



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**JÉSSICA ALVES SACRAMENTO DE MORAES**

O SIGNIFICADO DO ERRO NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM  
PEDIATRIA SOB A ÓTICA DE ENFERMEIRAS

SALVADOR  
2021

JÉSSICA ALVES SACRAMENTO DE MORAES

O SIGNIFICADO DO ERRO NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM  
PEDIATRIA SOB A ÓTICA DE ENFERMEIRAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Saúde, na área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, linha de pesquisa “Cuidado na Promoção Saúde, Prevenção, Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos Humanos”.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Climene Laura de Camargo

**Coorientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Carolina Ortiz Whitaker

SALVADOR  
2021

M827 Moraes, Jéssica Alves Sacramento de.

O significado do erro na administração de medicamentos em pediatria sob a ótica de enfermeiras/Jéssica Alves Sacramento de Moraes. – Salvador, 2021.  
69 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Climene Laura de Camargo, Coorientadora:  
Profa. Dra. Maria Carolina Ortiz Whitaker.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de  
Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2021.

Inclui referências e anexos.

1. Erro de medicação. 2. Enfermagem pediátrica. 3. Atendimento de  
enfermagem. 4. Administração de medicamentos. I. Universidade Federal  
da Bahia. II. Título.

CDU 616-083:615.03

## JÉSSICA ALVES SACRAMENTO DE MORAES

### O SIGNIFICADO DO ERRO NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PEDIATRIA SOB A ÓTICA DAS ENFERMEIRAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Saúde, na área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, linha de pesquisa “Cuidado na Promoção Saúde, Prevenção, Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos Humanos”.

**Aprovado em 24 de fevereiro de 2021**

#### BANCA EXAMINADORA



---

CLIMENE LAURA DE CAMARGO

Doutora em Saúde Pública, Universidade de São Paulo  
Universidade Federal da Bahia



---

HANDERSON SILVA SANTOS

Doutor em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia  
Universidade Federal da Bahia



---

MARIA CECILIA LEITE MORAES

Doutora em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública USP  
Centro Universitário Adventista SP



RIDALVA DIAS MARTINS -Titular Externo

Doutora em Biotecnologia em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz  
Universidade Federal da Bahia.

## AGRADECIMENTOS

Não foi fácil chegar até aqui, não foi como eu imaginei, mas olhar para este percurso e saber que jamais estive sozinha é o que me dá certeza que poderei seguir sempre em frente. A palavra de ordem e o maior sentimento vivenciado neste momento é a GRATIDÃO e por isso preciso agradecer

Primeiro a **Deus** pela generosidade que guia o meu caminho, renovando constantemente a minha fé e me apresentando as pessoas necessárias para dar leveza e serenidade para minha vida.

Aos meus pais **Jair e Maricelia** que não mediram esforços para que eu alcançasse este objetivo, ouviram, acolheram, aceitaram e principalmente apoiaram todas as minhas decisões até aqui. Sou grata por todos os ensinamentos e todo suporte que me permite saber que em qualquer circunstância terei sempre um porto seguro e sempre serei acolhida. Vocês são a minha maior referência. Mãe, foi para você e por você.

À minha irmã e grande amiga **Maíle** por todo companheirismo, cumplicidade e cuidado, você será sempre sinônimo de certeza em minha vida, sendo o melhor e maior presente que meus pais poderiam me dar, não importa a circunstância seguiremos sempre pois sabemos que juntas somos mais fortes.

Às minhas tias, **Iolanda e Iraci** e à minha avó **Célia** por serem exemplos de humildade, união e respeito me ensinando que a sabedoria está muito além dos livros, vocês foram e são fundamentais para que eu seja a pessoa que sou.

À minha amiga **Tamily** por todos os momentos de desabafo e escuta, compartilhando momentos de insegurança, dúvidas e conflito. Você ratifica constantemente a necessidade dos amigos para sermos pessoas melhores

À Professora **Climene** por todo carinho e compreensão ao longo de todos esses anos trazendo ensinamentos para além da academia os quais levarei por toda a vida

À professora **Maria Carolina** por todo acolhimento, atenção, parceria e dedicação, agradeço toda paciência e investimento para que eu conseguisse concluir esse momento

À estudante **Victoria**, suas ideias inovadoras, sua disponibilidade e curiosidade é o que me renova, motivando para seguir no propósito de fazer diferente na assistência de enfermagem

Diante de tantas pessoas incríveis sigo com a certeza que é IMPOSSIVEL ser feliz sozinha, para vocês o meu muito obrigada

*Tolerância é a consequência necessária da percepção de que somos pessoas falíveis: Errar é humano, e estamos o tempo todo cometendo erros.*

*(Voltaire)*

## RESUMO

MORAES, Jéssica Alves Sacramento de Moraes. **O significado do erro na administração de medicamentos em pediatria sob a ótica de enfermeiras** 2021. Orientadora: Clímene Laura de Carvalho. 73 fls. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.2021.

A administração de medicamentos é uma ação rotineira durante a assistência à saúde, onde qualquer falha pode resultar em importantes agravos a saúde, sendo um desafio para a população pediátrica. Os enfermeiros assumem papel crucial neste processo, fazendo-se necessário analisar como estes profissionais percebem o erro de medicação. Objetivo: Apreender os significados acerca do erro na administração de medicamentos em pediatria, elaborados por enfermeiras; Descrever os fatores que influenciam na ocorrência de erros de administração de medicamentos em pediatrias; Descrever ações para minimizar o erro na administração de medicamentos em pediatria. Metodologia: Estudo de natureza qualitativa descritiva exploratória norteado pelo Interacionismo Simbólico, realizado em um hospital filantrópico da cidade de Salvador Ba. Participaram 11 enfermeiras A pesquisa obedece às Diretrizes e Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde /Ministério da Saúde. Os dados foram coletados entre julho e novembro de 2020. A apreciação dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo Resultados: Serão apresentados por meio de dois manuscritos. O primeiro intitulado: “Percepção de enfermeiras sobre o erro na administração de medicamentos em pediatria” evidenciou que as enfermeiras significam o erro na administração de medicamentos prevalecendo aspectos relacionado a cultura do medo, punição e culpabilização, as participantes também identificam fatores relacionados a ocorrência de erro bem como ações possíveis para redução de falhas relacionadas a administração de medicamento. O segundo manuscrito, “Ações de enfermeiras para a minimização do erro na administração de medicamentos em pediatria” traz ações instituídas pelas profissionais para redução da ocorrência de erro perpassam por ações, que envolvem mudanças nas rotinas de trabalho e ações de treinamento e capacitação da equipe que está relacionado às demandas institucionais de qualificação profissional pautada na educação permanente em saúde. Conclusão: As enfermeiras percebem o erro considerando aspectos individuais, sendo fundamental o desenvolvimento de atos seguros em todas as etapas do processo da administração de medicamentos. Discutir a ocorrência de erro durante a prestação de cuidados é oportunizar reflexão da prática profissional repensando estratégias para melhoria da qualidade da assistência prestada às crianças hospitalizadas.

**Palavras-chave:** Erro de Medicação. Enfermagem pediátrica. Conhecimento. Atendimento de Enfermagem

## ABSTRACT

MORAES, Jéssica Alves Sacramento de Moraes. **The meaning of the error in the administration of medicines in pediatrics from the nurses' perspective.** 2021. Thesis advisor: Climene Laura de Carvalho. 73 fl. Thesis (Master's in Nursing and Health). School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador. 2021.

The administration of medications is a routine action during health care, where any failure can result in significant health problems, being a challenge for the pediatric population. Nurses play a crucial role in this process, making it necessary to analyze how these professionals perceive the medication error. **Objetivo:** Apreender os significados acerca do erro na administração de medicamentos em pediatria, elaborados por enfermeiras; Descrever os fatores que influenciam na ocorrência de erros de administração de medicamentos em pediatrias; Descrever ações para minimizar o erro na administração de medicamentos em pediatria. **Methodology:** A qualitative descriptive exploratory study guided by Symbolic Interactionism was conducted in a philanthropic hospital in the city of Salvador, Bahia. Participated 11 nurses The research complies with the Guidelines and Standards for Research Involving Human Beings of Resolution 466/2012 of the National Health Council /Ministry of Health. Data were collected between July and November 2020. The appreciation of the data was performed from the content analysis **Results:** They will be presented by means of two manuscripts. The first one entitled: "Perception of nurses about the error in medication administration in pediatrics" showed that nurses mean the error in medication administration prevailing aspects related to the culture of fear, punishment and blame, the participants also identify factors related to the occurrence of error as well as possible actions to reduce failures related to medication administration. The second manuscript, "Nurses' actions to minimize the error in the administration of medications in pediatrics" brings actions instituted by professionals to reduce the occurrence of error through actions that involve changes in work routines and training and qualification actions of the team, which is related to the institutional demands for professional qualification based on continuing education in health. **Conclusion:** Nurses perceive the error considering individual aspects, being fundamental the development of safe acts in all stages of the drug administration process. Discussing the occurrence of error during the provision of care is an opportunity to reflect on the professional practice, rethinking strategies to improve the quality of care provided to hospitalized children.

**Keywords:** Medication Errors. Pediatric Nursing. Knowledge. Nursing Care



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BA - Bahia

CONANDA - Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente

CTI - Centro de Terapia Intensiva

EA - Eventos Adversos

EAMs - Eventos Adversos relacionados a Medicamentos

Enf - Enfermeira

EPS - Educação Permanente em Saúde

HC - Hospital da Criança

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

SINITOX - Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA .....	15
2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO.....	15
2.2 ERRO EM SAÚDE E SUAS CONCEPÇÕES .....	16
2.3 O PAPEL DA ENFERMAGEM: NA SEGURANÇA DO PACIENTE INFANTIL E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO .....	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	22
3.1 INTERACIONISMO SIMBÓLICO.....	22
4 CAMINHO METODOLÓGICO .....	25
4.1 DESENHO DO ESTUDO .....	25
4.2 CAMPO DO ESTUDO .....	26
4.3 POPULAÇÃO A SER ESTUDADA .....	26
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	26
4.5 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO.....	27
4.6 COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	28
5 RESULTADOS.....	30
5.1 MANUSCRITO I: SIGNIFICADO DO ERRO NA MEDICAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PEDIATRIA PARA ENFERMEIRAS.....	30
5.2 MANUSCRITO II: POSSIBILIDADES DE MELHORIAS PARA REDUÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ERROS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PEDIATRIA.....	44
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS .....	57
APÊNDICE A .....	61
APÊNDICE B.....	64
ANEXO A .....	65

## 1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento das ciências da saúde no mundo resultou em maior complexidade da assistência direcionada às diversas doenças, sendo necessário o aumento de recursos tecnológicos para manutenção do cuidado bem como desenvolvimento da indústria farmacêutica resultando em progressivo do arsenal medicamentoso. Apesar de tantos avanços técnicos e científicos, os modelos de assistência e seus símbolos tornaram-se foco de todos os atores envolvidos neste processo, fazendo emergir a necessidade de práticas seguras relacionadas a assistência à saúde.

O risco de ocorrência de falhas durante a assistência à saúde é um processo patente e real entre profissionais de saúde, especialmente no âmbito hospitalar. No entanto, as falhas durante a prestação de cuidados perpassam entre elementos intrínsecos e extrínsecos da assistência na dinâmica hospitalar, onde a ação direta ao cliente precisa ser discutida de forma ampla e abrangente visto a possibilidade de acontecimento erro com qualquer indivíduo em alguma etapa do itinerário do cuidado, como afirma:

Nas diversas profissões da área de saúde, o erro humano pode acontecer em decorrência de fatores isolados ou de múltiplos fatores associados, quer sejam inerentes ao próprio paciente de ordem institucional, financeira e de recursos estruturais, como planta física, materiais ou equipamentos, além dos fatores humanos, como a falta de conhecimentos e habilidades. (YOSHIKAWA *et al.*, 2013)

A busca por avanços nos modelos de prestação de cuidados transcorre pela ação inicial de reconhecimento de possibilidade de falhas, sendo necessário considerar as possíveis fragilidades oriundas do processo de trabalho em saúde como apresenta Charles Vicent (2009), onde o autor discorre que todos os locais onde há prestação de serviços de saúde, são passíveis a ocorrência de erros, sendo que os fatores causais, as consequências e as formas de prevenção podem sofrer variações

O erro é um conceito socialmente disseminado e passível de interpretações pessoais e sociais a partir do sentido que esta falha tem para o ser humano, entretanto erro relacionado a assistência à saúde ganha destaque a partir da divulgação do relatório *Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro* publicado em 2000 pelo Institute of Medicine dos Estados Unidos da América. Neste documento os autores apresentam que 44.000 a 98.000 americanos morriam em hospitais a cada ano como resultado de erros evitáveis (IOM, 2000). As mortes relacionadas exclusivamente a erros na administração de medicamentos são

apresentadas neste documento como 7.000 óbitos ao ano. A partir desta divulgação houve um movimento em escala mundial para discussões de novas modalidades de assistência relacionadas a Segurança do Paciente.

A mudança nos modelos de assistência e cuidado em saúde é um processo dinâmico que adquire novos significados de acordo com o sentido derivado ou originado das interações sociais e das definições discutidas e disseminadas na sociedade relacionados ao cuidado no ambiente hospitalar. Pensar a redução da ocorrência de falhas no âmbito hospitalar é promover segurança na dinâmica do cuidado.

A terapia medicamentosa consiste na forma mais comum de intervenção para o cuidado à saúde (BELELA; PEDREIRA; PERTELINI, 2011). O uso de medicamentos nas suas diversas vias de administração é um recurso terapêutico frequentemente utilizado em pacientes hospitalizados que requer conhecimento técnico científico e habilidades dos sujeitos envolvidos neste processo.

