evitáveis e que podem ocorrer em qualquer etapa do processo envolvendo o medicamento (prescrição, rotulagem, nomenclatura, preparação, dispensação, distribuição e administração de medicamentos impróprios para uso, omissão, horário, dose, adesão e transcrição). Cada etapa apresenta um risco de ocorrência de erros (ALBUQUERQUE et al., 2012).

Os erros de medicação ocorrem por vários fatores e são de natureza diversa, acontecendo em qualquer fase do atendimento à saúde do indivíduo. As áreas que apresentam grande demanda de paciente com maior gravidade e complexidade clínica estão mais sujeitas a essa ocorrência (VILELA; JERICO, 2016). Somado a isso, a deficiência de recursos humanos, sobrecarga de trabalho e ambiente com interrupção contínua das atividades, tornam-se fatores estressores para a equipe, que podem comprometer a segurança do cuidado prestado (WEIGL et al, 2016; DUARTE et al, 2015).

A definição para segurança do paciente proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é a diminuição de riscos, de danos ou lesões que possam ser minimizados ou evitados, quer sejam ações não planejadas, falhas na assistência, intervenções mal sucedidas, assim como os possíveis eventos adversos (RUNCIMAN et al, 2009).

A cultura organizacional das instituições de saúde é conceituada pelo coletivo, pelo pensar do grupo, sendo fundamental que ocorra a notificação de erros e eventos adversos descartando a possibilidade de imposição de julgamentos e punições. Levando a omissão desses eventos por parte dos profissionais dificultando assim o estabelecimento da segurança do paciente (FRANÇOLIN, 2015).

A política de segurança do paciente tornou-se internacionalmente reconhecida no início dos anos 2000, sendo como essencial para a qualidade em saúde (SOUZA, 2018). Dessa forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) pactuou, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, como um programa para coordenar e agilizar melhorias em nível mundial, além de definir e identificar as prioridades na área da segurança do paciente, em um contexto global, assim como colaborar para uma agenda internacional para a pesquisa na área.

Visando o alcance de um cuidado seguro, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em parceria com a Comissão Conjunta Internacional-Joint Commission Internacional (JCI), vem promovendo, como estratégia para orientar boas práticas para diminuição de riscos e eventos adversos em serviços de saúde, a adoção das Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP) (ANDRADADE, 2019).

As seis metas são: identificação correta do paciente; comunicação efetiva – item de maior atenção entre as metas, devido à extrema necessidade de haver comunicação precisa, clara e objetiva entre os profissionais e setores, a fim de dar continuidade aos serviços de saúde com maior segurança; uso racional de medicamento; cirurgia segura; redução do risco de infecção e prevenção de lesões por pressão e danos por queda (SOUSA et al, 2020).

Estima-se que aproximadamente 5% a 6% das hospitalizações estejam relacionadas ao uso de medicamentos, atingindo principalmente os idosos. Portanto, os erros de medicação exigem monitoramento contínuo das autoridades sanitárias, uma vez que a segurança no uso correto de medicamentos faz parte do contexto da segurança do paciente, sendo essencial para garantir qualidade nos serviços de saúde (ANVISA, 2020).

Desta forma, a enfermagem deve oferecer um cuidado seguro, livre de qualquer dano durante seus cuidados, identificando no sistema de saúde as possíveis falhas, tornando-se uma busca contínua de soluções que visem a um cuidado efetivo e com segurança (DIAS et al., 2014). O enfermeiro deve responsabilizar-se pelo planejamento das ações de enfermagem no tocante à disponibilização de recursos materiais adequados e seguros, como também na capacitação da equipe e promoção de condições tanto de trabalho como ambientais adequadas para a realização do cuidado, garantindo a segurança do paciente (BOHOMOL e RAMOS, 2003).

Frente a este contexto, justifica-se a realização do presente estudo com ênfase no cuidado de enfermagem, uma vez que esta categoria está permanentemente envolvida nesse processo e as unidades de emergência são locais de alta exposição aos riscos de erros de medicação. Em decorrência dessas considerações o estudo torna-se relevante devido o processo de medicação ser um fator fundamental no cuidado ao paciente e a identificação dos fatores causadores dos erros de medicação encontrados na literatura no setor de emergência, possa subsidiar estratégias para sua redução, ampliar a qualidade do cuidado e promover maior segurança ao paciente.

