

ABORDAGENS TEÓRICAS E PRÁTICAS EM PESQUISA

ORGANIZADORA

Jéssica Fernanda Corrêa Cordeiro

ISBN 978-85-7221-556-5

2026

*Ana Paula de Sousa Barberino
Stefânia Evangelista dos Santos Barros
Isaia Larissa Machado Alves
Íris Caliane Coelho de Souza
Bianca Shauane Gonçalves da Silva
Herydiane Rodrigues Correia Wanderley*

**ERRO NO PREPARO
E ADMINISTRAÇÃO
DE MEDICAÇÃO COMETIDOS
PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM
EM AMBIENTE HOSPITALAR**

RESUMO:

No processo de medicação de um paciente, eventos adversos podem acontecer, podendo provocar prejuízos à saúde deste. O Brasil passou a fazer parte, em 2004, da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente criada com o objetivo de adotar medidas de melhoria no atendimento ao paciente. Apesar de se tratar de um processo multi e interdisciplinar, a equipe de enfermagem está diretamente envolvida em algumas etapas do processo, devendo seguir corretamente os itens de verificação para administração segura de medicamentos. O objetivo do trabalho foi identificar e analisar os erros de medicação cometidos pela equipe de enfermagem de um hospital universitário do Vale do São Francisco, bem como as possíveis causas para tais erros. O estudo foi quantitativo-descritivo com a participação de 103 profissionais da equipe de enfermagem. os dados foram coletados em outubro de 2017, com auxílio de um questionário que contemplou os seguintes dados: sexo, faixa etária, categoria profissional, anos de profissão e questões mais específicas sobre o tema proposto pela pesquisa, "Erro no preparo e administração de medicação". O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal do Vale do São Francisco (CEP-UNIVASF), com CAAE 66584817.7.0000.5196. Constatou-se que 32% dos participantes já cometiam ou presenciaram erros no preparo e administração de medicação. O principal erro foi "Diluição errada" (33%), tendo como causa "Muitos pacientes/ Excesso de trabalho" (27%); 95% relatam comunicar o erro, os demais se calam por vergonha ou medo da punição. A principal atitude hospitalar frente ao erro é "Educação do profissional para que o erro não se repita" (43%). Conclui-se que apesar de existir uma política de educação permanente na instituição, o erro é motivo de intimidação, impedindo a notificação, diante disso é fundamental que a instituição desenvolva estratégias não punitivas, mas resolutivas.

Palavras-chaves: erros de medicação; equipe de enfermagem; notificação; segurança do paciente; hospitalais.

INTRODUÇÃO

No processo de medicação de um paciente, eventos adversos podem acontecer, podendo provocar prejuízos à saúde deste. Um comum e importante evento que pode gerar sérios agravos e altos custos para o sistema de saúde, é o erro de medicação, sendo considerado um problema de saúde pública; Nos Estados Unidos notifica um elevado número de óbitos, devido a erros e evento adverso (EA); No Brasil também possui um índice de EA evitável alto (Kalil *et al.*, 2017; Angamo *et al.*, 2019; Reis *et al.*, 2020;).

Segundo a World Health Organization (WHO, 2016)

um erro de medicação é qualquer evento evitável que pode levar ao uso inadequado de medicação, causando danos ao paciente enquanto a medicação está no controle do profissional de saúde, paciente ou consumidor. Tais eventos podem estar relacionados com a prática profissional, produtos de cuidados de saúde, procedimentos e sistemas, incluindo a prescrição, a comunicação de ordem, a rotulagem do produto, a embalagem e a nomenclatura, composição, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso (WHO, 2016).

Todo e qualquer paciente está sujeito a tais erros, mas os hospitalizados, por estarem submetidos a um maior número de procedimentos e utilizarem mais medicações, são geralmente mais acometidos (Maaskant *et al.*, 2015).

Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 20 informa que foram 103.275 incidentes notificados no ano de 2018, sendo 40% sudeste, seguido de 21,3% Nordeste, tendo como principal incidente ocorrido em hospital com 96.110, sendo 60% destes erros no turno diurno, 25.278 incidentes ocorreram em falhas durante a assistência (destes 16.926 foram durante procedimento/tratamento/intervenção); com 498 óbitos notificados por incidentes (Anvisa, 2019).

A equipe de enfermagem é responsável pela determinação de horário, preparo, administração adequada para cada tipo de medicação e monitoramento, evitando assim eventos adversos, interações medicamentosas e principalmente o erro (Gomes *et al.*, 2016). Por se tratar do elo final do processo de administração dos medicamentos, a equipe de enfermagem tende a receber o ônus de qualquer erro que venha acontecer, já que deve estar capacitada para impedir a transição entre um erro previsível para um erro real (Santi *et al.*, 2016).

Vários estudos já foram capazes de identificar os principais fatores que podem acarretar erros de medicação. Eles podem estar associados aos profissionais de saúde (pouca experiência/conhecimento insuficiente/cansaço e estresse), ao ambiente de trabalho (tumulto/excesso de carga de trabalho/ambiente desfavorável/recursos limitados), aos pacientes (complexidade do caso clínico/polifarmácia), aos próprios medicamentos (rótulo e embalagens/nomes dos medicamentos), entre outros (WHO, 2016).