A administração de medicamentos é uma ação rotineira durante a assistência à saúde na unidade hospitalar, onde qualquer falha durante este processo pode resultar em importantes agravos à saúde do paciente comprometendo o processo de cuidado. Para melhor compreensão destas falhas é necessário a compreensão dos conceitos de erro relacionado a assistência e a eventos adversos.

De acordo com o Instituto de Medicina dos Estados Unidos (2000) erro é definido como o fracasso de uma ação planejada para ser concluída conforme pretendido (ou seja, erro de execução) ou o uso de um plano errado para atingir um objetivo (ou seja, erro de planejamento), enquanto o evento adverso é definido como uma lesão causada pelo tratamento médico, e não pela doença ou condição subjacente do paciente. Nem todos, mas uma proporção considerável de eventos adversos é resultado de erros. Em suma é possível entender erro como qualquer falha no processo de assistência enquanto que o evento adverso advém de um dano gerado ao paciente podendo este apresentar uma consequência mínima ou um fato grave resultando em morte.

A ocorrência de eventos adversos durante a prestação de assistência à saúde apresenta caráter multicausal, sendo necessário a compreensão de todo o processo que predispõe a ocorrência de erro. Corroborando com este pensar, diversos teóricos como Charles Vincent, Sidney Dekker e James Reason versam sobre uma “nova perspectiva” do Erro Humano.

Charles Vincent (2009) em seu livro *Segurança do Paciente: Orientações para evitar eventos adversos*, discorre que em qualquer cenário de tratamento para a saúde há possibilidade de ocorrência. Considera que nem todo erro é causado de forma simples, e a maior parte das falhas é resultante de uma cadeia de eventos e da concatenação de circunstâncias.

Sidney Dekker (2002), em sua obra *A Reinvenção do Erro humano*, afirma que o erro humano é um sintoma de problemas mais profundos do sistema onde a segurança não é inerente ao mesmo. O erro humano está sistematicamente conectado aos recursos das ferramentas, tarefas e ambiente operacional das pessoas.

Segundo James Reason (2000), modelos e gerenciamento voltados para a resolução de problemas e otimização da assistência apresentam uma nova configuração e compreensão do erro humano para além do caráter punitivo, especialmente na área de saúde, considerando sua complexidade, dinâmica e multicausalidade.

O número ascendente de pesquisas e dados epidemiológicos demonstra que erros de medicação estão presentes em diferentes cenários da assistência à saúde (VILELA; JERICÓ, 2019).

Pesquisas sobre erros de medicação identificadas em diferentes bases de dados nacionais e internacionais, aproximadamente 8% referem-se à população pediátrica (BELELA; PEDREIRA; PERTELINI, 2011), reforçando a necessidade de atenção e discussão sobre a ocorrência de erros na assistência de enfermagem às crianças.

A prática segura relacionada a administração de medicamentos, é um desafio patente para a população pediátrica visto as especificidades apresentadas por essa faixa etária. Segundo Souza (2018), um dos fatores que possibilita o erro neste perfil de paciente é a indisponibilidade de formas farmacêuticas adequadas no mercado. Cabe salientar que cerca de 80% dos fármacos destinados para uso em adultos são comercializados para administração em crianças, incluindo recém-nascidos. A indisponibilidade farmacêutica de drogas específicas para a população pediátrica acarreta a necessidade de cálculos individualizados da dose baseado na idade, peso e superfície corpórea.

A combinação desses fatores, predispõe a população infantil a maior vulnerabilidade frente a ocorrência de erro de medicamentos considerando suas especificidades que ainda incluem múltiplas operações matemáticas em várias fases do processo de medicação, como prescrição, dispensação, preparo, administração e monitorização (LIMA, RIBEIRO, 2017).

Diante da complexidade que envolve o processo de medicação, é necessária a aplicação de vários princípios científicos que fundamentem a ação da equipe de enfermagem, como forma de prevenir e reduzir erros (NASCIMENTO, FREITAS e OLIVEIRA, 2016).

O conhecimento e atribuição de significados para as ações rotineiras do processo de trabalho das enfermeiras perpassam pelas experiências vivenciadas por elas bem como pelas interações sociais experienciadas por estes sujeitos ao longo da sua dinâmica laboral.

A equipe de enfermagem é a principal responsável pelo preparo de soluções e administração de medicamentos sendo esta, uma atividade rotineira em sua assistência às crianças hospitalizadas. O processo de trabalho da equipe de enfermagem apresenta especificidades que permite a estes profissionais mais tempo de contato com os pacientes.

A enfermagem compõe 60% do quantitativo de profissionais atuantes no ambiente hospitalar, e os enfermeiros são os responsáveis pela liderança dessa equipe para garantia do cuidado seguro, onde o entendimento dessa profissão sobre erro é fundamental para bons resultados na assistência ao paciente. Reconhecendo a relevância desta categoria e seu importante papel nas diferentes fases da administração de medicamentos, trazemos como pergunta norteadora deste estudo: Qual o significado do erro na administração de medicamento em pediatria para enfermeiros?

Considerando estas particularidades inerentes a profissão dos enfermeiros, e a vulnerabilidade da população pediátrica para ocorrência de erros relacionado ao uso de medicamentos, este estudo justifica-se na medida em que ponderamos que os enfermeiros assumem papel crucial para a administração segura de medicamentos, fazendo-se necessário analisar o significado destes profissionais relacionados ao erro de medicação em pediatria com vistas a fornecer elementos que embasem práticas mais seguras ao público infantil.

Diante do exposto, o estudo apresenta como objetivos:

Apreender os significados acerca do erro na administração de medicamentos em pediatria, por enfermeiras; identificar, na visão das enfermeiras, os fatores que influenciam na ocorrência de erros de administração de medicamentos em pediatrias; descrever ações para minimizar o erro na administração de medicamentos em pediatria, propostas por enfermeiras.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO

Mundialmente, milhões de pessoas sofrem danos decorrentes das práticas de saúde inseguras que, por vezes, podem ser fatais. Estimativas do relatório *To err is human: building a safer health care system*, divulgado no ano 2000, revelaram a magnitude do problema, ao destacar que um em cada dez pacientes foi vítima de um erro durante sua hospitalização. Tal panorama gerou grandes preocupações na busca de maior segurança aos pacientes (SOUZA, 2015).

Gomes *et al.* (2016) apresentam que o número de mortes decorrentes de erros durante a assistência à saúde é maior que as relacionadas aos acidentes de automóvel, câncer de mama e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida combinados.

No ano de 2004, a Organização Mundial da Saúde instituiu a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, um programa cujo princípio básico consiste em estabelecer assistência à saúde segura, a partir do desenvolvimento de políticas públicas por parte dos Estados membros (GOMES *et al.*, 2016).

As questões associadas à segurança do paciente constituem um problema de saúde em todo o mundo. Nesse sentido, os riscos e a ocorrência de eventos que provocam danos ao paciente têm aumentado em todos os ambientes, em especial em âmbito hospitalar. Nas últimas décadas, nota-se uma preocupação em torno das políticas para a melhoria da qualidade assistencial, e a problemática que envolve os riscos à segurança do paciente se torna tema de vários estudos no sistema de saúde (SILVA *et al.*, 2016).

Com a mobilização mundial para o desenvolvimento de boas práticas na assistência à saúde, o cuidado seguro foi uma das temáticas mais discutidas na atualidade onde o direito e o cuidado de excelência são uma necessidade de todas as instituições de saúde. Convergindo para a proposta mundial o Estado brasileiro também estrutura políticas públicas que atendam, em sua totalidade, as novas formas de pensar o cuidado em saúde.

O termo **Segurança do Paciente** (SP) foi definido pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, como a “redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde”. Este dano diz respeito ao comprometimento de estruturas ou funções do organismo humano, seja físico, social ou psicológico (GOMES *et al.*, 2016).

No Brasil, para a efetivação das metas estabelecidas, iniciou-se monitorização de eventos adversos em 192 hospitais da Rede Sentinela, uma estratégia criada pela Vigilância Sanitária, que passou a funcionar como observatório nos serviços para o gerenciamento de riscos à saúde. Ademais, em 2013, instituiu-se o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde no território nacional, para implantar protocolos, núcleos de segurança dos pacientes e notificação de eventos adversos (EA) (SILVA *et al.*, 2016).

Neste contexto foram desenvolvidos seis protocolos de segurança do paciente, que foram criados a partir dos eventos de maior incidência na prestação de cuidados no ambiente hospitalar, são eles: 1- identificação do paciente; 2- comunicação efetiva entre os profissionais de saúde; 3- segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; 4- cirurgia segura; 5- higienização das mãos; 6- minimização de risco de quedas e úlceras por pressão.

Atualmente, a administração incorreta de medicamentos constitui um grave problema nos serviços de saúde, sendo considerado um dos principais efeitos adversos sofridos por pacientes hospitalizados (GALIZA, *et al.*, 2014).

A incidência de Eventos Adversos relacionados a medicamentos em alguns estudos internacionais foi muito próxima das ocorridas no Brasil. Os óbitos relacionados a erros de medicação perfazem cerca de 7.000 ao ano. No Brasil, segundo o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sintox), os medicamentos ocupam o primeiro lugar entre os agentes causadores de intoxicações nos seres humanos e o segundo lugar nos registros de mortes por intoxicação. No Rio de Janeiro, dois importantes estudos identificaram a ocorrência de EAMs, com frequências entre 5,5% e 15,6% (SANTOS *et al.*, 2014).

## 2.2 ERRO EM SAÚDE E SUAS CONCEPÇÕES

O erro é um ato não intencional e próprio da condição de seres humanos, produto das circunstâncias em que as ações planejadas não alcançam o resultado desejado (SANTOS *et al.*, 2018). Sendo assim, a ocorrência de erros é natural e inerente da condição humana sendo mais acentuado quando se relaciona aos aspectos profissionais.

A possibilidade de cometer erros está presente em qualquer profissão, no entanto, em certos contextos, os danos causados podem ser reversíveis, enquanto em outros, principalmente no campo da saúde, alguns enganos podem levar a lesões graves ou até mesmo à morte (LIMA; RIBEIRO, 2017).



O erro humano é definido pela Classificação Internacional para Segurança do Paciente como uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto. Erros são, por definição, não-intencionais. Desta forma, situações em que ocorrem erros ou falhas são denominadas incidentes, que podem, ou não, provocar danos ao paciente (eventos adversos, cf. MORAES *et al.* 2020).

Durante muitos anos os erros no âmbito profissional foram vistos como culpa e responsabilidade do trabalhador, prevalecendo aspectos individuais e pessoais valendo-se da culpabilização e cultura do medo. Entretanto alguns autores apresentam entendimentos diferentes dos tradicionais sobre o erro no ambiente de trabalho.

Em contraste com essas visões tradicionais, outros modelos de análise e novas concepções em torno dos acidentes surgiram nesse campo de estudos. A noção de acidente organizacional, desenvolvida inicialmente por Reason (2000), propõe que as origens dos comportamentos devem ser buscadas em circunstâncias materiais e sociais, envolvendo todo o contexto no qual esses comportamentos ocorrem (LIMA; RIBEIRO, 2017).

James Reason, professor de psicologia da Universidade de Manchester, Reino Unido, propôs um modelo que se conforma em um paradigma voltado para a análise de eventos envolvendo a Segurança do Paciente (GOMES *et al.*, 2016).

De acordo com sua obra, *Human error: models and management*, publicada no ano 2000, os erros humanos podem ser estudados sob dois pontos de vista: aproximação pessoal e aproximação do sistema, cada qual possuindo um modelo próprio de causa dos erros, e conseqüentemente cada um apresenta uma filosofia diferente de gerenciamento (CORREIA; JUNIOR, 2007).

O mesmo autor assume que a aproximação pessoal foca em atos inseguros erros e violações de procedimentos, neste método incluem medidas disciplinares, ameaça de litígio, reciclagem de treinamento, nomeando e envergonhando os culpados. Os seguidores desta teoria tratam o erro como um papel moral, assumindo que coisas ruins acontecem com pessoas ruins.

Já a aproximação por sistema entende que os humanos costumam falhar e os erros são esperados mesmo nas melhores organizações. Os erros são considerados como conseqüências e não como causas, tendo suas origens nem tanto na natureza perversa do ser humano, mas em fatores sistêmicos que estão acima destes. As medidas de segurança baseiam-se no fato de que não podemos mudar a natureza humana, mas sim as condições sob as quais os seres humanos trabalham (CORREIA; JUNIOR, 2007).

Outro autor que versa de forma contundente sobre o erro em saúde apresentando o entendimento claro sobre a segurança do paciente e do trabalhador é Charles Vicent.

Charles Vincent é um psicólogo do Reino Unido estudioso e especializado em segurança do paciente, tendo publicado diversas obras renomadas sobre a temática em questão. O pensamento deste autor apresenta que todos os locais onde há prestação de serviços de saúde, são passíveis a ocorrência de erros, sendo que as causas, consequências e forma de prevenção podem sofrer variações.

Para Vincent, a maior parte dos erros acontecem devido a uma cadeia de eventos, sendo assim, para uma compreensão completa do acontecimento, há necessidade de uma análise sobre segurança tanto na abordagem individual, quanto sistêmica. O estudioso também aponta que a cultura institucional e as estratégias de liderança são elementos determinantes para a segurança do paciente. Sob influência do Modelo Organizacional Causal de Acidentes, proposto por James Reason, Vincent, com a colaboração de Sally Taylor Adams, elaborou em 2004 o Protocolo de Londres.

O Protocolo de Londres visa a possibilitar que os processos de análises de incidentes sejam realizados através de uma perspectiva estruturada, sistemática e reflexiva, à medida em que organiza de forma eficiente as etapas da investigação contribuindo diretamente para qualidade dos dados coletados e conseqüentemente para identificação de fatores que propiciam condições ou até mesmo induzem ao erro

O terceiro autor que aborda de forma significativa novas concepções de erro em âmbito profissional é o estudioso Sidney Dekker. Sidney Dekker é professor da Universidade de Brisbane na Austrália e escritor de obras renomadas sobre erros humanos e falhas sistêmicas. No que diz respeito à sua concepção sobre erros humanos, Dekker acredita que esses acontecem devido a causas estruturais, não pessoais, portanto, devem ser analisados por uma perspectiva sistêmica, fazendo-se necessário compreender o contexto no qual os profissionais estão inseridos.