Diante do exposto, esse estudo teve como objetivo: Identificar evidências científicas sobre os principais erros referentes ao processo de medicação no setor de emergência associados à segurança do paciente.

3 MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, sendo sua finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira

sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do objeto investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A condução dessa revisão seguiu seis etapas, sendo elas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; - estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; - definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; - avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; - interpretação dos resultados; - apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A questão norteadora foi elaborada por meio da estratégia PICO, acrônimo no idioma inglês, cujo significado corresponde a “paciente, intervenção, comparação e resultados”. A estratégia em questão é tida como um recurso relevante para a formulação de questões de pesquisa e busca de evidências na literatura (SOUSA et al., 2017; SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). A presente revisão atribuiu, para a letra “P”, erros no processo de medicação no setor de emergência, “I” e “C” não foram aplicados e “O” foi associados à segurança do paciente. Assim, obteve-se a seguinte pergunta norteadora: “Quais os principais erros referentes ao processo de medicação no setor de emergência associados à segurança do paciente?”.

A busca e análise ocorreram em março de 2021, através de consulta às bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE); Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud e Banco de Dados em Enfermagem (IBECS) – Bibliografia Brasileira (BDENF) por intermédio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), além da consulta ao Portal de Periódico da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo Ministério da Educação (MEC), nas seguintes bases de dados: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Scopus.

A partir da questão norteadora foram estabelecidos os seguintes descritores (DeCS): “enfermagem”, “nursing”, “erros de medicação”, “medication erros”, “emergência”, “emergency”, “paciente”, “patients”, “equipe de enfermagem”, “nursing, team”, “segurança do paciente”, “patient safety”, tais palavras foram usadas a fim de proporcionar uma maior amplitude de estudos dentro das bases de dados. Para a associação dos termos nas bases de dados foi utilizado o operador booleano “AND” na separação dos termos. As estratégias de buscas nas bases de dados foram representadas no quadro 1.

Quadro 1- Estratégia de busca para cada base de dados.

Base de dados	Estratégia 1	Estratégia 2
BVS	“erros de medicação” AND enfermagem AND emergência.	segurança do paciente AND “erros de medicação” AND emergência.
Scopus (Elsevier)	“errors” AND Emergency AND nursing team	“medication errors” AND emergency AND nursing
CINAHL	nursing team AND medication errors AND “patients”	“errors” AND medication AND emergency

Foram utilizados como critérios de inclusão, artigos originais disponíveis na íntegra publicados nos idiomas português, inglês e/ou espanhol que respondam à questão norteadora. O recorte temporal foi a partir do ano de 2013 até o ano de 2021. Os critérios de exclusão adotados compreenderam: dissertações, monografia, editoriais, livros, relatórios, revisões integrativas, trabalhos incompletos ou restritos e trabalhos em duplicidade. A seleção dos estudos seguiu as recomendações do método Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – PRISMA (MOHER et al., 2007).

Para a coleta e categorização dos dados dos artigos selecionados, foi elaborado um instrumento baseado em Ursi & Gavão (2006), com os seguintes itens: autores, profissão; bases de dados, periódico, ano de publicação, idioma, título, objetivo do estudo, tipo de estudo nível de evidência e resultados.

Ressalta-se que a coleta e categorização de dados foram realizadas de forma independente, de modo a permitir uma maior confiabilidade na análise dos estudos selecionados no que concerne à seleção e adequação à proposta da revisão.

A classificação das evidências dos artigos foi fundamentada na proposta de Stillwell et al (2010), na qual a qualidade ou força da evidência pode ser caracterizada nos seguintes níveis: nível I – revisão sistemática ou metanálise; nível II – estudo randomizado controlado; nível III – estudo controlado sem randomização; nível IV - estudo caso-controle ou estudo de

coorte; nível V - revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos; nível VI – estudo qualitativo ou descritivo; nível VII - opinião ou consenso.

3 RESULTADOS

Mediante as estratégias de busca aplicadas em cada base de dados, foram encontrados 281 trabalhos, dos quais 22 foram excluídos por duplicidade, sendo 259 restantes. Após a leitura do título e resumo, foram excluídos 189, assim, restaram 70 aos quais 60 foram excluídos após a leitura na íntegra. A revisão foi composta por 10 artigos (Figura 1).