Diante do que foi exposto e da realidade que o país apresentava referente ao atendimento ao paciente, o Brasil passou a fazer parte, em 2004, da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, criada pela Organização Mundial de Saúde, com o objetivo de adotar medidas de melhoria no atendimento ao paciente, bem como melhorar a qualidade dos serviços de saúde (Anvisa, 2017).

Para isso, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em 1º de abril de 2013, por meio da Portaria nº 529, cujo objetivo geral é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. O protocolo instituiu ainda, um Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP) para propor e validar protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diferentes áreas, que abrange práticas adequadas no processo de prescrição, distribuição e dispensação de medicamentos, sua administração, monitoramento e indicador para uma técnica segura (Brasil, 2013).

Apesar de se tratar de um processo multi e interdisciplinar, a equipe de enfermagem está diretamente envolvida em algumas etapas do processo, devendo seguir corretamente os itens de verificação para administração segura de medicamentos, totalizando nove certos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, documentação certa (registro em prontuário), razão (orientação), forma certa (forma farmacêutica e via de administração) e resposta certa. Em caso de evento positivo de erro relacionado à administração de medicamentos, estes devem ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente, pois é através deste ato que a instituição hospitalar poderá descobrir as causas e agir positivamente para que seus índices diminuam, chegando à zero, influenciando, desta forma, para uma cultura de aprendizagem e não de culpabilização e penalização do profissional (Brasil, 2013a; Vilela; Jericó, 2016).

Diante desta realidade descrita acima se faz as seguintes indagações: quais são os possíveis erros de medicação cometidos por uma equipe de enfermagem de um hospital universitário do Vale do São Francisco? Como também quais são suas possíveis causas para tais erros? Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo identificar os erros de medicação cometidos pela equipe de enfermagem de um hospital universitário do Vale do São Francisco, bem como as causas para tais erros.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo-descritivo realizado em um hospital universitário da Universidade do Vale do São Francisco situado na Região Interestadual do Médio Vale do São Francisco, situado no município de Petrolina – PE, que apresenta os serviços de Urgência/Emergência, Clínica Médica, Cirúrgica e Ortopédica, e presta assistência de hospital geral de média e alta complexidade. A equipe de enfermagem de cada setor, do referido hospital é

composta por: Clínica Médica: 12 enfermeiros e 39 técnicos de enfermagem; Clínica Cirúrgica: 11 enfermeiros e 41 técnicos de enfermagem; Clínica Ortopédica: 12 enfermeiros e 29 técnicos de enfermagem e Emergência: 26 enfermeiros e 116 técnicos de enfermagem.

A amostra da pesquisa foi escolhida por conveniência e colhida nos setores citados. Foram incluídos no estudo os profissionais de enfermagem que tinham participação ativa no preparo e administração de medicamentos no momento de coleta de dados, e que também quiseram participar da pesquisa, como também tinham à disponibilidade para responderem aos questionários. Conformemente, foram excluídos aqueles profissionais que não participavam desse processo de administração de medicamentos rotineiramente, como também aqueles que não possuíam disponibilidade. Dos 61 enfermeiros e 225 técnicos de enfermagem que compõem o quadro de profissionais da enfermagem de tais setores, a amostra do estudo foi composta por 21 enfermeiros e 82 técnicos, estes estavam em sua jornada de trabalho. O enfermeiro, na grande maioria das vezes, não está diretamente envolvido no processo de preparo e administração de medicamentos, mas constitui a equipe e responde por ela.

Os dados foram coletados, em outubro de 2017, com auxílio de um questionário semiestruturado fechado composto por perguntas sobre características sociodemográficas e sobre erros no preparo e administração de medicamentos como, por exemplo, se já tinha cometido no seu setor de trabalho; quais tipos de erros; quais fatores podem levar ao erro no preparo e administração; qual a conduta do participante da pesquisa frente ao erro como também da instituição; com opção de escolha da possível ou possíveis respostas, adaptado de dois estudos já realizados e consagrados pela literatura (Carvalho *et al.*, 1999; Praxedes & Telles Filho, 2008;). Foi feito um estudo piloto com aplicação do instrumento no setor de Clínica Médica para avaliação da sua execução, como bem-sucedido seguiu-se para os demais setores do estudo. O questionário foi entregue à cada participante juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE) em duas vias, para que respondesse em um ambiente reservado, e logo depois de respondido devolvido a pesquisadora.

Os dados foram analisados e apresentados em forma de tabelas por meio de números inteiros e porcentagem, discutidos com base na literatura.

Respeitando os aspectos éticos e legais da pesquisa em Seres Humanos, conforme resolução 466/2012, o projeto foi aprovado em 17 de julho de 2017 pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal do Vale do São Francisco (CEP-UNIVASF), sob o parecer de número 2.175.717 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 66584817.7.0000.5196.

RESULTADOS

Dos 103 participantes, 85 (83%) eram do sexo feminino e 18 (17%) do sexo masculino. Quanto à faixa etária, 36 (35%), estavam entre 20 e 30 anos; 40 (39%), entre 31 e 40 anos; 20 (19%), entre 41 e 50 anos; 7 (7%), entre 51 e 60 anos de idade.