A abordagem sistêmica relaciona a ocorrência de eventos adversos às deficiências existentes nos sistemas de prestação de cuidados de saúde, seja em suas estruturas ou seus processos de trabalho. A ideia é que, na grande maioria dos casos em que ocorre um erro ou incidente de segurança, conta-se com profissionais competentes e cuidadosos trabalhando em sistemas complexos e caóticos (REIS, 2019).

Mais uma vez, o entendimento da complexidade que envolve o erro nas organizações é apresentado por Reis (2019), a partir das ideias trazidas por Dekker. A abordagem sistêmica impulsiona o foco para a melhoria do desempenho organizacional e promoção de uma cultura

não punitiva, que encoraja o profissional a reconhecer e notificar/relatar os incidentes de segurança.

A abordagem sistêmica sustenta que tanto a falha como o sucesso são produtos multifatoriais. Logo, se algo é bem-sucedido na organização, não é provável que seja por mérito individual. Da mesma forma, quando ocorre uma falha, ela não se deve a uma deficiência individual (REIS, 2019).

Dekker, em suas obras, apresenta o conceito de “Cultura Justa”, a qual seria caracterizada pela existência de um ambiente de trabalho onde as notificações dos erros são tratadas com justiça, ou seja, o objetivo não deve ser desencadear uma busca por responsáveis visando a punição, mas estimular a análise e correção dos eventos que levaram ao erro.

A cultura justa caracteriza-se por uma cultura de confiança, aprendizagem e responsabilidade. Ela é particularmente importante, mediante a ocorrência de um incidente, quando alguma coisa não resulta bem e deve nortear como responder às pessoas envolvidas no incidente (pacientes, familiares e profissionais), bem como minimizar os impactos negativos e maximizar o aprendizado (DEKKER, 2016).

Dekker acredita ainda que um incidente não deve ser visto como falha, mas como uma oportunidade para aprendizagem coletiva, fazendo-se necessário o fornecimento de treinamento sobre a importância da notificação para cultura de segurança e aprendizagem.

### 2.3 O PAPEL DA ENFERMAGEM: NA SEGURANÇA DO PACIENTE INFANTIL E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO

A possibilidade de cometer erros está presente em qualquer profissão, no entanto, em certos contextos, os danos causados podem ser reversíveis, enquanto em outros, principalmente no campo da saúde, alguns enganos podem levar a lesões graves ou até mesmo à morte (LIMA, RIBEIRO, 2017).

Corroborando para a ideia da grande relevância dos erros na área da saúde, Wegner *et al.* (2017) afirmam que as organizações e os profissionais de saúde vêm debatendo os erros na assistência à saúde há mais de uma década, a partir da publicação do Relatório *Errar é Humano*, que desencadeou uma mobilização mundial a favor da promoção da segurança e prevenção de eventos adversos na atenção à saúde.

No Brasil, o enfermeiro é o profissional responsável pelo processo de administração de medicamentos, constituindo-se no líder da equipe de Enfermagem e assumindo papel

fundamental tanto no cuidado ao paciente que se encontra em terapia medicamentosa quanto na disseminação do conhecimento acerca desta prática para a equipe (MOTA *et al.*, 2016).

A administração de medicamentos é uma das atividades mais importantes realizadas pela equipe de enfermagem e se ajusta em várias ordens de cuidado prestado no tratamento de doenças. Pode ter efeitos de prevenção, diagnóstico, cura, alívio de sintomas e outros. Sendo assim, é fundamental o conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde para que possam oferecer um serviço de boa qualidade e com segurança para o cliente (NASCIMENTO, FREITAS, OLIVEIRA, 2016).

A administração de medicamentos, como prática recorrente no processo de cuidar da enfermagem, requer a produção e utilização de conhecimentos científicos, visto que é a equipe de enfermagem a responsável pela preparação e administração dos medicamentos e pelos efeitos sobre o paciente. Essa prática está amparada pelo decreto n° 94.406/87, que regula a lei do exercício profissional da enfermagem no Brasil. Segundo este decreto, a administração de medicamentos é responsabilidade do enfermeiro, mesmo que seja executada por outro integrante da equipe de enfermagem (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

A medicação é um processo rotineiro para os profissionais de enfermagem que trabalham com crianças hospitalizadas. No entanto, um erro na execução desta tarefa pode apresentar danos irreparáveis para o paciente e sua família. Mesmo sendo um evento complexo e multicausal a falha na administração de medicamentos reflete diretamente a fragilidade na qualidade da assistência de enfermagem a nível hospitalar.

Quando os erros de enfermagem ou eventos adversos que envolvem a equipe de enfermagem ocasionam lesões graves ou óbito do paciente, estes têm grande repercussão na mídia e nas redes sociais (FORTE, PIRES, MARTINS, 2016). Muitas são as formas de exposição da equipe de enfermagem frente ao erro de medicamentos, no entanto faz necessária a compreensão da complexidade e multicausalidade que envolve o processo de erro de medicamentos, no que tange as competências da equipe de enfermagem.

Finalmente, essa prevalência de eventos adversos nesse setor poderia ser ocasionada pela considerável sobrecarga de trabalho imposta, de modo geral, à equipe de enfermagem de pediatria dos hospitais, levando-a a grande número de pacientes com graus variados de patologias. Fala-se, portanto, do estresse diário ao qual esse profissional é submetido (LIMA, RIBEIRO, 2017).

Como apresentado no decreto de lei n° 94.406/87 que dispõe sobre a lei do exercício profissional em enfermagem e dá outras providências, em seu artigo 8 que versa sobre a incumbência privativa do enfermeiro aparece a organização e direção dos serviços de

Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; bem como no inciso II aparece a participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de Enfermagem (Conselho Federal de Enfermagem).

Cientes dessas responsabilidades firmadas na lei profissional é necessário o desenvolvimento destas atribuições desde o processo de formação dos profissionais visto que estas competências devem ser desenvolvidas de forma gradual, onde ao final do curso o estudante deve estar apto para desenvolver essas atribuições em sua totalidade.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

#### 3.1 INTERACIONISMO SIMBÓLICO

O interacionismo simbólico, cunhada no período de 1893 a 1931 na Universidade de Chicago, é um referencial metodológico que apresenta matriz teórica no ramo da Psicologia, e teve como precursores Herbert Blumer e George Hebert Mead.

Mead era originalmente psicólogo, e sua obra de influência determinante para as teorias interacionistas foi “*A mente, o sujeito e a sociedade*”. Tradicionalmente, a psicologia era identificada com o estudo da psique individual, e Mead, nessa obra, apontou a influência de um fator comumente desprezado pelas escolas psicológicas na formação do indivíduo, a sociedade (FONTES, 2011).

Crítico do cartesianismo, a sociedade para Mead é uma precondição para o self, para a ciência e para o conhecimento; o significado de qualquer pensamento é fundado na relação do indivíduo com o ‘outro generalizado’. Logo, compreender o processo e o lugar social onde se encaixa o pensamento é fundamental para a análise do mesmo (CORREA, 2017).

Para Mead, o homem está envolvido num processo de comunicação constante que se dá por meio de símbolos mutáveis, construídos e compartilhados pelos indivíduos (FONTES, 2011). É possível compreender que as pessoas atribuem significado a um determinado símbolo.

Herbert Blumer, foi um discípulo de Mead sendo o principal difusor da tradição interacionista no socialismo. Este apresentava seu pensamento que o mundo empírico existia enquanto algo passível de observação, estudo e análise, sempre atento para o fato de que os seres humanos agem em situações sociais, orientados por disposições subjetivas (CORREA, 2017).

O Interacionismo Simbólico começa a se delinear entre os anos de 1930 a 1940. O nome dessa linha de pesquisa sociopsicológica e sociológica foi cunhado em 1937 por Herbert Blumer que estabeleceu os pressupostos da abordagem interacionista (CARVALHO; BORGES; REGO, 2010).

O Interacionismo Simbólico tem seus fundamentos em três premissas: 1- o ser humano age em relação as coisas com base nos sentidos que tais coisas têm para eles; 2- o sentido das coisas é derivado ou se origina, da interação social que o indivíduo estabelece com os outros; 3- estes sentidos são manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pela pessoa ao lidar com as coisas e situações que ela encontra (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

A abordagem proposta pelo Interacionismo Simbólico, resumidamente, propõe: 1) que se observe sempre os processos, como surgem os grupos, a sociedade etc., pois nada é fixo e estático; 2) que se busque os significados, os símbolos e as linguagens que engendram a vida social e 3) que se investigue as interações e as interconexões, pois essa é a melhor visão que se pode ter do indivíduo, que está sempre em interação (CORREA, 2017).

O Interacionismo Simbólico possibilita a compreensão do modo como os indivíduos interpretam os objetos e as outras pessoas com as quais interagem e como tal processo conduz o comportamento individual em situações específicas (CARVALHO; BORGES; REGO, 2010).

As pessoas agem, individual e coletivamente, de acordo com os significados que dão aos objetos que compõe o seu mundo. A pesquisa deve perseguir esses significados para entender a ação, deve ver o mundo do ponto de vista daquele que estuda, o que requer a habilidade de se colocar no lugar dos outros (CORREA, 2017).

Para os interacionistas simbólicos, o significado é um dos mais importantes elementos na compreensão do comportamento humano, das interações e dos processos (CARVALHO; BORGES; REGO, 2010). O significado é desenvolvido de acordo com as experiências apresentadas pelos indivíduos.

A partir do entendimento sobre o objetivo proposto por este referencial teórico avalia-se que o interacionismo simbólico é, potencialmente, uma das abordagens mais adequadas para analisar processos de socialização e ressocialização e também para o estudo de mobilização de mudanças de opiniões, comportamentos, expectativas e exigências sociais (CARVALHO; BORGES; REGO, 2010).

O interacionismo simbólico trabalha com conceitos centrais de símbolo, self, mente, interação social e sociedade sendo estes entendimentos fundamentais para a compreensão da perspectiva interacionista. Dupas, Oliveira e Costa (1997) abordam de forma didática tais conceitos:

**Símbolo:** símbolos são objetos sociais utilizados para alguma coisa e são utilizados para pensar, comunicar e representar. Só é considerado símbolo quando existe significado e intencionalidade. Símbolos podem ser objetos físicos, ações humanas ou palavras.

**Self:** O self é um objeto de origem social: um objeto porque com relação a que o autor age se engajando em um processo de autointeração e de fazer indicações para si mesmo; e de origem social porque é definido no processo de interação com os outros. O self a medida que interage com os outros é definido e redefinido constantemente. O self representa um processo social no interior do indivíduo envolvendo duas fases distintas o “eu” e o “mim”. O “eu” é a reação do organismo às atitudes dos outros, indivíduo como sujeito impulsivo, espontâneo. O

“mim” é a série de atitudes organizadas que o indivíduo adota, que determina a nossa conduta na medida em que é de caráter auto consciente.

**Mente:** A mente é a interação simbólica com o self à medida que é a comunicação dos significados do Self. Isso significa que a partir da atividade da mente o indivíduo define as coisas para si mesmo: isola, rotula e desenvolve linhas de ação em relação às coisas. A mente é concebida como um processo que se manifesta sempre que o indivíduo interage consigo próprio usando símbolos.

**Interação Social:** a interação social é construída a partir da ação social. A ação é entendida como social quando levamos os outros em consideração, ou seja, nossas ações são guiadas pelo que os outros fazem na situação, porque os outros com os quais interagimos são considerados objetos sociais

**Sociedade:** nesta abordagem a sociedade é descrita como um processo sendo conceitualizado no sentido dinâmico. Os indivíduos ao interagirem definem e alteram a direção dos atos uns dos outros. A sociedade é o conceito que integra todos os outros conceitos do Interacionismo Simbólico e que nos auxiliam a entender a natureza do ser humano. Cada grupo, organização, situação de interação é considerado como uma sociedade. A sociedade é interação, mas também ela é mais que isso, é interação simbólica, ou seja, ela envolve comunicação e interpretação pelos autores.

O interacionismo ocupa um lugar cada vez mais seguro na tradição sociológica, bem diferente, por exemplo, dos anos em que era considerado a “leal oposição”, por seu ponto de vista social psicológico, subjetivo, micro-sociológico e qualitativo (CORREA, 2017).

Com bases nos pressupostos apresentados, busca-se compreender a percepção de enfermeiras sobre o erro na administração de medicamentos. Acredita-se que a partir das abordagens apresentadas pelo interacionismo simbólico seja possível significar o erro na administração de medicamentos em pediatria a partir da ótica das enfermeiras.



## 4 CAMINHO METODOLÓGICO

### 4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa descritiva exploratória.

Neste estudo iremos apreender a percepção de enfermeiras frente ao erro medicação em pediatria bem como identificar os fatores contribuintes para a ocorrência desses erros e possibilidades para minimizar tal agravo. Há diferenciação conceitual entre medicação e medicamentos. O primeiro é compreendido como ação de medicar, de tratar ou de se tratar a partir de medicamentos. Já os medicamentos são entendidos como remédios, substância ou produto desenvolvido para tratar, uma afecção ou uma manifestação patológica, fármaco desenvolvido para tratamento que envolve dose, apresentação farmacêutica, posologia.

Para este estudo, consideraremos erro de medicação qualquer evento evitável que de fato ou potencialmente pode levar ao uso inadequado de medicamento. Esse conceito implica que o uso inadequado pode ou não lesar o paciente e não importa se o medicamento se encontra sob o controle de profissionais de saúde, do paciente ou do consumidor (ANACLETO *et al.*, 2010).