A partir do fluxograma 1 observou-se dentre os resultados a prevalência de estudos encontrados na CINAHL (112), uma vez que esta é caracterizada por ser uma das maiores bases de dados, com textos completos que remontam a 1937. Nas duas estratégias foram encontrados os resultados apresentados na figura a seguir.

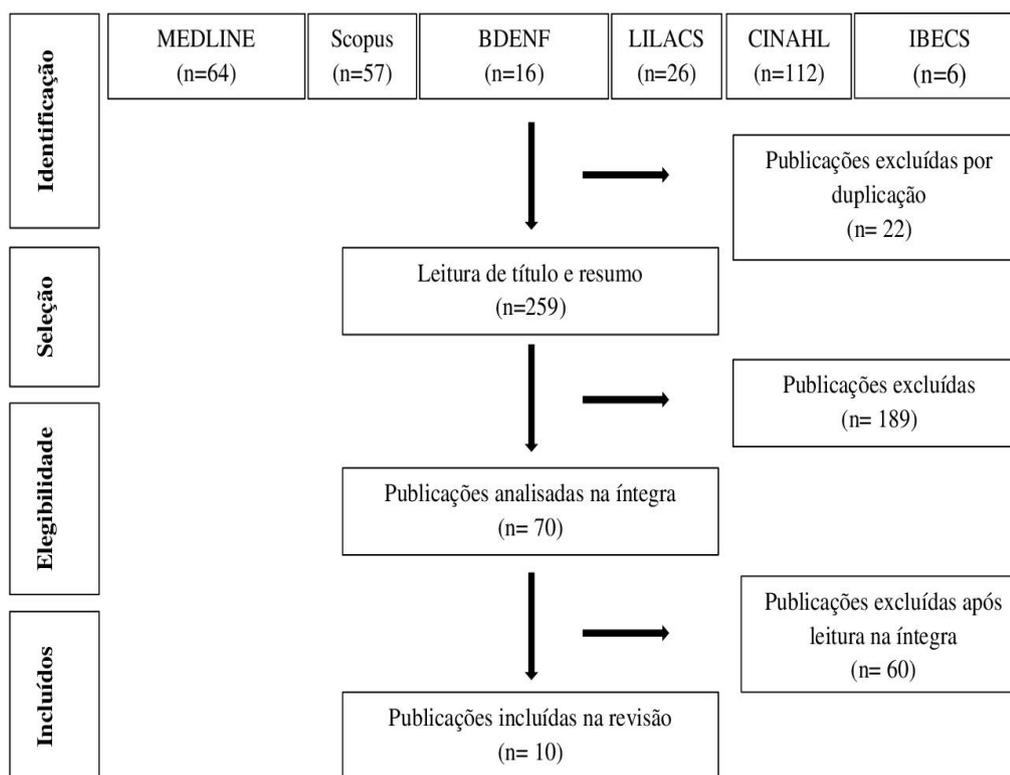


Figura 1: Fluxograma dos artigos para a revisão.

Dos 10 artigos selecionados, metade foram brasileiros (5), publicados nos últimos cinco anos. Quanto ao tipo de estudo e evidência, prevaleceram estudos descritivos, com nível de evidência (VI).

Tabela 1. Publicações organizadas de acordo com ID, tipo de estudo, nível de evidência, periódico, ano de publicação e idioma. Redenção – CE, Brasil, 2021.

ID	Tipo de estudo/Nível de evidência	Periódico	Ano de publicação	Idioma
A1	Estudo Observacional E Descritivo/IV	Revista Baiana de Enfermagem	2020	Português
A2	Estudo Transversal/IV	BMC health services research	2020	Inglês
A3	Análise Retrospectiva De Um Estudo Observacional/IV	Medicine	2019	Inglês
A4	Estudo Quantitativo, Transversal/IV.	Rev. enferm. UFPE on line	2019	Português
A5	Estudo Transversal, Retrospectivo, Descritivo/IV.	Einstein (São Paulo)	2019	Português
A6	Estudo Transversal, De Observação Direta/IV.	Revista Española de Salud Pública	2018	Espanhol
A7	Estudo Transversal E Descritivo/IV	Einstein (São Paulo)	2018	Português
A8	Descritiva, Retrospectiva, Documental E De Abordagem Quantitativa/IV.	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2017	Português
A9	Estudo Prospectivo Por Observação Direta/IV	Emergencias (St. Vicenç dels Horts)	2017	Espanhol
A10	Método De Observação Direta Disfarçada/IV	Drug, healthcare and patient safety	2014	Inglês

Quanto aos objetivos dos estudos, esses visaram identificar, caracterizar, analisar e comparar os erros de medicação nos serviços de urgência, emergência e pronto atendimento, bem como pesquisar os quase acidentes e as condições inseguras ocorridas, além de propor melhorias de estratégias visando evitá-los.