Quanto à categoria profissional, 21 (20%) eram enfermeiros e 82 (80%) técnicos de enfermagem, em que 69 (67%) exerciam de 1 a 10 anos de profissão, 23 (22%) 11 a 20 anos, 10 (10%) 21 a 30 anos e 1 (1%) 31 a 40 anos de profissão.

Quando questionado se já cometeu ou presenciou algum tipo de erro no preparo ou administração de medicamentos, 33 (32%) participantes afirmaram já terem cometido ou presenciado e 70 (68%) não cometeram ou presenciaram.

Na tabela 1 são apresentados os tipos de erros de preparo e administração de medicação cometidos ou presenciados na instituição de estudo.

Tabela 1 - Tipos de erros no preparo e administração de medicação, cometidos ou presenciados (perspectiva do profissional). Petrolina (2018)

Tipos de erro	N	%
Medicamento administrado em paciente errado	20	19%
Dose errada	24	24%
Diluição inadequada	34	33%
Via de administração errada	1	1%
Medicamento errado	6	6%
Não avaliação prévia do paciente	6	6%
Não avaliação pós-medicação	11	11%
TOTAL	102	100%

Legenda: N: número total; %: percentual. Fonte: própria autora.

Na tabela 2, é possível visualizar os principais fatores que podem ter levado a ocorrência do erro, segundo os participantes da pesquisa. Vale salientar que cada participante pôde selecionar mais de uma alternativa (tabela 2).

Tabela 2 - Fatores que podem ter levado à ocorrência do erro na (perspectiva do profissional). Petrolina (2018)

Fatores	N	%
Muitos pacientes/ Excesso de trabalho	90	27%
Falta de atenção	57	17%
Pouca experiência/ Conhecimento insuficiente	27	8%
Tumulto/ Ambiente desfavorável	36	10%
Cansaço/ Estresse	51	15%
Prescrição inadequada	60	18%
Falta de recursos físicos	6	2%
Alteração da rotina	9	3%
TOTAL	336	100%

Legenda: N: número total; %: percentual. Fonte: própria autora.

Quando questionada sobre “conduta frente ao erro”, 95% dos participantes comunicam o erro, 2% “se calam” por “medo da punição” e “vergonha”, e 3% preferiram não responder.

Quando questionado ao profissional a atitude da instituição hospitalar frente ao erro, 43% apontam que a “Educação do profissional para que o erro não se repita” é a principal tática, seguida de “Conversa” 29% e apenas 20% dos erros foram notificados. Por mais que “Punição/ Demissão” seja a atitude menos frequentemente adotada pela instituição, correspondendo somente a 8%, tal ação acontece e talvez por isso, o profissional ainda resista comunicar o erro.

DISCUSSÃO

De acordo com a tabela 1, “Diluição inadequada” 34 (33%), seguido de “Dose errada” 24 (24%) destacam-se como os erros mais frequentes no processo de preparo e administração de medicamentos cometidos pela equipe de enfermagem. Apesar de compor as suas atividades diárias, os cálculos e diluições de medicamentos demandam tempo e representam uma tarefa complexa e de responsabilidade legal da equipe multiprofissional (Coren, 2017). Assim, um “erro de dose”, pode ser resultado de uma diluição inadequada, consequente de um cálculo errado. Com isso, o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, preconiza que a farmácia hospitalar disponibilize o maior número de medicamentos prontos para uso, diminuindo a necessidade do cálculo de diluição, evitando assim, o erro de dose (Brasil, 2013a).

Numa revisão de literatura foi visto que 19,6% (variação interquartil: 8,6% a 28,3%) do total de doses administradas em hospitais e outras unidades de saúde. Os tipos de erros de administração mais comuns foram horário errado, omissão e dose errada (Keers *et al.*, 2013).

"Medicamento administrado em paciente errado" terceiro tipo de erro mais frequente, reflete a falta de atenção e cuidado para com o primeiro item de verificação para a administração segura de medicamentos, "Paciente certo". A falha na identificação do paciente pode ocorrer desde a entrada dele no serviço de saúde até o seu atendimento, sendo esta, uma das causas mais comuns de erros no processo de administração de medicação (Anvisa, 2017).

Uma pesquisa portuguesa, com o objetivo de identificar os erros de medicação reportados por enfermeiros dos hospitais da Região Centro de Portugal, revelou que os erros mais relevantes foram "erros de preparação de medicação", seguidos de "erros na administração de medicação" (Vilela; Jericó, 2016).

Apesar da escassez de trabalhos na área que apresentem um panorama geral da situação do Brasil referente à quantidade de erros de medicação, os veículos de comunicação vêm se tornando os meios mais frequentes de conhecimento da população sobre a ocorrência de tais erros. Um trabalho realizado durante o período de 2010 a 2013 buscou analisar os erros de medicação divulgados na mídia brasileira, seus fatores de risco e propor estratégias para gestão preventiva, onde dos 17 erros noticiados, 14 foram classificados como gravíssimos e quanto ao tipo de erro, 64,70% foram erros de via de administração, 35,29% medicamento errado e 29,41% erro de dose (Volpe *et al.*, 2016).