Os tipos de erro de medicamentos neste estudo serão considerados de acordo com manual de Farmacovigilância Hospitalar: *Erro de Medicação*, que apresenta os seguintes subtipos de erro, de acordo com Anacleto *et al.* (2010): a) medicamento errado; b) omissão de dose ou do medicamento; c) dose errada; d) frequência de administração errada; e) forma farmacêutica errada; f) erro de preparo manipulação ou acondicionamento; g) técnica de administração errada; h) via de administração errada; i) velocidade de administração errada; j) horário errado de administração; k) paciente errado; l) duração do tratamento errado; m) monitorização insuficiente do tratamento; n) medicamento deteriorado; o) falta de adesão do paciente.

De acordo com Minayo (2013) a pesquisa qualitativa responde as questões muito particulares. Ela revela a realidade que não pode ser quantificada. Ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças e valores, o que corresponde a um espaço profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificados.

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Entre as pesquisas descritivas, salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as

características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental etc. (GIL, 2010).

Já as pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. Na maioria dos casos, essas pesquisas envolvem: a) levantamento bibliográfico; b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e c) análise de exemplos que "estimulem a compreensão (GIL, 2010).

#### 4.2 CAMPO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital filantrópico da cidade de Salvador, Bahia. Fundado em 1949 para atender a população carente, a instituição direciona seu atendimento à população pediátrica, a partir dos anos 2000. A instituição dispõe de 102 leitos, sendo 10 leitos para atender crianças graves no Centro de Terapia Intensiva, caracterizado por assistência médico-hospitalar humanizada, sendo o primeiro centro de saúde na Bahia a atender todas as exigências do Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), sobre os direitos das crianças e adolescentes hospitalizados. Os 92 leitos de internamento estão dispostos em 3 enfermarias: HC térreo, HC1º andar e HC2º andar.

#### 4.3 POPULAÇÃO A SER ESTUDADA

As participantes do estudo foram enfermeiras assistenciais dos três turnos de trabalho das três unidades de assistência do referido hospital. A equipe de enfermeiras da pediatria é composta por 11 profissionais onde todas foram abordadas e convidadas para participação da pesquisa.

As participantes foram abordadas em seu local de trabalho e convidadas para participação do estudo sendo o agendamento da coleta de dados realizada neste primeiro momento considerando disponibilidade e conveniência das participantes.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão para participação do estudo foram enfermeiras que trabalhavam na assistência do referido hospital da pesquisa.

Como critérios para a não participação da pesquisa estabelecemos que seriam excluídos profissionais afastados por férias ou licença-saúde ou no período da coleta de dados; enfermeiras que estavam em período de experiência na instituição.

As participantes do estudo foram identificadas pela sigla Enf. (enfermeiras), seguidas de números de acordo com a ordem de realização das entrevistas (Enf1, Enf2, Enf3...)

O presente estudo foi realizado por pesquisadora que possui experiência em saúde da criança e vivencia a realidade da instituição, conhecendo a dinâmica hospitalar, e organizacional, tendo realizado contato prévio com os responsáveis pelos setores onde se deu coleta de dados e com as participantes do estudo. A pesquisadora já possuía conhecimento prévio da rotina do bem como as atribuições da enfermeira assistencial destas unidades, articulação destas com a equipe multiprofissional e o setor de farmácia, buscando a melhor compreensão de todas as etapas envolvidas no processo de administração de medicamentos.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

A pesquisa obedeceu às Diretrizes e Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde /Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2012), onde os princípios bioéticos de autonomia, não maleficência, beneficência justa e equidade entre os participantes foram assegurados.

O projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil, e se iniciou após avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos sob o parecer 3.789.771. Para garantir o anonimato das participantes foram omitidos os nomes verdadeiros das entrevistadas, sendo atribuídos códigos para suas entrevistas. Garantiu-se o respeito e o anonimato das participantes, não havendo qualquer associação entre os dados obtidos e o seu nome.

Os benefícios deste estudo consistem em identificar os fatores contribuintes para ocorrência do erro de medicamentos e analisar as condutas de enfermagem frente a ocorrência desses erros. A partir desses resultados, acredita-se que é possível melhorar a qualidade da assistência de enfermagem bem como garantir o cuidado seguro em saúde

Esta pesquisa poderia causar riscos de constrangimentos e/ou exposição durante a entrevista por abordar experiências/ vivências relacionadas a administração de medicamentos e postura profissional frente ao erro. Na vigência de algum tipo de desconforto emocional a

equipe de pesquisadores esteve a disposição para prestar as condutas e cuidados necessários para minimizar tal sentimento. O reconhecimento da vulnerabilidade do estudo permitiu ao participante autonomia e privilégio revogável de manter-se na pesquisa. As informações coletadas a partir da entrevista estão sendo utilizadas exclusivamente como dados da pesquisa para o presente trabalho e devem ser utilizadas para futuras publicações do resultado da investigação. O sigilo das informações está assegurado.

#### 4.6 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram coletados entre julho e novembro de 2020 período após aprovação fornecida pelo Comitê de Ética em Pesquisa, por meio entrevista semiestruturada, contendo 04 questões disparadoras como complemento da informação, a pesquisadora também dispôs, como suporte, de seu diário de campo e respostas escritas obtidas pelas participantes.

A entrevista é uma técnica utilizada pelo pesquisador para obter informações a partir de uma conversa orientada com o entrevistado e deve atender um objetivo predeterminado (RODRIGUES, 2006).

Neste estudo optou-se por entrevistas semiestruturadas por acreditar que esta técnica de coleta proporciona maior interação entre o pesquisador e os participantes, permitindo que os sujeitos da pesquisa possam apresentar suas percepções valores e conhecimentos sobre erro de medicação.

A entrevista semiestruturada foi realizada por meio de um roteiro, no qual o entrevistado discorre sobre o tema sem precisar se prender em respostas prontas no qual oculte a subjetividade das respostas, não fugindo assim da intenção principal da entrevista (MINAYO, 2013). Neste estudo a entrevista semiestruturada foi dividida em dois momentos: caracterização do profissional (idade, sexo, vínculo trabalhista, experiência profissional e qualificação, além do segundo momento contendo 04 perguntas disparadoras sobre percepções frente ao erro na administração de medicamentos

A entrevista ocorreu de forma individual e privativa no local de trabalho das profissionais. As perguntas disparadoras foram: 1- Qual a sua interpretação sobre o erro na administração de medicamentos? O que você pensa sobre isso? 2- Me conte sua experiência profissional, sobre o que você considera como erro de administração de medicamentos em pediatria? 3- Para você, quais seriam os fatores que influenciam a ocorrência de erro de administração de medicamentos? 4- Para você quais seriam as condutas a serem adotadas diante de um erro de administração de medicamento?

Após a gravação, e anotação das respostas as entrevistas foram transcritas na íntegra com a colaboração de bolsista de iniciação científica, preservando as expressões de linguagem sem realizar alterações que comprometessem o significado da frase utilizada e posterior categorização dos dados.

A análise do conteúdo apresentado foi proposta por Bardin. O referencial metodológico utilizado para o estudo foi o Interacionismo simbólico, considerando que esta abordagem tem por objetivo elucidar as significações que os próprios sujeitos atribuem na construção seu mundo social, o que torna o interacionismo simbólico uma perspectiva teórica especialmente adequada à condução de investigações qualitativas (CARVALHO; BORGES; REGO, 2010).

A análise temática de um texto refere-se a contagem de um ou vários temas de significação, numa unidade de codificação previamente determinada (BARDIN, 2011).

A organização da análise será realizada seguindo as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação:

- a) a pré-análise: fase de organização e sistematização das ideias, em que ocorre a escolha dos documentos a serem analisados, a retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa em relação ao material coletado, e a elaboração de indicadores que orientarão a interpretação final;
- b) a exploração do material: trata-se da fase em que os dados brutos do material são codificados para se alcançar o núcleo de compreensão do texto. A codificação envolve procedimentos de recorte, contagem, classificação, desconto ou enumeração em função de regras previamente formuladas;
- c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação: o investigador propõe suas inferências e realiza suas interpretações de acordo com o quadro teórico e os objetivos propostos, ou identifica novas dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material. Os resultados obtidos serão organizados em subcategorias e categorias.

Seguindo a ordem cronológica das entrevistas realizamos sucessivas leituras com o objetivo de apreender nas falas os aspectos de interesse.

## 5 RESULTADOS

Os resultados dessa investigação científica serão apresentados nesta dissertação por meio de dois manuscritos, estruturados conforme as normas ditadas pelas revistas científicas escolhidas para a submissão.

As temáticas abordadas nos manuscritos propõem-se a contemplar os objetivos propostos nesta pesquisa científica.

O primeiro manuscrito, intitulado “Percepção de enfermeiras sobre o erro na administração de medicamentos em pediatria”, e o segundo manuscrito, “Ações de enfermeiras para a minimização do erro na administração de medicamentos em pediatria”

Por meio desses dois manuscritos acredita-se poder contribuir para comunidade científica tendo convicção na necessidade de apresentar reflexões sobre o erro na administração de medicamentos e todas as nuances que perpassam a temática.

### 5.1 MANUSCRITO I: SIGNIFICADO DO ERRO NA MEDICAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PEDIATRIA PARA ENFERMEIRAS

**Objetivo:** Aprender o significado do erro na administração de medicamentos em pediatria na ótica de enfermeiras. **Método:** Estudo de natureza qualitativa, descritiva e exploratória realizada com enfermeiras das unidades pediátricas de um hospital filantrópico da cidade de Salvador-Ba, a análise dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin, tendo como referencial teórico metodológico o Interacionismo Simbólico. **Resultados:** As participantes do estudo atribuem significados à ocorrência de erro na administração de medicamentos e identificam fatores que predisõem do mesmo. As enfermeiras também apresentam ações que podem minimizar o acontecimento de falhas. Entre os significados apresentados pelas enfermeiras ainda prevalecem o medo de punição e a culpabilização. Entre os fatores que influenciam a ocorrência de erro está dimensionamento de pessoal, sobrecarga de trabalho, atenção do profissional etc. Entre as ações que minimizam a ocorrência de erro é o treinamento contínuo e a educação continuada. **Conclusão:** As enfermeiras do estudo atribuem significado à ocorrência do erro na administração de medicamentos sendo esta uma temática sensível que deve ser considerada a partir de todas as suas nuances

Descritores: Erro de medicação. Conhecimento. Enfermagem Pediátrica. Segurança do Paciente

### 5.1.1 Introdução

O risco de ocorrência de falhas durante a assistência à saúde é um processo latente e real entre profissionais de saúde no âmbito hospitalar, no entanto precisam ser vistos e discutidos de forma ampla e abrangente visto a possibilidade de acontecimento com qualquer indivíduo em alguma etapa do itinerário do cuidado.

Nas diversas profissões da área de saúde, o erro humano pode acontecer em decorrência de fatores isolados ou de múltiplos fatores associados, quer sejam inerentes ao próprio paciente de ordem institucional, financeira e de recursos estruturais, como planta física, materiais ou equipamentos, além dos fatores humanos, como a falta de conhecimentos e habilidades.

(YOSHIKAWA *et al.*, 2013).

A busca por avanços nos modelos de prestação de cuidados perpassa pela ação inicial de reconhecimento de possibilidade de falhas, onde Yoshikawa, *et al.* (2013) apresenta que o primeiro passo para o entendimento e prevenção do erro humano é conhecer a possibilidade de sua ocorrência.

A administração de medicamentos é uma ação realizada durante a assistência à saúde na unidade hospitalar, onde qualquer falha durante este processo pode resultar em importantes agravos a saúde do paciente, evento adverso, comprometendo o processo de cuidado. A ocorrência de eventos adversos durante a prestação de assistência à saúde apresenta caráter multicausal, sendo necessário a compreensão de todo o processo que predispõe a ocorrência de erro. Corroborando com este pensar, diversos teóricos como Charles Vincent, Sidney Dekker e James Reason versam sobre o Erro Humano.

Sobre a perspectiva que o erro é resultante de uma cadeia de eventos, está sistematicamente ligado ao sistema operacional e apresenta fatores multicausais. Os referidos autores indicam a necessidade para a compreensão do erro e suas relações causais (VINCENT, 2009; DEKKER, 2002; REASON, 2000)

A indisponibilidade farmacêutica de drogas específicas para a população pediátrica acarreta a necessidade de cálculos individualizados da dose baseado na idade, peso e superfície corpórea.

Considerando que a possibilidade de errar está presente nas diferentes ações do ser humano. Destaca-se a atuação da equipe de enfermagem na administração de medicamentos. A equipe de enfermagem, principalmente hospitalar, acompanha os pacientes durante as 24 horas e está exposta a diversos estressores. Executa diversas atividades, tais como o atendimento individual e coletivo, o relacionamento interpessoal e multiprofissional; atua em situações de

urgência e emergência; lida com a falta de recursos humanos e materiais, o que resulta em carga de trabalho excessiva, sendo que estes fatores podem contribuir para o desenvolvimento do estresse ocupacional, o que pode pôr em risco a segurança dos pacientes que dependem destes profissionais e estão sujeitas a vivenciar evento adverso nas suas atividades (MUNHOZ, 2018).

O evento do erro durante a assistência de enfermagem perpassa por questões relacionadas a dimensionamento de pessoal, jornadas de trabalho exaustivas e precarização das condições de trabalho e vínculos trabalhistas (LIMA; RIBEIRO, 2017).

A literatura destaca trabalhos que buscaram apresentar o erro na administração de medicamento por meio unilateral da segurança do paciente e as metas internacionais, proporcionando análises a partir de perspectivas de indicadores de qualidade, correções e responsabilidades éticas como apresentado por Abreu e colaboradores (2015), que reflete sobre a responsabilidade ética e legal do enfermeiro em relação à administração de medicamentos. Costa, Silva e Cava (2019) identificam a estrutura utilizada pelos profissionais de saúde das Unidades de Terapias Intensivas Neonatais. Rocha e colaboradores (2018), reconhecem os cuidados de enfermagem relacionados à administração segura de medicamentos em Neonatologia e Pediatria. Apesar das relevâncias substanciais apresentadas nesses estudos percebe-se lacunas que tragam para a discussão a percepção, o significado, a compreensão de enfermeiras e a multicausalidade para a ocorrência do erro na administração de medicamentos.