Tabela 2- Publicações organizadas de acordo com o objetivo e principal resultado. Redenção – CE, Brasil, 2021.

ID	Objetivos	Principais resultados

A1	Identificar os erros no preparo e na administração de medicamentos intravenosos.	Erros observados na técnica de preparo dos medicamentos intravenosos: - a não utilização de EPIS (62%); - identificação incorreta do medicamento preparado (53%); - falta de higienização das mãos (45%); - não desinfecção de ampolas (35%); - não desinfecção da bancada (20%). No que se refere aos erros relacionados à técnica da administração foram encontrados: - ausência de higiene das mãos antes (59%); - desinfecção da ponta do dispositivo do acesso intravenoso (67%); - utilização de EPIs (50%) - checagem da prescrição ou rótulo (40%); - identificação (48%) - monitoramento (41%) e orientação do paciente (29%).
A2	Determinar a prevalência e as características do Erro de medicação em um pronto-socorro de um hospital universitário na Malásia.	O tipo de erro de medicação mais comum foi erro de horário errado, que ocorreu em 61 casos (46,9%).
A3	Pesquisar os quase acidentes e as condições inseguras ocorridas no pronto-socorro para melhorar a segurança do paciente.	Os eventos mais comumente relatados foram erros de medicação (32,7%) e erros de gerenciamento (27,3%).
A4	Analisar erros de dose de medicamentos endovenosos em um serviço de pronto-atendimento hospitalar.	Dentre 118 medicações que necessitaram de diluição, em 88 delas não ocorreu erro. Constata-se que 71 (51,1%) dos medicamentos foram retirados antes de sua infusão completa.
A5	Comparar os erros de medicações de duas unidades de pronto atendimento que possuíam prontuário eletrônico aos de duas unidades que possuíam prontuário convencional manual em uma mesma instituição.	Observamos maior número de erro de medicação nas unidades com prontuário convencional do que nas com prontuário eletrônico do paciente (33 versus 11, respectivamente). Nas unidades que trabalhavam com prontuário convencional, o tipo de medicamento, a dose e a administração em indivíduos alérgicos foram os erros de medicação mais frequentes e, nas unidades com prontuário eletrônico, os erros de mediação mais comuns foram àqueles relacionados a preparo/manipulação, paciente errado, via errada e técnica de administração errada.
A6	Calcular a prevalência e as características dos erros, tipos e consequências para o paciente, relacionados à administração de medicamentos a pacientes atendidos no pronto-socorro (PS) de um hospital terciário, bem como propor melhorias de estratégias que pode evitá-los.	No estudo o tipo de erro mais frequente foi a velocidade de administração incorreta, seguido de preparação de medicamentos e frequência de administração incorreta. Um total de 36 erros de medicação foi relatado ao sistema de notificação voluntária no período de 2013 a 2016 do Pronto socorro, sendo que destes 38,8% ocorreram na fase de administração. Os tipos de erro mais frequentes foram a administração de dose maior e medicamento errado, um total de 9 erros atingiu o paciente sem dano e houve um erro com dano.
A7	Identificar a compatibilidade, os tipos e a frequência de erros no preparo e na administração de medicamentos	Sobre os erros de medicação, os erros de dose corresponderam a 2,6% das medicações foram administradas em dose maior ou menor do que a dose prescrita. No que diz respeito aos erros de horário, 5,6% das medicações não