Um estudo realizado no setor de Clínica Médica (cinco hospitais públicos) em regiões do Brasil como Norte, Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste identificou 1.500 erros de medicação relacionados à administração de medicamentos, demonstrando que 30% das doses administradas continham alguma falha. Estes se concentraram em: erro no horário (77,3%), à dose administrada, (14,4%), à via de administração (6,1%), ao uso de medicamento não autorizado (1,7%) e a erro cometido pelo paciente (0,5%). Os erros ocorreram principalmente com medicamentos utilizados por via parenteral (48,5%) e oral (46%) (Reis *et al.* 2010).

Um estudo realizado no Hospital Público de Brasília (2012) demonstrou 416 erros de medicação, sendo mais frequente de administração e preparação, medicamentos sem rótulos aumentaram a chance em 13,72% do erro, interrupções em 3,75 vezes e O cuidado de um maior número de pacientes pelo mesmo profissional aumentou a chance de erro de horário em 8,27 vezes (Volpe *et al.*, 2014).

Com isso, os erros de medicação vêm se tornando um problema de saúde pública em que o primeiro passo para prevenção e controle é determinando as causas para tais erros.

Quanto aos fatores que poderiam contribuir para a ocorrência dos erros de medicação, "Muitos pacientes/Excesso de trabalho", caracteriza-se como fator principal, com 90 (27%) relatos. Um estudo que buscou investigar as causas dos erros de medicação e suas estratégias de prevenção a partir da perspectiva de enfermeiros de um hospital no Irã em 2015, mostrou que as principais causas para os erros de medicação são fadiga, devido à alta carga de trabalho, grande número de pacientes criticamente doentes, ordens danificadas e ilegíveis do médico, baixa proporção de enfermeiros para pacientes e condições ambientais desfavoráveis (Gorgich *et al.*, 2016).

O fator "Prescrição inadequada", relatado por 60 participantes (18%), ocupa a segunda posição. Outro estudo realizado em um hospital da região sul do Brasil buscou analisar por seis meses os erros de 2.687 prescrições, 92,7% apresentaram posologia incompleta, (83,1%) ausência de forma farmacêutica, (70,3%) apresentaram abreviaturas, (63,7%) ausência de idade, (57,1%) ausência de unidade de internação, (38,2%) ausência de concentração, (17,6%) ausência do carimbo do profissional, (16,3%) ausência de leito, (15,8%) presença de código, siglas ou número, (13,2%) ilegibilidade, (12,6%) ausência do número de inscrição no Conselho profissional, (12,2%) presença de rasuras, (7,9%) nome incompleto do paciente, (2,0%) ausência de data, (1,3%) ausência de via de administração e (0,9%) ausência de assinatura do profissional (Jacobsen *et al.*, 2015).

Um estudo de caráter transversal analítico, cujo objetivo foi analisar a associação independente de fatores relacionados às condições de trabalho e o absenteísmo, mostrou que os profissionais se deparam com uma diversidade de problemas no serviço, tais como, remuneração inadequada, ambiente insalubre, número limitado de profissionais, duplas jornadas de trabalho com uma sequência de atividades estressantes e a falta de preocupação com a saúde ocupacional pela maioria das instituições e pelo próprio profissional. Todos esses fatores, além do problema de superlotação no Brasil, constituem-se causas suficientes para que erros técnicos e assistenciais, como os de medicação, venham a ocorrer (Jordão, 2017).

A “Falta de atenção”, com 57 relatos (17%), ocupa o terceiro lugar dentre os fatores que levam a ocorrência do erro, que também pode ser reflexo de toda a problemática enfrentada pela equipe de enfermagem.

Estudos mostram a frequente ligação da enfermagem com os erros de medicação. O “Cansaço/Estresse”, citado em 15% das respostas dos entrevistados, resultante de longas jornadas de trabalho, somadas às demais condições discutidas, pode provocar uma reação em cascata, em que um fator contribui para a ocorrência de outros, levando a erros (Forte *et al.*, 2016).

“Pouca experiência/ Conhecimento insuficiente”, também evidenciado no estudo, é um fator que deve ser utilizado como norte para que a educação permanente e capacitação continuada sejam instrumentos de trabalho a fim de evitar erros de medicação na prática.

Em relação à conduta do profissional frente ao erro foi visto que 95% dos profissionais informam, e apenas 2% “se calam” por “medo da punição” e “vergonha” estes resultados são positivos e demonstra um ambiente favorável para comunicação, vislumbrando tais erros como possibilidades de melhorar o cuidado, construção de estratégias resolutivas e não para culpa, coerção. E isso se confirma

quando se questiona ao profissional a atitude da instituição hospitalar frente ao erro, 43% apontam que a “Educação do profissional para que o erro não se repita” é a principal tática, seguida de “Conversa” 29% e apenas 20% dos erros foram notificados. Agora vale destacar que as notificações dos erros identificados foram baixas, havendo necessidade de sensibilização e educação continuada por parte da administração hospitalar sobre importância de notificar, para assim possibilitar construção de sistemas de saúde seguros.