Diante do exposto, o estudo apresenta como objetivo: Apreender a percepção de enfermeiras acerca do erro na administração de medicamentos em pediatria.

### **5.1.2 Caminho metodológico**

#### **a) Desenho do estudo:**

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa. De acordo com Minayo (2013), a pesquisa qualitativa responde às questões muito particulares. Ela revela a realidade que não pode ser quantificada. Ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças e valores, o que corresponde a um espaço profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificados. O referencial metodológico utilizado para o estudo foi o Interacionismo simbólico, onde esta abordagem tem por objetivo elucidar as significações, símbolo, que os próprios sujeitos põem em prática para construir seu mundo social (CARVALHO; BORGES; REGO, 2010).



### **b) Campo do Estudo**

O estudo foi realizado em um hospital filantrópico da cidade de Salvador-Bahia. O hospital dispõe de 102 leitos sendo 10 leitos para atender crianças graves no Centro de Terapia Intensiva, caracterizado por assistência médico-hospitalar humanizada, sendo o primeiro centro de saúde na Bahia a atender todas as exigências do Conanda- Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, sobre os direitos das crianças e adolescentes hospitalizados.

### **c) População estudada**

As participantes do estudo foram 11 Enfermeiras assistenciais dos três turnos de trabalho das quatro unidades de assistência do referido hospital.

O agendamento da coleta de dados foi realizado neste primeiro momento considerando disponibilidade e conveniência das participantes. Critérios de inclusão: enfermeiras que trabalham na assistência do hospital da pesquisa. Critérios de exclusão: profissionais afastados por férias ou licença médica ou férias no período da coleta de dados; enfermeiras que estavam em período de experiência na instituição.

As participantes do estudo foram identificadas pela sigla Enf (enfermeiras), seguidas de números de acordo com a ordem de realização das entrevistas (Enf1, Enf2, Enf3...).

### **d) Aspectos Éticos do Estudo**

A pesquisa obedece às Diretrizes e Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde /Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2012), onde os princípios bioéticos de autonomia, não maleficência, beneficência justiça e equidade entre os participantes serão assegurados.

Teve avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos sob o parecer 3.789.77.

### **e) Coleta e análise de dados:**

Os dados foram coletados entre julho e novembro de 2020, período após aprovação fornecida pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Por meio de entrevista semiestruturada contendo questões disparadoras como complemento da informação, a pesquisadora também teve como suporte seu diário de campo e respostas escritas, obtidas pelas participantes.

Neste estudo a entrevista semiestruturada foi dividida em dois momentos: no primeiro, a caracterização do profissional (idade, semestre, sexo, vínculo trabalhista, experiência profissional e qualificação; no segundo, conteúdo perguntas disparadoras sobre percepções frente ao erro na administração de medicamentos.

A entrevista ocorreu de forma individual e privativa no local de trabalho das profissionais onde as perguntas disparadoras foram: 1- Me conte sobre o significado de erro na administração de medicamentos em pediatria? 2- Existe algo que pode influenciar a ocorrência de erro de administração de medicamentos? 3- O que você pensa sobre as condutas a serem adotadas diante de um erro de administração de medicamento?

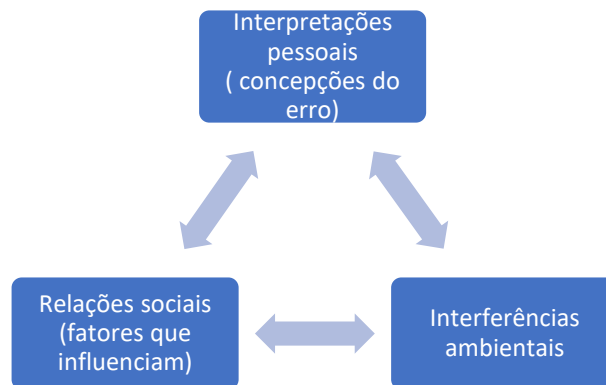
Após a gravação, e anotação das respostas as entrevistas foram transcritas na íntegra, com posterior categorização dos dados. A análise do conteúdo, composta por pré-análise, exploração, tratamento e interpretação dos dados (BARDIN, 2011).

A partir desta análise foi possível a emergência de três categorias considerando os eixos discursivos do referencial, a saber: Compreendendo o erro a partir de suas perspectivas e fragilidades; Interação social e o movimento de mudança promovendo possibilidades de melhorias para o trabalho em enfermagem; A sociedade, seus estereótipos e os fatores influenciadores para o erro no processo de trabalho em saúde.

#### **4.5.1 Resultados**

Emergiram das entrevistas três categorias temáticas que são representadas na figura abaixo e sequencialmente descritas de acordo com os relatos compartilhados pelas participantes.

Figura 1: Representação das categorias temáticas do estudo



Fonte: Autora do Estudo, Salvador , 2021.

### **O significado do erro na administração de medicamentos**

Nessa categoria temática foi desvelado como as profissionais significam o erro, na perspectiva pessoal, tendo como referência para a concepção desse valor simbólico.

#### **a) Concepção do erro**

Para compreensão deste significado, é necessário perceber que as enfermeiras concebem o erro através de aspectos subjetivos e sentimentos relacionado à ocorrência do erro revelando a fragilidade das participantes permeada pelo medo do julgamento, da condenação e da responsabilização pelo ato falho:

*“...o erro na administração de medicação é rotineiro, muitos desses erros não são relatados pelos profissionais por receio da punição e das consequências...” (Enf.5)*

Para além do entendimento dos conceitos subjetivos o erro apresenta significados objetivos que perpassam pela perspectiva intrínseca e extrínseca da ação do errar.

Os aspectos intrínsecos apresentados pelas participantes permeiam pelo cálculo da dose necessária para a população pediatria e o conhecimento da ação da droga administrada:

*“Considero erro na administração em pediatria a administração da dose errada devido necessidade de cálculos...para fazer a dose correta. Também pode ocorrer a troca de nomes, troca de via de administração dentre outros...” (Enf. 2)*

*A partir da concepção do erro apresentado pelas participantes é possível perceber que existem fatores que influenciam a ocorrência do erro*

*“Falta de habilidade profissional para cálculos matemáticos...como fatores influenciadores à ocorrência do erro...” (Enf. 7)*

*“Os erros acontecem pela a não conferencia: da dose, da via e horário da medicação assim como a falta de conhecimento da droga...” (Enf.3).*

Cabe salientar que não foi apontado pelas enfermeiras em estudo, como fator importante que predispõe ao erro, a carência de medicamentos em dosagem adequada para atender as necessidades da população infantil.

Ações técnicas referente ao processo de trabalho da equipe de enfermagem são descritas com frequência entre as participantes do estudo e, apesar de trazerem a compreensão que as falhas estão diretamente relacionadas ao erro, sinalizam, na perspectiva técnica, possibilidades para redução na ocorrência do evento adverso:

*“...realizar a administração e conferência com calma... conferir mais de uma vez o nome na prescrição, na identificação do leito e do paciente, São ações para minimizar a ocorrência de erro...” (Enf.4)*

*“Acho que a atenção e a checagem devem estar em primeiro lugar no preparo e administração de medicamentos” (Enf.10)*

Apesar do medo e da exposição profissional que o erro pode provocar na vida e na carreira profissional das enfermeiras, as participantes indicam possibilidades para a minimização das consequências. Assim, revelam que o erro pode significar a necessidade de fortalecimento e de apoio as enfermeiras:

*O profissional precisa estar seguro antes de administrar...” (Enf.5)*

*“...ações para minimizar a ocorrência do erro são atenção e concentração neste processo de medicação...” (Enf.6)*

*“...Registrar em prontuário e orientar o responsável pela prática...” (Enf. 9)*

As participantes compartilharam suas experiências e indicaram que o erro na administração de medicamentos pode ser consequência de falhas no conhecimento e nas habilidades técnicas; sofre influência da dinâmica e na rotina laboral. Nesse cenário, dos serviços de saúde, as enfermeiras convivem com a ameaça do julgamento e condenação pela possibilidade de errar e indicam que apoio e suporte são necessários para minimizar as possibilidades desse evento adverso.

**b) Fatores que influenciam na ocorrência erro na administração de medicamentos na ótica das enfermeiras**

O processo de trabalho da enfermeira está organizado em atividades assistenciais, administrativas e educacionais que ocorrem de modo simultâneo. Essas atividades somadas à carga horária, quantitativo de pacientes e déficit no dimensionamento da equipe de trabalho são apresentados pelas enfermeiras em estudo como fatores que podem levar ao erro.

Fatores estruturais, ambientais e institucionais ligados ao gerenciamento do processo de trabalho são apresentados pelas participantes como fatores que predisõem a ocorrência de erro:

*“... a sobrecarga de trabalho dos profissionais, a falta de atenção na administração de medicamentos muitas vezes está relacionada a sobrecarga de trabalho” (Enf1)*

*“Quantidade de pacientes para estar administrando a medicação como fator que influencia a ocorrência do erro...” (Enf.5)*

*“...erro na administração de medicamento pode estar relacionado a falta de atenção ou sobrecarga de trabalho entre outros...” (Enf.11)*

Essa categoria temática indica que os fatores que interferem na ocorrência do erro também são permeados por interações sociais e ambientais/estruturais.

Interações sociais apresentadas pelas participantes como a dinâmica do trabalho, que gera interrupções durante o preparo e administração de medicamentos e clareza nas informações, também, foram situações indicadas que prejudicam o processo de medicação:

*“Interrupção de outros profissionais no ambiente de trabalho (Enf.6),*

*letras que geram dúvidas na dose prescrita são fatores que influenciam na ocorrência do erro...” (Enf.6)*

As ações da enfermeira com sua equipe e as interferências desencadeadas pelo ambiente de trabalho, revelaram que as consequências indesejadas que resultam ao erro, devem ser compreendidos e investigados na sua multicausalidade.

**c) Ações preventivas para redução do erro de medicações na visão das enfermeiras**

Apesar do estigma de incompetência, negligência ou imperícia que acompanham o erro na administração de medicamentos as enfermeiras indicam que esse evento adverso deve ser compreendido como um momento para mudanças e melhorias. A realização de treinamentos e protocolos operacionais são instrumentos facilitadores de discussão da temática promovendo antecipação e capacitação dos profissionais diante da situação de erro de medicação.

Frente ao significado e os fatores que contribuem para ocorrência do erro as enfermeiras propõe ações voltadas para capacitação profissional, ações relacionadas as questões gerenciais da instituição e relações sociais:

*“Realizar treinamentos para enfatizar a importância de protocolos de segurança do paciente”*  
(Enf1)

*“As condutas para minimizar os erros na administração de medicamentos devem ser treinamento contínuo da equipe”* (Enf. 2)

O treinamento contínuo da equipe envolvida no processo de medicação e o dimensionamento profissional adequado possibilitam a melhoria da qualidade da assistência e minimizam a ocorrência de erros durante a prestação de cuidados:

*“O erro é rotineiro, mas pode ser minimizado a partir do treinamento da equipe”* (Enf 5)

*“Diminuir o número de interrupções, criar no caso estratégias para diminuir este processo. Criar manuais de padronização de diluição...”* (Enf. 6)

*“O que poderia minimizar o erro seria através de cursos (atualizações e treinamentos) ...”*  
(Enf.8)

*“O maior fator que influencia a ocorrência de erro de medicamentos em pediatria é a falta de dimensionamento adequado sobrecarregando os técnicos e enfermeiras que assistem muitos pacientes, para além do que é indicado pelos órgãos competentes é desumano e ilegal...”*  
(Enf.9)

O compromisso ético e legal com o cuidado prestado pela administração de medicamentos sobrepõe as fragilidades pontuadas que representam o desfecho do erro e reverberam em propostas para melhorias na qualidade do cuidado. Assim, as enfermeiras compartilham suas experiências e percepções pessoais que são influenciadas por suas interações sociais e ambientais (equipe e ambiente de trabalho), dando representação e compreensão ao erro na administração de medicamento.

#### 5.1.4 Discussão

Este estudo revela as perspectivas simbólicas que representam o erro na administração de medicamentos por enfermeiras e indica estratégias para minimizar a ocorrência desta falha.

Um dos aspectos a ser discutido é a elaboração do conceito de erro a partir dos significados desenvolvidos por enfermeiras envolvidas no processo, que atribuem elementos objetivos e subjetivos para compreensão do símbolo em questão.

As participantes sinalizam elementos objetivos que facultam o erro na administração de medicamentos, a falta de habilidade técnica, que influencia negativamente na capacidade de desenvolver o processo de medicação. O elemento subjetivo apresentado pelas participantes é a cultura do medo, aspecto que relaciona julgamento e receio de punição.

Para pensar na habilidade técnica atribuída à assistência das enfermeiras faz-se necessário olhar para o processo de formação desta profissão, onde o plano pedagógico é direcionado para atitudes, competências e habilidades. Entre o desenvolvimento das habilidades técnicas, destaca-se à segurança do saber fazer e a destreza manual para realização de determinada atividade. A formação de enfermeiras, deve oferecer uma oportunidade ativa de aprendizado, proporcionando experiências consistentes e articuladas com a teoria. É imprescindível que os profissionais em seu processo de formação tenham tido a oportunidade de repetir o treinamento com frequência, a fim de reduzir o número de erros na prática clínica e garantir a segurança do atendimento ao paciente (GOMES, *et al.*, 2020).