	endovenosos.	foram administradas respeitando-se a recomendação de não ultrapassar 30 minutos para mais ou para menos em relação ao horário que a medicação estava aprazada. Durante o preparo das medicações, foram identificados os seguintes erros: falta de higienização das mãos antes do preparo (70,2%); não utilização de técnica asséptica no preparo (80,8%); não identificação correta da medicação (47,9%); não conferência da identificação do paciente (62,3%) e diluição da medicação em volume menor do que o recomendado pelo fabricante (1,6%). Na etapa de administração, as falhas identificadas foram: não higienização das mãos antes da administração (81,1%); não utilização de técnica asséptica na administração (84,8%) e velocidade de administração incorreta (4,0%).
A8	Caracterizar incidentes com medicamentos ocorridos em unidade de urgência e emergência.	Analisou-se 119 notificações e respectivas fichas de investigação, nas quais foram documentados 142 incidentes. O processo de administração de medicamentos representou 76,8% (n=109) dos incidentes analisados, e a omissão foi prevalente (40,9%, n=58); 18,3% (n=26). Em 119 (83,8%) incidentes foi registrada a ausência de dano, em 22 (15,5%) ocorreram danos leves e em um caso o incidente foi relacionado ao óbito do paciente. No processo investigatório. Neste aspecto, a desatenção (44,2%, n=103), o não cumprimento (12%, n=28) - entendido como descumprimento da técnica de preparo e administração - e o esquecimento (3,4%, n=8) foram os comportamentos mais frequentemente registrados.
A9	Conhecer a taxa total de erros de medicação (em) e incidentes no processo de uso de medicamentos no serviço de urgência hospitalar (PS) de um hospital terciário que ocorrem e identificar os pontos críticos associados para implementar medidas de melhoria.	No estudo, a taxa de erros de medicação obtida foi de 23,7%. Em relação a probabilidade de erros 2, 3% prevaleceram no turno da manhã. Os erros mais frequentes foram os referentes ao processo de administração (10,9%). O farmacêutico observador interveio em 26 ocasiões (3,2%) para prevenir erros de prescrição (27,0%), preparo incorreto na sala de emergência (19,2%), perda de doses (15,3%) e doses incorretas (14,4%).
A10	Determinar a frequência de erros de medicação (EMS) que ocorrem no departamento de emergência de cuidados terciários de um grande hospital universitário no Irã.	Dos 202 pacientes em estudo, 195 (96,5%) tiveram pelo menos um erro de medicação, e das 1.031 doses de medicamentos observadas, 707 (68,5%) erros foram registrados, fazendo com que a taxa de erros fosse de 3,5 por paciente. Os erros de administração apresentaram a maior taxa (37,6% dos erros). Além disso, da variedade de erros de administração cometidos, a maior frequência de erros ocorreu por omissão (7,6%) e erros de horário incorreto (4,4%), na respectiva ordem.

A partir da leitura minuciosa dos resultados apresentados pelos artigos, foi identificado que os erros mais comuns foram àqueles relacionados a preparo/manipulação, como não utilização de Equipamento de Proteção Individual, identificação incorreta do medicamento

preparado, falta de higienização das mãos, não desinfecção de ampolas e não desinfecção da bancada; paciente errado via errada e técnica de administração errada como preparo incorreto na sala de emergência, perda de doses e doses incorretas.

5. DISCUSSÃO

Esta revisão possibilitou evidenciar os principais erros referentes ao processo de medicação ocorrido na emergência, despertando o questionamento sobre o não cumprimento de procedimentos operacionais padrões na unidade, bem como o não seguimento de protocolos e documentos que legitimam a atuação profissional.

Quanto aos erros relacionados à técnica do preparo, em um estudo realizado na Bahia, foram encontrados a não utilização de EPIS 62%, identificação incorreta do medicamento preparado 53%, falta de higienização das mãos 45%, não desinfecção de ampolas 35% e não desinfecção da bancada 20% (REIS et al, 2020). Dados que corroboram com estudo realizado no Rio de Janeiro (MENDES et al, 2018).

Segundo BASTIAN et al. (2021) diversos fatores são apontados como impedimentos à adesão à higienização das mãos, dentre eles: a alta carga de trabalho; recursos limitados e estrutura física de pias mal localizadas, emergências e interrupções frequentes, tempo insuficientes, esquecimento, estresse, falta de treinamento dos profissionais, uso de luvas, falta de exemplo e motivação pelos superiores, e a superlotação.