Um estudo em dois hospitais australianos fora detectado um total de 12.567 erros de prescrição observados em que, 1,2 a cada 1.000 erros foram notificados. Tais erros de prescrição com potencial de causar danos aos pacientes ($n = 539$) foi visto pela equipe dos hospitais numa taxa de 218,9/1.000, mas somente 13/1.000 foram notificados; 78,1% ($n = 421$) dos erros com potencial de causar danos não foram informados (Westbrook *et al.*, 2015).

Segundo o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, propõe que o estabelecimento de saúde deve proporcionar aos profissionais de saúde, anualmente, educação permanente e treinamento em uso seguro de medicamento, devendo possuir também uma política de incentivo à melhoria da segurança do uso de medicamentos, centrado no trabalho em equipe, notificação e ambiente de comunicação aberta e não punitiva (Brasil, 2013a).

O livro *To Err is Human: Building a Safer Health System* apresenta um conjunto de recomendações para melhorar a segurança dos pacientes, em áreas de liderança, melhoramento da coleta, análise de dados e desenvolvimento de sistemas no cuidado direto com o paciente. “Errar é humano”, afirma que o problema não é que as pessoas que prestam o cuidado em saúde sejam ruins, e sim que as pessoas boas estão trabalhando em sistemas ruins que precisam se tornar mais seguros, oferecendo uma receita clara para aumentar o nível de segurança do paciente nos cuidados de saúde (Kohn *et al.*, 2000).

Para alcançar o sucesso na gestão da segurança do paciente é preciso promover condutas adequadas em todos os campos de atuação nos serviços de saúde, além de considerar os incidentes de segurança não simplesmente como problemas, mas como uma oportunidade de melhorar a assistência, redirecionando a atenção da culpabilização profissional para a construção de estratégias resolutivas (Siqueira *et al.*, 2015).

Para que haja qualidade na assistência ao paciente, a farmacovigilância sugere que a notificação seja realizada mesmo que o profissional só suspeite do erro de medicação e/ou reações adversas, bem como problemas relacionados diretamente aos medicamentos, como desvio de qualidade, perda de eficácia, abuso, intoxicações e uso indevido (CVS, 2020).

Apesar de “Punição/ Demissão” seja a atitude menos frequentemente adotada pela instituição, correspondendo a 8%, ainda é um fator que desencadeia uma resistência por parte do profissional para comunicar o erro. Em um estudo de revisão com o objetivo de analisar as publicações nacionais sobre erro de medicação no exercício de enfermagem, nas bases de dados BDEnf, SciELO e LILACS de agosto a dezembro de 2011, evidencia a ocorrência da punição como fator para a subnotificação do erro. Advertência verbal, notificação da ocorrência, advertência escrita e demissão têm sido tomadas como formas de punição, o que provoca sentimento de culpa e inquietações relacionadas à gravidade e às consequências do erro, e podem levar os indivíduos a omitirem-no (Silva *et al.* 2014).

Em geral existe uma grande dificuldade por parte da Agência Nacional de vigilância Sanitária (Anvisa) em obter informações a respeito da qualidade de atenção prestada ao paciente. Outra dificuldade é a ausência de tradição dos profissionais de saúde e dos dirigentes de serviços em notificar a ocorrência de falhas. Ou seja, a dificuldade em obter notificação de reações adversas, agravos e queixas técnicas sobre produtos de saúde, compromete o desempenho da Anvisa,

uma vez que as notificações espontâneas não têm atingido o volume e grau de confiança adequados para a regularização e tomada de decisões frente o problema de erro de medicação (Brasil, 2017).

Com isso, a Rede Sentinel foi criada como forma de sanar essa necessidade da ANVISA em obter informação qualificada, enquanto cria um meio intra-hospitalar favorável ao desenvolvimento de ações de vigilância sanitária em hospitais, onde os critérios de escolhas são hospitais de grande e médio porte, que realiza uma série de procedimentos com participação de tecnologias médicas variadas e complexas, desenvolvendo programas de residência médica, sensibilizados para notificação de eventos adversos e queixas técnicas relacionadas a produtos para a saúde, capacitados para gerenciamento de tecnologias e controle de risco em saúde (Brasil, 2017).

O Sistema Nacional de Notificação para a Vigilância Sanitária (Notivisa), é um sistema informatizado na plataforma web previsto pela portaria nº 1.660, de 22 de julho de 2009, portaria nº 529, de 1 de abril de 2013, do Ministério da Saúde, e RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da Anvisa, desenvolvido com o objetivo de receber notificações de incidentes, eventos adversos e queixas técnicas, relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária, onde as notificações são mantidas sob sigilo. Em caso de necessidade, o Sistema de Notificação entrará em contato com o notificador para esclarecer dúvidas, obter informações ou acompanhar o caso notificado (Brasil, 2017a).