A enfermagem caracteriza-se pelo cuidado aos seres humanos e, para realização de tal ato faz-se necessário apropriar-se dos diversos conhecimentos. tanto a prática profissional, quanto a produção de conhecimentos e a formação do enfermeiro têm sido fortemente influenciadas pela ciência positivista e pela biomedicina (LEITE; VERGILIO; SILVA, 2017). No entanto, faz-se necessário que o erro humano seja apresentado durante o processo como algo inerente ao ser humano e decorrente de uma série de falhas multicausais que precisa ser compreendido como tal e ser identificado outros aspectos para além das questões pessoais.

A perspectiva do erro inerente a condição humana não foi observada nas falas das participantes no presente estudo. Nas perspectivas compartilhadas pelas enfermeiras foi possível perceber aspectos que revelaram a preocupação com julgamento, culpa e punição aos atores envolvidos na assistência em detrimento a identificação das falhas no processo. Em estudo realizado em 2016 por Macedo e colaboradores, com profissionais de enfermagem de três Unidades de Emergência Pediátrica da Grande Florianópolis e Santa Catarina, também evidencia que os profissionais encontram dificuldades em reconhecer preocupação por parte da

gestão quanto aos aspectos que envolvem a segurança do paciente, e reafirmam a presença da cultura tradicional da culpa e da punição, retratando a necessidade de se modificar a cultura atual ainda presente nestas unidades (MACEDO *et al.*, 2016).

Observa-se que todos os fatores contribuintes para a ocorrência do erro tais como falha de comunicação, interrupções no processo e dinâmica organizacional tornam-se coadjuvantes no cenário do erro, pois o julgamento pela falha disseminado socialmente, é atribuído ao profissional. Os incidentes que envolvem esses erros acabam divulgados nos meios de comunicação, deixando as pessoas suscetíveis ao medo e à sensação de insegurança em relação ao atendimento de saúde (FORTE *et al.*, 2019).

Destaca-se a necessidade de reconhecer todas as fragilidades que cercam o processo de medicação na pediatria e a possibilidade do erro. Outras causas que podem levar aos erros na preparação e administração de medicamentos podem estar relacionadas aos fatores individuais, como formação acadêmica inadequada; lapsos de memória; falta de experiência; falta de atenção; desatualização científica e tecnológica.

Outras causas de falhas no processo de administração de medicamentos estão relacionadas a questões institucionais e estruturais, como: falta de treinamento e de profissionais; iluminação inadequada; frequentes interrupções; nível alto de barulho ou mesmo problemas com os produtos utilizados na medicação do paciente (SILVA; SANTANA, 2018)

Assim as falhas humanas não podem ser consideradas como os únicos fatores responsáveis pelos acidentes, pois estes envolvem a organização como um todo (LIMA, RIBEIRO, 2017).

Pensar aspectos relacionados a ocorrência de erro perpassa por elementos como característica do trabalho profissional e elementos organizacionais sendo necessária a análise da intersecção destes fatores considerando a multicausalidade do erro.

Aspectos ambientais e organizacionais foram relevantes para as enfermeiras deste estudo. Os achados neste estudo corroboram com o pensamento de Forte *et al.* (2019) para quem “Os problemas associados dimensionamento de pessoal inadequado nas instituições de saúde estão intimamente ligados à sobrecarga de trabalho dos profissionais, com o aumento da jornada de trabalho (muitas horas extras), a alta rotatividade, e às dificuldades de capacitação das equipes”.

Embora o Conselho Federal de Enfermagem, no caso brasileiro, estabeleça parâmetros mínimos a serem seguidos para o dimensionamento adequado de profissionais, por meio da resolução 543/2017(14), existem muitas dificuldades por parte da gestão dos serviços de saúde em cumprir com esses parâmetros, pois envolvem gastos com pessoal, um componente



importante que se constitui em empecilho para a melhoria da assistência em saúde (FORTE *et al.*, 2018).

A sobrecarga e precarização do trabalho tem sido vivenciado por diversos profissionais de saúde, onde a baixa remuneração gera a necessidade de multivínculos, estes por sua vez resultam em amplas jornadas de trabalho que culminam em cansaço físico, falta de atenção e concentração profissional aumentando a vulnerabilidade para a ocorrência de erro. Evidencia-se que o erro na administração de medicamentos está para além de aspectos individuais e/ou profissionais, envolve aspectos ambientais e organizacionais dos serviços de saúde, sendo os mesmos percebidos. De acordo com as falas é possível compreender que entraves da característica profissional são pontuados de maneira contundente. Resultados, semelhantes, foram relatados em estudo realizado em 2017 sobre o processo de trabalho dos enfermeiros de um hospital público universitário da cidade de São Paulo que discorre sobre a percepção do enfermeiro de como se sente sobrecarregado e frustrado com as diversas atividades que assume, tais como ir atrás de materiais que estão em falta ou fora do lugar e, desta forma, não realiza atividades que são exclusivamente de sua competência (LEITE; VERGILIO; SILVA, 2017).

As enfermeiras deste estudo compreendem que o erro na administração de medicamento pode ser influenciado por fatores institucionais, ambientais, sociais e pessoais. Entretanto propõem como medida de enfrentamento deste problema o treinamento da equipe como as ações relevantes que podem oportunizar mudanças para redução de danos, sem abordar as questões de ordem estruturais, institucionais ou gerenciais.

A educação continuada é um espaço de capacitação e treinamento permanente dos atores envolvidos no processo, promovendo um ambiente de atualização profissional, discussão de temáticas relevantes e ambiente de construção do conhecimento em caráter coletivo, e que pode minimizar a ocorrência de erros (ROCHA, *et al.*, 2018). Pensar e vivenciar as potencialidades apresentadas por este processo, que é a educação continuada, perpassa pela valorização das demandas e fragilidades apresentadas pela equipe de saúde em ambientes e dinâmicas que favoreçam a fala e a troca de experiências, possibilitando a construção e consolidação de um pensamento coletivo.

O treinamento contínuo da equipe envolve o processo de desmistificação da temática e compreensão de sua totalidade, colocando em pauta, aspectos e construção social, técnicos, emocionais, individuais, protocolos operacionais e gerenciamento de processos promovendo uma aproximação da gestão institucional com a equipe de ponta possibilitando que cada um visualize suas responsabilidades e possibilidades reais de mudanças contribuindo para redução na ocorrência de erro.

Assim, promover a melhora da comunicação, realização de educação continuada e o cumprimento de políticas e procedimentos referentes ao preparo e à administração de medicamentos podem ser ações desenvolvidas nas atividades de educação permanente que que diminuirão a probabilidade de erro da equipe de enfermagem (SILVA, SANTANA, 2018).

### 5.1.5 Conclusão

O erro na administração de medicamentos em pediatria é uma temática que pode ser interpretada pelos significados atribuídos às concepções elaboradas pelas enfermeiras, e as interações vivenciadas no seu ambiente de trabalho.

A ocorrência de eventos adversos relacionados à administração de medicamentos está presente rotineiramente nas atividades das enfermeiras em estudo. Estas percebem o erro como falha individual, que pode estar ligado a processos multicausais, ocasionando sentimento medo e culpa, frente às possibilidades de represálias e julgamentos que poderão resultar em omissão e subnotificação do ato.

Tendo em vista a segurança do paciente e a melhoria nos processos de trabalho, identifica-se a necessidade urgente de articulação institucional e profissional para revisão dos processos que envolvem a terapia medicamentosa com a finalidade de promoção da qualidade da assistência prestada.

Sugere-se promover a desmistificação do erro, considerando todas as suas interfaces, contribuindo assim para avanços no processo de cuidado baseados na maior articulação e diálogo entre a equipe de enfermagem, favorecendo a segurança do paciente.

### 5.1.6 Referencias

ABREU, Daiane Porto Gautério et al. Responsabilidades éticas e legais do enfermeiro em relação a administração de medicamentos para pessoas idosas. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v.5, n.3, p.1905-1914, set-dez 2015.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

CARVALHO, Virginia Donizete de; BORGES, Lívia de Oliveira; RÊGO, Denise Pereira do. Interacionismo Simbólico: Origens, Pressupostos e Contribuições aos Estudos da Psicologia Social. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v.30, n.1, p.146-161, 2010.

COSTA, Juliana Ferreira Condeixa da; SILVA, Luane Santiago Gomes; CAVA, Ângela Maria la. Qualidade e segurança da assistência em pediatria. **Revista de Enfermagem UFPE** (online), v.13, e.239343,2019.

FORTE, Elaine Cristina Novatzki et al. Posicionamento de gestores e lideranças de enfermagem diante dos erros divulgados na mídia, *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.39, e. 20180039, 2018

FORTE, Elaine Cristina Novatzki et al. Erro de enfermagem na mídia: segurança do paciente na vitrine. **Revista Brasileira de Enfermagem** (internet), v.72, p.198-205, 2019.

FORTE, Elaine Cristina Novatzki et al. Processo de trabalho: Fundamentação para compreender os erros de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.53, e.03489, 2019.

GOMES, Andréa Tayse de Lima et al. Metodologias inovadoras para o ensino de segurança do paciente na graduação em enfermagem: scoping review, *Chia Colombia*, v.20, n.1 jan-mar2020

YOSHIKAWA, Jamile Mika et al. Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. **ACTA Paulista em Enfermagem**, v.26, n.1, p.21-9, 2013.

LEITE, Tânia Maria Coelho; VERGILÍO, Maria Silva Teixeira Giacomasso; SILVA, Eliete Maria, Processo de trabalho do enfermeiro pediatra: uma realidade a ser transformada. **Revista RENE**, v.18, n.1, p.26-34, jan-fev 2017

LIMA, Maria Elizabeth Antunes; RIBEIRO, Enivalda Alves de Freitas. Eventos adversos com medicamentos em pediatria: o papel da organização hospitalar **Cad. Bras. de Ter. Ocup.**, São Carlos, v.25, n.4, p.927-933,2017.

MACEDO, Taise Rocha, et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.50, n.5, p757-763, 2016.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. São Paulo: Hucitec; 2013

ROCHA, Cristiane Martins da, et al. Administração segura de medicamentos em neonatologia e pediatria: cuidados de enfermagem. **Revista enfermagem UFPE** (online), Recife, v.12, n.12, p.3239-46, dez 2018.

SILVA, Marcelo Flavio Batista da; SANTANA, Jefferson da Silva. Erro na administração de medicamentos pelos profissionais de enfermagem. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v.47, n.4, p.146-154 out-dez 2018.

## 5.2 MANUSCRITO II: POSSIBILIDADES DE MELHORIAS PARA REDUÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ERROS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PEDIATRIA

**Objetivo:** Descrever estratégias propostas pelas enfermeiras para minimização do erro na administração de medicamentos em pediatria. **Método:** Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado com 11 enfermeiras pediátricas de hospital filantrópico da cidade de Salvador, entre os meses de julho a novembro de 2020, que utilizou a técnica de análise temática de conteúdo proposta por Bardin (2011). **Resultados:** as ações instituídas pelas enfermeiras para redução da ocorrência de erro perpassam por ações assistenciais, que envolvem mudanças simples nas rotinas de trabalho e ações de treinamento e capacitação da equipe que está relacionado às demandas institucionais de qualificação profissional pautada na educação permanente em saúde. **Conclusão:** O estudo descreve as ações individuais e coletivas que reduzem a ocorrência de erro sendo necessário a constante discussão desta temática para promoção de um cuidado seguro.

Descritores: Erros de Medicação. Enfermagem Pediátrica. Criança hospitalizada. Atendimento de Enfermagem.

### 5.2.1 Introdução

A administração de medicamentos é uma das atividades rotineiras desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem durante a prestação de cuidados. Esta é uma ação complexa e multiprofissional, porém, devido às características da profissão, a enfermagem assume função fundamental durante todo o processo.

A terapia medicamentosa é um processo complexo, que exige atenção e comprometimento de uma equipe multidisciplinar, em que todos os profissionais envolvidos têm como objetivo prestar assistência de qualidade, com segurança e eficácia ao paciente. Esse processo engloba a prescrição dos medicamentos pelos profissionais médicos, a dispensação diretamente pela farmácia e, ainda, a administração, que é uma prática comumente realizada pela equipe de enfermagem (MORRUDO *et al.*, 2019).

A equipe de enfermagem está diretamente envolvida no final do processo, na etapa da administração de medicamentos e, nesse aspecto, sua responsabilidade em evidenciar e impedir falhas aumenta, pois o ato de administrar se torna a última oportunidade de intervir, evitando a

ocorrência de erros que podem ter iniciado no princípio deste processo (SILVA; SANTANA, 2018).

A complexidade que envolve a assistência à saúde, pode ser ainda mais exacerbada em unidades pediátricas. No cenário pediátrico, há fatores adicionais, que podem interferir na segurança do cuidado à criança, como a abrangência de diferentes estágios de desenvolvimento e a dependência para o autocuidado (ALVES; GUIRARDELLO, 2016).

Estratégias para redução da ocorrência de erro são descritas na literatura. Ações como a não utilização de abreviaturas e de decimais; averiguação de alergias com destaque das mesmas em prontuário e nas prescrições diárias; realização dupla de checagem do cálculo de medicamentos por dois profissionais; utilização correta da nomenclatura medicamentosa entre outros (HORTA; OLIVEIRA; XAVIER, 2017).

A promoção de ações e estratégias que resultam em qualificação dos profissionais, padronização do processo de trabalho e treinamento da equipe são fundamentais para prevenção de eventos adversos relacionados ao erro de medicação (VOLPATO *et al.*, 2017).

A prestação de cuidados seguros relacionado aos medicamentos é um desafio latente para a população pediátrica, pois é necessário considerar as especificidades deste público, tais como a indisponibilidade de formas farmacêuticas e a necessidade de cálculos individualizados considerando variáveis como peso e altura.

A partir das particularidades inerentes à profissão das enfermeiras e a vulnerabilidade da população pediátrica, faz-se necessário discutir sobre o erro na administração de medicamentos em pediatria. Diante do exposto, o estudo tem como objetivo: Descrever as estratégias de enfermeiras para a minimização do erro na administração de medicamentos em pediatria.