Também referente aos erros ocorridos no preparo da medicação, erros relacionados ao horário estiveram presentes em estudo realizado no Irã, com prevalência de 4,4% (VAZIN et al, 2014). Dado que corrobora com estudo na Malásia, onde a taxa foi 46,9% dos casos (SHITU et al, 2020). FORTE et al, (2016), aponta a enfermagem como a profissão de saúde responsável pela parte final desse processo, a administração de medicamentos e, portanto, a sua atuação é crucial para evitar erros dessa natureza. Assim é necessário que a equipe dedique atenção na realização desse procedimento, de modo a proporcionar ações seguras a todos os envolvidos garantindo a administração do medicamento certo, forma farmacêutica certa, ao paciente certo, na via certa, na hora certa, na dose correta, com ação certa, com registro certo e monitoramento certo.

Quanto ao período de ocorrência dos erros, em pesquisas realizadas na Espanha, foi observada uma maior probabilidade de ocorrer no período da manhã (MAROTO e CARPINTERO, 2018; PEREZ-DIEZ et al, 2017). Sendo esse turno uma das circunstâncias que parecem ter influenciado no aparecimento de mais erros, talvez devido ao maior número de medicamentos administrados e à confluência de mais profissionais que favorecem

interrupções. Em estudo realizado por Santi et al., (2016), os autores destacaram que o turno de trabalho pode influenciar e favorecer para a ocorrência de erros. Outras circunstâncias são destacadas na literatura, incluindo a não continuidade do atendimento, o volume de pacientes atendidos, características do horário de atendimento, problemas na comunicação da equipe, falta de detalhes no histórico médico, uso frequente de comandos verbais e interrupções e distrações (BLANK et al, 2011; HILLIN e HICKS, 2010).

Em relação aos erros durante o processo de administração de medicamentos, uma pesquisa brasileira elencou a ausência de higiene das mãos antes 59%; - desinfecção da ponta do dispositivo do acesso intravenoso 67%; - utilização de EPIs 50% - checagem da prescrição ou rótulo 40%; - identificação 48% - monitoramento 41% e orientação do paciente 29% (MENDES et al, 2018). Corroborando com outro estudo brasileiro (REIS et al, 2020). Autores afirmam que administração de medicamentos é um procedimento que pode ser realizado por alguns profissionais de saúde, no entanto é uma prática realizada cotidianamente pela equipe de enfermagem. Requer conhecimentos de farmacologia relacionados ao tipo da droga, mecanismos de ação, excreção, atuação nos sistemas orgânicos; além de conhecimentos de semiologia e semiotécnica, e avaliação clínica do estado de saúde do cliente. Entre as particularidades enquanto prática clínica, o profissional precisa ter preparo técnico e científico, em destaque, o conhecimento dos efeitos adversos das drogas que podem ser de grandes proporções (LOPES; CHAVES; JORGE, 2006).

A partir da análise dos estudos, verificou-se a maior ocorrência de erros cometidos nas unidades que utilizavam prontuário convencional quando comparado ao uso do prontuário eletrônico do paciente (33 versus 11, respectivamente). Dentre os erros, estavam presentes o tipo de medicamento, a dose e a administração em indivíduos alérgicos (VAIDOTAS et al, 2019). Na visão de JOHNSON et al, (2013) e WESTBROOK et al, (2012) o uso do prontuário eletrônico é reconhecido como componente que facilita o acesso da equipe multidisciplinar à informação do paciente, o que contribui para a melhora na da comunicação entre os profissionais, ajuda na decisão clínica e melhora a aderência ao uso de algumas medicações primordiais a certas situações clínicas. Está também relacionada à segurança do paciente, pois permite melhor qualidade a informação e maior farmacovigilância, devido à rastreabilidade permitida pelo sistema.

Em pesquisas nacionais e internacionais, observou-se que a desatenção (44,2%, n=103), o não cumprimento (12%, n=28) - entendido como descumprimento da técnica de preparo e administração - e o esquecimento (3,4%, n=8) foram os comportamentos mais frequentemente registrados processo de administração de medicamentos (AKSU e AKKAŞ,

2019; VALLE et al, 2017). Relacionado a isso, um estudo brasileiro demonstrou que na perspectiva profissional, a realização do processo medicamentoso baseado em procedimento operacional padrão (POP) possibilitava a realização correta dos procedimentos, evitava erros, proporcionava maior segurança para o cliente e funcionário, padronizava e atualizava as técnicas, retirava dúvidas, diminui índice de infecções e garantia boa assistência de enfermagem (GUERRERO et al., 2008).