O profissional deve se sentir confiante para que a notificação dos erros de medicação seja uma ação voluntária, e essa confiança deve ser proporcionada pelos serviços. A notificação não deve ser entendida como uma maneira de identificar o culpado e puni-lo, mas uma forma de discernir os erros, bem como suas causas, para que as ações de modificações e melhorias no sistema ocorram, trazendo benefícios e segurança aos pacientes (Dalmolin, 2016). A análise das causas auxilia no reconhecimento das fragilidades da instituição e na

realização de ações preventivas, por meio da revisão do processo de trabalho, da capacitação profissional, da incorporação de recursos tecnológicos e da criação de protocolos (Siqueira *et al.*, 2015).

A limitação da pesquisa se deu por não adesão maciça dos profissionais dos setores de estudo (34% dos enfermeiros e 36% dos técnicos de enfermagem), reduzindo a amostra populacional. E isto se justifica por desconfiança desses referentes à origem e finalidade a pesquisa, bem como a garantia do sigilo, por julgarem ser uma iniciativa da instituição hospitalar preferiram não responder, por medo de uma possível punição, mesmo com todas as orientações iniciais e se deixar claro não se tratar de uma pesquisa da instituição. O trabalho em excesso visualizado pelo pesquisador como também relatado pelos participantes da pesquisa e a falta de interesse foram fatores impeditivos de uma amostra maior.

Como limite também da pesquisa foram as respostas ao instrumento, que podem ter sofrido um viés de informação, visto que se tratava de um tema sensível (erro de medicação), podendo ter tido uma subnotificação dos erros no preparo e administração de medicamentos citados no estudo. Como também viés de memória, podendo passar algum evento adverso anterior, assim como delineamento transversal e em um único hospital, logo não se pode ter um resultado generalizado na região sobre o erro no preparo e administração de medicamentos.

CONCLUSÃO

A condição humana torna-os passíveis ao erro. O erro de medicação é pertinente na realidade da equipe multiprofissional e principalmente à equipe de enfermagem, considerando o envolvimento direto desta classe nesta atividade.

Os principais erros cometidos ou presenciados no preparo e administração de medicamentos cometidos pela equipe de enfermagem foram “diluição errada”, seguido de “dose errada” e “medicamento administrado em paciente errado” tendo como principais motivos “Muitos pacientes/ Excesso de trabalho”, “Prescrição inadequada” e “Falta de atenção”. Isso reflete perfeitamente em causas que já vem sendo discutidas e que precisam ser revistas, pois os erros referentes à medicação configuram-se como percalços na realidade das instituições hospitalares, o que torna fundamental o desenvolvimento de estratégias que abrangem as práticas de educação continuada, para qualificação profissional na área; revisão das condições de trabalho da equipe de enfermagem, o que inclui divisão/carga horária justa de trabalho; construção de protocolos de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos nos serviços de saúde e enfoque no incentivo à notificação voluntária com adoção de uma política não punitiva, a fim de evitar a subnotificação. Essa conjuntura auxilia na promoção de mudanças no panorama do serviço de toda a equipe.

Sobre a conduta do profissional frente ao erro foi visto que a maioria dos participantes informa e apenas uma parcela pequena “se calam” por “medo da punição” e “vergonha”. Em relação à conduta da instituição hospitalar frente ao erro foi visto que “Educação do profissional para que o erro não se repita” é preponderante seguido “Conversa”. Estes dados demonstram abertura do serviço para comunicação dos erros e transmissão de confiança para os profissionais por parte da unidade hospitalar. Desta maneira a informação dos erros cometidos tem a finalidade discernir os erros, bem como suas causas, para que melhorias no sistema ocorram, trazendo benefícios e segurança aos pacientes.

Apesar de existir uma política de educação permanente na instituição e os resultados demonstrarem que muitos profissionais comunicam o erro, ele ainda é motivo de vergonha e admiti-lo ainda é uma atitude difícil, o que impede que muitos profissionais o façam.

Os erros cometidos no processo medicamentoso é uma temática inerente à realidade das instituições hospitalares. Diante disso, é de suma importância o incentivo à realização de trabalhos que busquem a identificação dos erros e a conduta do profissional de saúde frente a estes, buscando reconhecer as causas desses erros para que soluções cabíveis sejam adotadas. Além disso, outro importante passo nesse processo, é que a notificação voluntária do erro de medicação seja adotada pelos profissionais de saúde e incentivada pela instituição, além de adesão de uma política não punitiva por esta última.

Este trabalho possui implicações diretas para segurança do paciente, confiança do profissional e melhoria das condições de trabalho dos setores envolvidos, uma vez que permitirá a reflexão sobre os erros e possibilidades de extinguí-los ou minimizá-los, tornando o ambiente mais seguro para o trabalho, bem como uma assistência de enfermagem livre de danos. Além disso, ainda é capaz de ampliar o escopo de informações no que diz respeito à preservação da segurança do paciente na terapia medicamentosa.

REFERÊNCIAS

AGAMO, Mulugeta Tarekegn; CHALMERS, Leanne; CURTAIN, Colin M.; LUCKE, R. E.; BEREZNICKI, B. L. Adverse Drug-Reaction-Related Hospitalisations in Developed and Developing Countries: A Review of Prevalence and Contributing Factors. **No Title. Drug Saf**, [s. l.], v. 39, n. 9, p. 847-57, 2016.