### **5.2.2 Caminho metodológico**

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa. De acordo com Minayo (2013) a pesquisa qualitativa responde às questões muito particulares, revelando a realidade que não pode ser quantificada. Ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças e valores, o que corresponde a um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificados.

### **a) Campo do Estudo**

O estudo foi realizado em um hospital filantrópico da cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Essa instituição dispõe de 102 leitos, distribuídos em três unidades clínicas e 10 leitos destinados para atender crianças graves no Centro de Terapia Intensiva (CTI). Realiza assistência médico-hospitalar, sendo o primeiro centro de saúde na Bahia a atender todas as exigências do - Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), sobre os direitos das crianças e adolescentes hospitalizados.

### **b) População a ser estudada**

As participantes do estudo foram enfermeiras assistenciais, dos três turnos de trabalho, das quatro unidades de assistência do referido hospital. A equipe de enfermeiras das unidades pediátricas é composta por 12 profissionais, todas foram abordadas no local de trabalho e convidadas para participação da pesquisa, sendo que 11 aceitaram o convite.

O agendamento da coleta de dados foi realizado neste primeiro momento considerando disponibilidade e conveniência das participantes. Critérios de inclusão: enfermeiras que trabalham na assistência do hospital da pesquisa. Critérios de exclusão: profissionais afastadas por férias ou licença-saúde no período da coleta de dados; enfermeiras que estavam em período de experiência na referida instituição.

As participantes do estudo foram identificadas pela sigla Enf (enfermeiras), seguidas de números de acordo com a ordem de realização das entrevistas (Enf1, Enf2, Enf3...).

### **c) Aspectos Éticos do Estudo**

A pesquisa obedece às Diretrizes e Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde /Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2012), onde os princípios bioéticos de autonomia, não maleficência, beneficência justiça e equidade entre os participantes foram assegurados.

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos sob o parecer 3.789.77.

### **d) Coleta e análise de dados**

Os dados foram coletados entre julho e novembro de 2020, por meio de entrevistas semiestruturadas contendo questões disparadoras. Como complemento das informações, a pesquisadora também utilizou como suporte um diário de campo.

Neste estudo a entrevista semiestruturada foi dividida em dois momentos: caracterização da profissional (idade, sexo, vínculo trabalhista, experiência profissional e qualificação), além do segundo momento contendo perguntas disparadoras sobre percepções frente ao erro na administração de medicamentos. A entrevista ocorreu de forma individual e privativa, no local de trabalho das profissionais com duração média de 40, onde as perguntas disparadoras foram: Qual a sua interpretação sobre o erro na administração de medicamentos? O que você pensa sobre isso? Me conte sua experiência profissional sobre o que você considera como erro de administração de medicamentos em pediatria? Para você quais seriam os fatores que influenciam a ocorrência de erro de administração de medicamentos? Para você quais seriam as condutas a serem adotadas diante de um erro de administração de medicamento?

Após a gravação, e anotação das respostas, as entrevistas foram transcritas na íntegra, com posterior categorização dos dados. A análise do conteúdo foi composta por pré-análise, exploração, tratamento e interpretação dos dados (BARDIN, 2011).

A partir desta análise foi possível a emergência de duas categorias temáticas a saber: Ações e práticas assistenciais que possibilitam a redução do erro; Treinamento contínuo de profissionais como estratégias para redução da ocorrência de erro.

### 5.2.3 Resultados

#### a) Ações e práticas assistenciais que possibilitam a redução do erro

As participantes do estudo ao compartilhar suas experiências revelaram que durante a prestação de cuidados na administração de medicamentos é possível instituir ações que minimizam a ocorrência do erro, como por exemplo:

*“Impressão de etiquetas do sistema padronizadas...” (Enf.07)*

*“responsabilidade do profissional em checar todas as vezes junto ao acompanhante, nome e medicação.” (Enf.07)*

*“Realizar a retirada, administração e conferência [medicamentos] com calma; conferir mais de uma vez o nome do paciente; leito identificado e paciente identificado.” (Enf.04)*

Identifica-se a partir das falas que existem ações simples de organização estrutural que podem minimizar a ocorrência de erro a saber:

*“... Sinalizar de uma forma que fique clara embalagens de medicações parecidas.” (Enf03)*

As ações relacionadas à checagem da administração de medicamentos com a aplicação do *checklist* para terapia medicamentosa segura foram destacadas nas falas das participantes entrevistadas:

*“Aplicar as regras / normas de checagem de medicações, os 09 certos, comunicação efetiva entre profissionais e acompanhantes, atenção no preparo e cálculo de medicamentos, entre outros” (Enf10).*

*“Sempre que for realizar qualquer medicação ter atenção para verificar a dose correta, a via correta e o paciente correto” (Enf. 11).*

*“...precisa estar atento ao nome do paciente, via de administração, leito do paciente nome da medicação, dose etc. (Enf.05).*

O trabalho em equipe e a articulação profissional a partir de parcerias também são ações da rotina destas trabalhadoras que podem ser estratégicas para a redução da ocorrência de erro.

*“... ações para minimizar a ocorrência de erro é a dupla checagem pelos profissionais” (Enf 01)*

A anotação em prontuário como forma de registro de todas as ações realizadas com o paciente durante a prestação da assistência também foi referida pelas enfermeiras participantes:

*“A primeira conduta a ser adotada diante de um erro a fim de minimizá-lo é comunicar ao MP [Médico Plantonista], após [a comunicação do médico] observar e monitorizar o paciente se necessário. Registrar em prontuário e orientar o responsável pela prática do erro” (Enf. 09)*

Para além de ações imediatas e rotineiras do processo de trabalho das enfermeiras, as participantes deste estudo entendem a necessidade de ações e reflexões ampliadas para efetiva redução da ocorrência de erro:

*“Repensar o processo e sugerir medidas que minimizem a ocorrência de erro...” (Enf. 09)*



As estratégias descritas pelas enfermeiras revelaram ações relacionadas às atitudes individuais e sobre os fatores organizacionais que podem auxiliar na minimização da ocorrência do erro.

**b) Treinamento contínuo de profissionais como estratégia para redução da ocorrência de erro.**

Nesta segunda categoria temática, as participantes desvelam a necessidade de treinamentos e capacitações como estratégia possível para minimizar a ocorrência de erro.

*“[Estratégias propostas] Reverter de forma rápida, caso tenha efeito moderado/grave no paciente; educação continuada.” (Enf.03)*

*“as condutas para minimizar os erros na administração de medicamentos devem ser treinamento contínuo da equipe de enfermagem.” (Enf.02)*

Os manuais de padronização e os protocolos operacionais padrão para diluição e administração de medicamentos também foram citados como ações possíveis neste contexto:

*“Treinamento da equipe; manuais de padronizações de diluições destes medicamentos; identificação do paciente; atenção e concentração dos profissionais na administração de medicamento; seguir protocolos de segurança do paciente” (Enf.06)*

A fragmentação de treinamentos e capacitações restritas ao momento de formação profissional também aparece de forma significativa entre as falas das enfermeiras:

*“O que poderia minimizar o erro seria através de curso..., atualizando os profissionais rotineiramente e não como algo estudado somente na faculdade ou curso técnico.” (Enf. 08)*

O treinamento contínuo relatado pelas profissionais é de suma importância para qualificação das trabalhadoras como ação fundamental para redução na ocorrência de erro.

#### **5.2.4 Discussão**

Este estudo descreve as ações das enfermeiras para redução da ocorrência de erros, sendo estas apresentadas como possibilidade de mudança da assistência para promoção de um cuidado mais seguro.

O sentimento de pertencimento no processo de cuidado seguro permite ao profissional atuar de forma comprometida, pois o resultado da instituição passa a ser o resultado do colaborador e, desta maneira, as mudanças/implementações na empresa ocorrerão com a participação dos funcionários, e de modo mais positivo e mais próximo das gerências (KOLANKIEWICZ *et al.*, 2020).

O primeiro elemento a ser discutido neste estudo é a possibilidade de mudança nas ações da rotina de enfermagem em que é possível promover segurança no cuidado a partir de transformações no processo de trabalho destes profissionais.

Apontar as dificuldades e fragilidades inerentes ao processo de administração de medicamentos é rotineiro no cotidiano da equipe de enfermagem. Porém, pensar estratégias que possibilitem uma mudança efetiva neste cenário é algo mais complexo e não tão comum, considerando que demanda dos profissionais envolvidos solidariedade, maior compromisso e responsabilização. Estudo realizado por Santos, Rocha e Sampaio (2019) com profissionais de uma Unidade de Pronto Atendimento no interior de São Paulo possibilitou o desenvolvimento de um plano de ação demonstrando a compreensão dos trabalhadores de enfermagem acerca do papel decisivo que desempenham para prevenção de erros no processo de terapia medicamentosa.

A implementação das ações para redução de erro, requer medidas simples, como a reorganização de processos de trabalho e de práticas profissionais, dentre estas medidas está a checagem dos “certos” no preparo e administração de medicamentos. A certificação de todas as etapas revela o entendimento da equipe sobre as medidas de segurança recomendadas internacionalmente (SANTOS; ROCHA; SAMPAIO, 2019). As participantes do presente estudo revelaram em suas falas atenção especial à necessidade de *checklist*, relacionada aos certos procedimentos na administração de medicação.

Estas ações quando incorporadas à prática de enfermagem demandam maior tempo e mais atribuições para a equipe. Entretanto, estas profissionais reconhecem a relevância destas atividades. Ao observar a prática dos profissionais de enfermagem, é possível perceber a multiplicidade de atribuições que lhes são delegadas rotineiramente em sua prática profissional, impactando negativamente na realização de forma minuciosa das atividades mais complexas, como por exemplo a administração de medicamentos resultando em maior ocorrência de erro (TOMAZONI *et al.*, 2017).

Pensar em ações que possibilitem a execução de cuidados mais seguros é pensar em estratégias que favoreçam e sejam factíveis a sua realização. Desse modo, ao pensar na incorporação ou execução de outras atividades não inerentes ao papel dos profissionais de enfermagem faz-se necessário avaliar o processo de trabalho como um todo para que estas ações não incorram em mais atividades contribuindo apenas para sobrecarga de trabalho, assunto tão recorrente na enfermagem.

Pensar a assistência em saúde como um processo dinâmico e a constante transformação dos profissionais que estão inseridos neste contexto é pensar sobre a necessidade de um constante aprimoramento de práticas e discussão de aspectos relevantes para a qualidade dos cuidados prestados. Esta é a função da educação permanente em saúde: promover atualização profissional em temáticas modernas e capacitar os trabalhadores para nos cenários mais diversos, promovendo segurança na atuação e prestação de cuidados.

A Educação Permanente em Saúde tem por objetivo a relação aprendizagem-trabalho, sendo produto de experiências vivenciadas no cotidiano dos serviços de saúde. Nesta perspectiva aprender e ensinar se integram aos processos de trabalho. Os profissionais na EPS assumem papel de protagonismo onde o conhecimento é construído e desconstruído a partir das experiências do cotidiano (SENA *et al.*, 2017).

O desenvolvimento de práticas educativas em âmbito hospitalar apresenta algumas dificuldades tendo em vista a dinâmica das rotinas estabelecidas, sendo necessário considerar as especificidades das práticas hospitalares. Lavich (2017) sugere em seu estudo que atividades educativas aconteçam em ambientes informais que possibilitem discussão e reflexão dos enfermeiros sobre suas práticas no âmbito do trabalho.

O objetivo da Educação Permanente em Saúde é propiciar reflexão, promovendo intervenção no processo de trabalho tendo como ponto inicial uma situação concreta com o intuito de transformá-la em uma situação diferente (SENA *et al.*, 2017).

A capacitação da equipe de enfermagem mostra-se necessária, principalmente quando busca guiar os profissionais para o desenvolvimento, não somente em relação ao aprendizado de habilidades e destrezas, mas, sobretudo, de um aprendizado que gere novas atitudes, soluções, ideias, conceitos e que modifiquem seus hábitos e comportamentos (SILVA *et al.*, 2018).

Por mais que se apresente os benefícios da educação continuada em saúde para os trabalhadores, é possível perceber a partir das falas das participantes que este recurso muitas vezes não é explorado considerando todas as suas potencialidades pelas instituições de saúde. Assim, há a necessidade de busca individual por cursos, palestras e capacitações sobre temáticas

relevantes nos processos de trabalho. Evidencia-se o valor da constante atualização e busca pelo conhecimento por parte dos profissionais de saúde, especialmente sobre temas ligados à farmacologia (SILVA *et al.*, 2018). Entretanto faz-se necessário também a busca coletiva para o aprimoramento da assistência multidisciplinar

É possível perceber desafios que sinalizam a urgente necessidade de articulação entre aspectos pessoais e institucionais para redução na ocorrência de erro na administração de medicamentos em pediatria. É necessário investimentos institucionais direcionados para a promoção das questões de segurança do paciente. Tais investimentos institucionais, no intuito de desenvolver sistemas de saúde seguros precisam incluir tanto os profissionais da área assistencial como os profissionais da gerência, tendo em vista a necessidade de todos responsabilizarem-se pela segurança do paciente (TOMAZONI *et al.*, 2017).

Uma revisão de literatura realizada em 2018, com artigos internacionais, por Mieiro, apresenta de forma substancial estratégias para minimizar erros de medicamentos, onde identificam ações educacionais tais como: realização de campanhas, palestras, cursos e simulações clínicas; ações organizacionais composta por envolvimento de pessoas chave no processo de trabalho que projetem e experienciem soluções de problemas específicos, a exemplo a implantação da dupla checagem; novas tecnologias a saber: prescrição por sistema informatizado, dose unitária e utilização de códigos de barras.

É possível perceber diversas estratégias individuais e coletivas para redução da ocorrência de erros relacionado à administração de medicamentos assim como apresentado pelas falas das participantes do estudo aumentando, desse modo, o leque de possibilidades para promoção da assistência segura.