Com relação aos erros de medicação encontrados, foi possível notar a existência de multicausalidades que influenciam no processo, inferindo melhorar a conscientização sobre os serviços de gerenciamento de risco.

6 CONCLUSÃO

Em síntese, foi observado que a prevalência dos erros estavam relacionados ao preparo/manipulação, paciente errado, via errada e técnica de administração errada. Faz-se necessário fortalecer e estimular as práticas de segurança no exercício profissional. Portanto, estratégias podem facilitar esse processo, tais como: treinamentos regulares para os profissionais sobre as etapas do sistema de medicação, padronização do processo por meio de Procedimentos Operacionais Padrão previsto na literatura e implantação prontuários eletrônicos. O uso dos certos da medicação pela enfermagem é uma estratégia simples para garantir que a medicação seja administrada com segurança, e o profissional de saúde deve verificar a medicação antes, durante e depois de administrada.

Por meio desta pesquisa é possível destacar o quão significativo é a atuação da enfermagem na prevenção de incidentes e no cuidado oferecido ao paciente, resultando em atendimento de qualidade. Acredito que na prática profissional, os documentos relevantes sobre a temática “segurança do paciente” devam ser consultados com mais frequência, bem como a busca pelo aperfeiçoamento profissional.

Logo, espera-se que o estudo ofereça dados de apoio para que novas pesquisas, com metodologias distintas possam ser desenvolvidas, com fins de comparação dos resultados para embasar a construção de intervenções educativas que possam intervir nos fatores causadores dos erros, bem como encontrar maiores evidências com vistas a garantir uma maior segurança e boa qualidade na assistência ao paciente.

REFERÊNCIAS

- AKSU, N.M.; AKKAŞ, M. Where are we in patient safety in the ED in Turkey? **Medicine**. v. 98, n. 41, p. e17569, 2019.
- ALBUQUERQUE, P. M. S. et al. Identificação De Erros Na Dispensação De Medicamentos Em Um Hospital Oncológico. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde**. São Paulo, v. 3 n. 1, p. 15–18, 2012.
- ANDRADE, W.V.; MAIA.; G.V.P.; FARIA, F.M.C.; FERNANDES, M.L.; ROQUETE, F.F.; SILVA, K.R. Comunicação entre gestores e equipes das unidades de pronto atendimento. **Rev. Enferm, UFPE online**. 2019.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim de Farmacovigilância aborda erros de medicação**. 2020.
- BASTIAN, M. S; DA FONSECA, C. D; BARBOSA, D. A. Os desafios da higienização das mãos de profissionais de saúde no pronto-socorro: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 485-499, 2021.
- BLANK, F. S. J et al. A “back to basics” approach to reduce ED medication errors. **Journal of emergency nursing**, v. 37, n. 2, p. 141-147, 2011.
- 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. 41-48, 2003.
- DIAS, J. D. et al. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **Revista mineira de enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 866-880, 2014.
- DUARTE, S. C. M. et al. Adverse events and safety in nursing care. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015.
- FORTE, E. C. N.; MACHADO, F. L.; DE PIRES, D. E. P. A relação da enfermagem com os erros de medicação: uma revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 5, 2016.

FRANÇOLIN, L.; GABRIEL, C. S.; BERNARDES, A.; SILVA, A. E. B. C.; BRITO, M. F. P.; MACHADO, J. P. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Rev Esc Enferm USP**; v. 49, n. 2, p. 277-283, 2015.

FRANCO DA SILVA, E.; DE FAVERI, F.; LORENZINI, L. Error de la medicación en el ejercicio de la enfermería: Una revisión integral. **Enfermería Global**, v. 34, n. 2, p. 338–345, 2014.

GUERRERO, G. P.; BECCARIA, L. M.; TREVIZAN, M. A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 6, 2008.

HILLIN, E.; HICKS, R. W. Medication errors from an emergency room setting: safety solutions for nurses. **Critical Care Nursing Clinics**, v. 22, n. 2, p. 191-196, 2010.

JOHNSON, K. B. et al. Electronic prescribing in pediatrics: toward safer and more effective medication management. **Pediatrics**, v. 131, n. 4, p. e1350-e1356, 2013.