Agência Nacional de vigilância Sanitária (ANVISA). **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 20**: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde - 2018. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 20. Brasília, GVIMS/GGTES/ANVISA Novembro/2019. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletim-seguranca-do-paciente/boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-n-20-incidentes-relacionados-a-assistencia-a-saude-2018.pdf/view>. Acesso em: 15 jan. 2026.

Agência Nacional de vigilância Sanitária (ANVISA). **Segurança do paciente**. Brasília; 2017. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/apresentacao>. Acesso em 26 jan. 2019.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assistencia+Segura+-+Uma+Reflexao+Teorica+Aplicada+a+Pratica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>. Acesso em: 08 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Sistema Nacional de Notificação para Vigilância Sanitária-NOTIVISA**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 13 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos** [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013a. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>. Acesso em: 13 jul. 2018.

CARVALHO, Viviane Tosta; CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli; CHIERICATO, Cristiane; MIASSO, Al. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem – Ribeirão Preto**, [s. l.], v. 7, n. 5, p. 67-75, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691999000500009&script=sci_abstract&tlang=pt. Acesso em: 25 out. 2016.

Centro de Vigilância Sanitária (CVS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Farmacovigilância**. São Paulo. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/apresentacao.asp?te_codigo=22. Acesso em: 17 jun. 2020.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Uso seguro de medicamentos**: guia para preparo, administração e monitoramento [Internet]. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/uso-seguro-medicamentos.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2018.

Dalmolin, Gabriella Rejane dos Santos. **Notificação e monitoramento de erros de medicação no ambiente hospitalar:** considerações a partir da Bioética Complexa. 128 f. 2016. (Tese) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre, 2016.

FORTE, Elaine Cristina Novatzki; MACHADO, Francele Luz; PIRES, Denise Elvira Pires. A relação da enfermagem com os erros de medicação: uma revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, [s. /], v. 21, n. esp. p. 1-10, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.43324>. Acesso em: 20 abr. 2018.

GOMES, Andréa Tayse de Lima; ASSIS, Yole Matias Silveira; SILVA, Micheline da Fonseca; COSTA, Isabelle Katherinne Fernandes; FEIJÃO, Alexsandra Rodrigues; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira. Erros na administração de medicamentos: evidências e implicações na segurança do paciente. **Cogitare Enferm.**, [s. /], v. 21, n. 3, p. 01-11, jul/set. 2016. Disponível em: 10.5380/ce.v21i3.44472. Acesso em: 21 nov. 2016.

Gorgich, Enam Alhagh Charkhat; Barfroshani, Sanam; Goreishil, Gholamreza; Yaghoobi, Maryam. Investigating the causes of medication errors and strategies to prevention of them from nurses and nursing student viewpoint. **Glob J Health Sci.**, [s. /], v. 8, n. 8, ago. 2016. Disponível em: 10.5539/gjhs.v8n8p220. Acesso em: 20 ago. 2018.

JACOBSEN, Thiely Fernandes; MUSSI, Miriam Moreira; SILVEIRA, Marysabel Pinto Telis. Análise de erros de prescrição em um hospital da região sul do Brasil. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde.**, [s. /], v. 6, n. 3, p. 23-26, jul/set. 2015. Disponível em: <http://www.sbrfhs.org.br/v1/public/artigos/2015060304000800BR.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2018.

JORDÃO, Natália Angélica Fernandes. **Condições de Trabalho e Absenteísmo por Doença entre os Profissionais de Enfermagem da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais.** 87 f. 2017. (Dissertação) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2017.

KEERS, Richard N; WILLIAMS, Steven D.; COOKE, Jonathan; ASHCROFT, Darren M; Prevalence and Nature of Medication Administration Errors in Health Care Settings: A Systematic Review of Direct Observational Evidence. **Ann Pharmacother.**, [s. /], v. 47, n. 2, p. 237-256, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1345/aph.1r147>. Acesso em: 16 jan. 2026.

KHALIL, Hanan; BRIAN, Bell; CHAMBERS, Helen; SHEIKH, Aziz; AVERY, Anthony J. Professional, structural and organisational interventions in primary care for reducing medication errors. **Cochrane Database Syst Rev.**, [s. /], n. 10, out. 2017.

KOHN, Linda T.; CORRIGAN, Janet M.; DONALDSON, Molla S. **Committee on Quality of Health Care in America.** To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academy Press, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/>. Acesso em: 30 jan. 2018.

MAASKANT, Jolanda M; VERMEULEN, Hester; APAMPA, Bugewa; FERNANDO, Bernad; GHALEB, Maisoon A.; NEUBERT, Antje; THAYYUL, Sudhin; SOE, Aung. Interventions for reducing medication errors in children in hospital. **Cochrane Database Syst Rev.**, [s. l.], n. 3, mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006208.pub3>. Acesso em: 31 mar. 2017.

PRAXEDES, Marcus Fernando da Silva; TELES FILHO, Paulo Celso Prado. Identificação de erros no preparo e administração de medicamentos pela equipe de enfermagem e das ações praticadas pela instituição hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, [s. l.], out/dez 2008. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/13110> Acesso em: 30 jan. 2017.