LOPES, C. H. A. F.; CHAVES, E. M. C.; JORGE, M. S. B. Administração de medicamentos: análise da produção científica de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 5, p. 684-688, 2006.

MAROTO, M. M.; CARPINTERO, L. S. Errores en la administración de medicación en un servicio de urgencias: conocer para disminuir el riesgo. **Rev Esp Salud Pública**, v. 92, n. 28, p. e8, 2018.

MENDES, J. R. et al. Tipos e frequência de erros no preparo e na administração de medicamentos endovenosos. **Einstein** (São Paulo), v. 16, n. 3, 2018.

MENDES, K. S.; SILVEIRA, R.C.C. P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto-enfermagem**, 2008, 17.4: 758-764.

MOHER, D. et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. **PLoS Medicine. Public Library of Science**, v. 6, 2007.

OLIVEIRA, B. S. et al. Erros de dose de medicamento em unidade de urgência hospitalar. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. [1-7], 2019.

PEREZ-DIEZ, C. et al. Errores de medicación en un servicio de urgencias hospitalario: estudio de situación para mejorar la seguridad de los pacientes. **Emergencias** (St. Vicenç dels Horts), p. 412-415, 2017.

REIS, U. O. P. et al. Erros no preparo e na administração de medicamentos intravenosos. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, 2020.

RUNCIMAN, W.; HIBBERT, P.; THOMSON, R.; VAN DER SCHAAF, T.; SHERMAN, H.; LEWALL, P. Rumo a uma classificação internacional para a segurança do paciente: conceitos e termos-chave. **Int J Qual Health Care**, v. 21, n. 1, p. 18-20, 2009.

SANTI, T. et al. Sentimentos e condutas de trabalhadores de enfermagem diante do erro de medicação. **Rev. Enferm UFPE** online, 2016.

SANTOS, C. M; PIMENTA, C.A. M; NOBRE, M. R. C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Rev Lat Am Enfermagem.**, v. 15, n. 3, p. 508-511. 2007.

SHITU, Z. et al. Prevalence and characteristics of medication errors at an emergency department of a teaching hospital in Malaysia. **BMC health services research**, v. 20, n. 1, p. 1-7, 2020.

SOUZA L.M.; DA SILVA M.C.S.; ZAVALHIA S.R.; COPPOLA, I.S.; DA ROCHA, B.P. Percepção de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre segurança do paciente. **J. nurs. health**. 2018.

SOUSA, J. B. A.; BRANDÃO, M.J. M.; CARDOSO, A. L. B.; ARCHER, A. R. R.; BELFORT, I. K. P. Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: Desafio na segurança do paciente. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p.6467-6479, 2020.

SOUSA, L. M. M. et al. A Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. **Rev. Investig em Enferm**. 2017.

STILLWELL, S. B. et al. Evidence-based practice, step by step: Searching for the evidence. **Am J Nurs**. v. 110, n. 5, p.41-47. 2010.

URSI, E. S.; GAVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 124-131, 2006.

VAIDOTAS, M. et al. Erros de medicação em unidades de pronto atendimento: prontuário eletrônico, barreira eficaz? **Einstein** (São Paulo), v. 17, n. 4, 2019.

VALLE, M. M. F.; CRUZ, E. D. A.; SANTOS, T. Incidentes com medicamentos em unidade de urgência e emergência: análise documental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017.

VARALLO, F. R. et al. Notificação de incidentes: barreiras e estratégias para promover a cultura de segurança. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018.

VAZIN, A.; ZAMANI, Z.; HATAM, N. Frequency of medication errors in an emergency department of a large teaching hospital in southern Iran. **Drug, healthcare and patient safety**, v. 6, p. 179, 2014.

VILELA, R. P. B.; JERICO, M. C. Medication Errors: Management of the Medication Error Indicator Toward a More Safety Nursing Practice. **Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 1, p. 119–127, 2016.

WEIGL, M. et al. Work conditions, mental workload and patient care quality: a multisource study in the emergency department. **BMJ quality & safety**, v. 25, n. 7, p. 499-508, 2016.

WESTBROOK, J. I. et al. Effects of two commercial electronic prescribing systems on prescribing error rates in hospital in-patients: a before and after study. **PLoS Med**, v. 9, n. 1, p. e1001164, 2012.

World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety: forward programme**. Geneva; 2005.