REIS, Adriano Max Moreira *et al.* Errors in medicine administration - profile of medicines: knowing and preventing. **Acta Paul Enferm.** [s. l.], v. 23, n. 2, p. 181-186, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/HLMQ3xZbCjsdKhQbxf3zyjg/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 16 jan. 2026.

REIS, Ubiane Oiticica Porto; PASSOS, Sílvia da Silva Santos; SANTOS, Luciano Marques; REIS, Marcelo Silva; BERHENDS, Jamille Sampaio; MEIRA, Caroline Madeiro. Erro no preparo e administração de medicamentos intravenosos. **Rev. Baiana Enferm.** [s. l.], v. 34, p. e36450, 2020. Disponível em: [10.18471/rbe.v34.36450](https://doi.org/10.18471/rbe.v34.36450). Acesso em: 16 jan. 2026.

SANTI, Tiago; BECK, Carmem Lúcia Colomé; SILVA, Rosângela Marion; AOZANE, Fabiele; MACHADO, Letícia Martins; DONADUZZI, Daiany Saldanha da Silveira. Sentimentos e condutas de trabalhadores de enfermagem diante do erro de medicação. **Rev Enferm UFPE**, on-line, v. 10, n. 11p. 4058-64, nov. 2016. Disponível em: [10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201630](https://doi.org/10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201630). Acesso em: 21 mar. 2017.

SILVA, Eveline Franco; FAVERI, Fabiano; Lorenzini, Elisiane. Erro de medicação no exercício da enfermagem: uma revisão integrativa. **Enferm Glob.** on-line, n. 34, p. 338-45, abr. 2014. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/pt_revision1.pdf. Acesso em: 16 mar. 2018.

SIQUEIRA, Cibele Leite; SILVA, Chayenne de Carvalho; TELES, Jamille Keila Neves; FELDMAN, Liliane Bauer. Gerenciamento de Risco: percepção de enfermeiros em dois hospitais do sul de Minas Gerais, Brasil. **REME rev min enferm.** [s. l.], v. 19, n. 4, p. 919-926, out/dez. 2015. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150071>. Acesso em: 21 maio 2018.

VILELA, Renata Prado Bereta; JERICÓ, Marli de Carvalho. Erro de medicação: gestão do indicador para uma prática mais segura. **Rev Enferm UFPE, on-line**, v. 3, n. 10, p. 63-68, jan. 2016. Disponível em: 10.5205/reuol.8423-73529-1-RV1001201616. Acesso em: 25 abr. 2017.

VOLPE, Cris Renata Grou; AGUIAR, Lucas Barbosa; PINHO, Diana Lucia Moura; STIVAL, Marina Morato; FUNGHERTO, Silvana Schwerz; LIMA, Luciano Ramos. Erros de medicação divulgados na mídia: estratégias de gestão do risco. **Rev Adm Hosp Inov Saúde**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 97-110, nov. 2016. Disponível em: 10.21450/rahis.v13i2.3499. Acesso em: 15 mar. 2018.

VOLPE, Cris Renata Grou; PINHO, Diana Lucia Moura; STIVAL, Marina Morato; KARNIKOWSKI Margo Gomes de Oliveira. Medication errors in a public hospital in Brazil. **Br J Nurs**, [s. l.], v. 23, n. 11, p. 553-559, 2014.

WESTBROOK, Johanna I.; LI, Ling; LEHNBOM, Elin C; BAVSARI, Melissa T.; BRAITHWAITE, Rosemary Burke; CONN, Chris; DAY, Richard O. What are incident reports telling us? A comparative study at two Australian hospitals of medication errors identified at audit, detected by staand reported to an incident system. **Int J Qual Heal Care**, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 1-9, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu098>. Acesso em: 16 jan. 2026.

World Health Organization. **Medication Errors: Technical Series on Safer Primary Care**. Geneva: World Health Organization, 2016. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252274/9789241511643-eng.pdf;jsessionid=FDB1BE2683396D2DA592F947714EBF5E?sequence=1> Acesso em: 31 mar. 2017.

Ana Paula de Sousa Barberino

Enfermeira, Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF),
Petrolina, Pernambuco, Brasil.

E-mail: paulinha_barberino@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4123-7947>

Stefânia Evangelista dos Santos Barros

Enfermeira, Pós-doutorado. Docente do colegiado de Enfermagem da
Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina,
Pernambuco, Brasil.

E-mail: stefaniaevangelistabarros@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6002-3824>

Iasla Larissa Machado Alves

Bacharel em Enfermagem, Universidade Federal do Vale do São Francisco
(UNIVASF), Juazeiro, Bahia, Brasil.

E-mail: iaslalarissa@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6443-4383>

Íris Caliane Coelho de Souza

Bacharel em Enfermagem, Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil.

E-mail: calianeiris@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4011-7428>

Bianca Shauane Gonçalves da Silva

Bacharel em Enfermagem, Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Juazeiro, Bahia, Brasil.

E-mail: bianca_shauane@outlook.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9973-2820>

Herydiane Rodrigues Correia Wanderley

Enfermeira, mestre em ciências da saúde, Universidade Federal do Vale do São (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil.

E-mail: herydiane@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9402-9135>