### **5.2.5 Conclusão**

O erro na administração de medicamentos é uma temática de grande relevância para a prática profissional, sendo fundamental a identificação das suas causas, e medidas de enfrentamento. Identificar o erro e as fragilidades das rotinas institucionais fazem parte da prática profissional possibilitando repensar estratégias e ações para redução do mesmo reforçando compromisso e responsabilidade profissional.

As profissionais do presente estudo descrevem que mudanças nas ações das rotinas profissionais, treinamento contínuo e a educação permanente são as principais ações que podem minimizar a ocorrência de erros na administração de medicamentos em pediatria.

Sugere-se a realização de novos estudos e aprofundamento da temática pensando na perspectiva de aprimoramento, atualização e novas modalidades de assistência, ratificando a relevância da compreensão do erro e suas nuances.

Para além de compreender o erro faz-se necessário a descrição de ações que minimizem a ocorrência deste evento adverso, pois são essas ações preventivas que ratificam a qualidade da assistência prestada pelas profissionais, promovendo assim um cuidado livre de falhas, como proposto pela Segurança do Paciente.

### 5.2.6 Referências

ALVES, Daniela Fernanda dos Santos; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Ambiente de trabalho de enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.37, n.2, jun2016.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

HORTA, Heloísa Helena Lemos; OLIVEIRA, Karina Helena Aparecida; XAVIER, Ana Cristina de Paula. Estratégias para diminuição de erros na administração de medicamentos para enfermagem. **Revista de enfermagem UFJF**, Juiz de Fora, v.3, n.2, p.127-133 jul-dez2017.

KOLANKIEWICZ, Adriane Cristina Bernat et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva de todos os trabalhadores de um hospital geral. **Revista Gaúcha de Enfermagem** v.41, e.20190177, 2020.

LAVICH, Claudia Rosane Perico et al. Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem** Porto Alegre, v.38, n.1, e.62261,2017.

MAGALHÃES, Ana Maria Muller et al. Administração de medicamentos- Carga horaria de enfermagem e segurança do paciente em enfermarias clínicas. **Revista Brasileira de enfermagem**, Brasília, v.72, n.1, jan-fev2019

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. São Paulo: Hucitec; 2013

MORRUDO, Eduarda de Quadros et al. Erros na terapia medicamentosa e as consequências para a enfermagem. **Revista Cuidado é Fundamental** (online), Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.88-96, jan-mar 2019.

SANTOS, Patrícia Reis Alves dos; ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi; SAMPAIO, Camila Santana Justo Cintra. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.40(especial), e.20180347, 2019.

SENA, Roseni Rosângela de et al. Educação Permanente nos serviços de saúde: atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.38, n.2, e.64031,2017.

SILVA, Marcelo Flavio Batista da; SANTANA, Jefferson da Silva. Erro na administração de medicamentos pelos profissionais de enfermagem. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.47, n.4, p.146-154, out-dez 2018.

SILVA, Marcus Vinicius da Rocha Santos et al. Administração de medicamentos: erros cometidos por profissionais de enfermagem e condutas adotadas **Revista de Enfermagem UFSM**, v.8, n.1, p.102-115, jan-mar 2018.

TOMAZONI, Andreia et al. Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em unidades de terapia intensiva neonatal. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v.28, n.1, e.64996, mar 2017.

VOLPATTO, Bárbara Monteiro et al. Erro de medicação em pediatria e estratégias de prevenção: Revisão Integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v.22, n.1, e.45132,2017

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do estudo pode-se considerar que os objetivos propostos foram alcançados plenamente e que os enfermeiros interpretaram o erro como sendo de responsabilidade individual, institucional/estrutural e das relações sociais. Ao analisar as interpretações pessoais, observou-se que o erro gera medo e culpa relacionado com as possibilidades de punições e julgamentos. Estes significados interferem negativamente na busca de soluções considerando que possibilita a omissão e subnotificação do fato.

Como principal medida de enfrentamento dos erros na administração de medicamentos foi sugerido treinamentos e capacitações da equipe sobre a referida temática desvelando a dificuldade que as profissionais têm de pensar no erro como fator multicausal. Considerando a perspectiva apresentada neste estudo ratifica-se a sensibilidade necessária para discutir sobre a dinâmica e o processo de trabalho que permeiam o cotidiano dos profissionais de enfermagem.

A administração de medicamentos é uma atividade complexa e multiprofissional, sendo a ocorrência de erro um evento que merece envolvimento e responsabilização de todos os envolvidos no processo (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos e gerentes). Para tanto, torna-se fundamental maior articulação e desenvolvimento de atos seguros que envolvam esta ação desde o processo de prescrição até a administração do medicamento ao paciente sendo este aspecto visto de forma ainda insipiente neste estudo.

Apreender o significado das enfermeiras sobre o erro na administração de medicamentos foi fundamental para o entendimento dos principais fatores associados a ocorrência de erro e alguns elementos foram apresentados de forma contundente pelas participantes, tais como interrupções, dimensionamento de pessoal e sobrecarga de trabalho, reforçando a multicausalidade do erro fazendo-se necessária a revisão de todo processo de assistência, não restringindo-se apenas à administração de medicamentos.

Acredita-se que a discussão constante sobre a temática é o que possibilitará a transformação do cuidado promovendo qualificação profissional e o desenvolvimento de ações mais seguras, sendo a realização de treinamentos e a capacitações as ações mais citadas pelas participantes para redução do erro de medicação. Observa-se que para além destes treinamentos é necessário a criação de ambientes de escuta e acolhimento profissional que tornem factível o relato das falhas e as fragilidades evidenciadas ao longo de todo processo.

A criação de grupos para discussão de cálculos matemáticos e revisão de protocolos operacionais padrão também surgem como possibilidade de ações para minimizar a ocorrência do erro relacionado a terapêutica medicamentosa em pediatria.

A assistência segura e completamente livre de falhas ainda é uma realidade distante nos serviços de saúde, discutir a ocorrência de erro durante a prestação de cuidados é oportunizar a reflexão da prática profissional repensando estratégias individuais e coletivas para melhoria da qualidade da assistência prestada as crianças hospitalizadas.



## REFERÊNCIAS

- ABREU, Daiane Porto Gautério *et al.* Responsabilidades éticas e legais do enfermeiro em relação a administração de medicamentos para pessoas idosas. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v.5, n.3, p.1905-1914, set-dez 2015.
- ALVES, Daniela Fernanda dos Santos; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Ambiente de trabalho de enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.37, n.2, jun. 2016.
- ANACLETO, Tânia Azevedo, *et al.* Farmácia Hospitalar: Erro de Medicação. **Pharmacia Brasileira**, jan-fev 2010. Disponível em: <encarte\_farmaciahospitalar.pdf (cff.org.br)> Acesso em 03 de fev. de 2021.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011
- CARVALHO, Virginia Donizete de; BORGES, Livia de Oliveira; RÊGO, Denise Pereira do. Interacionismo Simbólico: Origens, Pressupostos e Contribuições aos Estudos em Psicologia Social, **Psicologia Ciência e Profissão**, v.30, n.1, p.146-161, 2010.
- CORREA, Amélia Siegel Interacionismo simbólico: raízes, críticas e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais – RBHCS**, v.9, n.12, p.176-200, 2017.
- CORREA, Carmem Regina Pereira; JUNIOR, Moacir Machado Cardoso, Análise e classificação dos fatores humanos nos acidentes industriais. **Produção**, v.17, n.1, p.186-198, jan-abr, 2007.
- COSTA, Juliana Ferreira Condeixa da; SILVA, Luane Santiago Gomes; CAVA, Ângela Maria la. Qualidade e segurança da assistência em pediatria. **Revista de Enfermagem UFPE (online)**, v.13, e.239343, 2019.
- DEKKER, Sidney WA. **The re-invention of human error**. School of aviation, Lund University;2002
- DEKKER Sidney WA. **Just culture: restoring trust and accountability in your organization**. 3rd ed. Burlington, VT: Ashgate; 2016.
- DUPAS, Giselle; OLIVEIRA, Irma de; COSTA, Teresa Neuman Alcaforado. A Importância do Interacionismo Simbólico na Prática de Enfermagem, **Rev.Esc.Enf.USP**, v.31, n.2, p. 219-26, ago. 1997.
- FIGUEIREDO, Paula Pereira de. Elaboração de instrumento para conhecer o preparo e administração de medicamentos via sonda pela equipe de enfermagem. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v.10, n.2, p.299-309, abr-jun, 2018.
- FONTES, Filipe Costa O Interacionismo Simbólico: Implicações para o processo e prática educacional **Revista Plures Humanidades**, Ribeirão Preto, v.12, n. 15, p. 141-154, jan. jun. 2011.

FORTE, Elaine Cristina Novatzki *et al.* Erro de enfermagem na mídia: segurança do paciente na vitrine. **Revista Brasileira de Enfermagem** (internet), v.72, p.198-205, 2019.

FORTE, Elaine Cristina Novatzki *et al.* Posicionamento de gestores e lideranças de enfermagem diante dos erros divulgados na mídia, **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.39, e. 20180039, 2018.

FORTE, Elaine Cristina Novatzki *et al.* Processo de trabalho: Fundamentação para compreender os erros de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.53, e.03489, 2019.

FORTE, Elaine Cristina Novatzki; PIRES, Denise Elvira Pires; MARTINS, Maria Manuela Ferreira da Silva. “Mexendo na Ferida”: Os Erros de Enfermagem nos Média Brasileiros e Portugueses, **Pensar Enfermagem**, v.20, n.1, 2016.

GALIZA, Dayze Djanira Furtado de. *et al.* Preparo e administração de medicamentos: Erros cometidos pela equipe de Enfermagem, **Revista Brasileira Farm. Hosp. Ser. Saúde** São Paulo, v.5, n.2, p.45-50, abril-junho, 2014.

GIL, Carlos Antonio, Como Classificar as Pesquisas? Disponível em <1- COMO CLASSIFICAR AS PESQUISAS COM BASE EM SEUS OBJETIVOS (d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net)>. Acesso em 03 de fev. de 2021.

GOMES, Andréa Tayse de Lima *et al.* Metodologias inovadoras para o ensino de segurança do paciente na graduação em enfermagem: **Scoping review**, Chia Colombia, v.20, n.1 jan-mar, 2020.

GOMES, Andréa Tayse de Lima, *et al.* Erro Humano e Cultura de Segurança à luz da teoria “Queijo Suíço”: Análise Reflexiva. **Revista de Enfermagem UFPE** online, Recife, v.10, n.4, p.3646-52, set 2016.

HORTA, Heloísa Helena Lemos; OLIVEIRA, Karina Helena Aparecida; XAVIER, Ana Cristina de Paula. Estratégias para diminuição de erros na administração de medicamentos para enfermagem. **Revista de enfermagem UFJF**, Juiz de Fora, v.3, n.2, p.127-133 jul-dez, 2017.

KOLANKIEWICZ, Adriane Cristina Bernat *et al.* Cultura de segurança do paciente na perspectiva de todos os trabalhadores de um hospital geral. **Revista Gaúcha de Enfermagem** v.41, e.20190177, 2020.

LAVICH, Claudia Rosane Perico *et al.* Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem** Porto Alegre, v.38, n.1, e.62261, 2017.

LEITE, Tânia Maria Coelho; VERGILÍO, Maria Silva Teixeira Giacomasso; SILVA, Eliete Maria, Processo de trabalho do enfermeiro pediatra: uma realidade a ser transformada. **Revista RENE**, v.18, n.1, p.26-34, jan-fev 2017.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes; RIBEIRO, Enivalda Alves de Freitas. Eventos adversos com medicamentos em pediatria: o papel da organização hospitalar **Cad. Bras. de Ter. Ocup.**, São Carlos, v.25, n.4, p.927-933, 2017.

MACEDO, Taise Rocha, *et al.* Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.50, n.5, p.757-763, 2016.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MORAES, Sirlei Lima; *et al.* Conhecimento de acadêmicos de enfermagem referente ao erro e à segurança do paciente, **Revista de Enfermagem da UFSM**, v.10, e.84, p1-20, 2020.

MORRUDO, Eduarda de Quadros *et al.* Erros na terapia medicamentosa e as consequências para a enfermagem. **Revista Cuidado é Fundamental** (online), Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.88-96, jan-mar 2019.

MOTA, Rafaela Oliveira *et al.* Preparo de Medicamentos administrados via intramuscular na pediatria: atuação da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v.21, n.esp 01-09, 2016.

MUNHOZ, Oclaris Lopes. **Cultura de Segurança do Paciente, estresse ocupacional e Burnout em Profissionais de unidades perioperatórias**. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria Rio Grande do Sul, 2018.

NASCIMENTO, Mauricio Araújo; FREITAS, Karolina; OLIVEIRA, Carla Grasiela Santos de. Erro na administração de medicamentos na prática assistencial da equipe de enfermagem. **Ciências Biológicas e de saúde Unit**, Aracaju, v.3, n.3, p.241-256, out-2016.

REASON James. Human error: models and management. **BMJ**. 2000;320(7237):768-70. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.768.

REIS, Claudia Tartaglia Cultura de segurança em organizações de saúde in SOUZA, Paulo; MENDES, Walter. **Segurança do Paciente**: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019. p.77-109.

ROCHA, Cristiane Martins da, *et al.* Administração segura de medicamentos em neonatologia e pediatria: cuidados de enfermagem. **Revista enfermagem UFPE** (online), Recife, v.12, n.12, p.3239-46, dez 2018.

RODRIGUES, A.J. **Metodologia Científica**. São Paulo: Avercamp, 2006.

SANTOS, Damaris Silva dos. Segurança do Paciente: Fatores Causais de eventos adversos a medicamentos pela equipe de enfermagem. **Cadernos de Graduação Ciências Biológicas e da Saúde**. Aracaju, v.2, n.2, p.19-30, out 2014.

SANTOS, Handerson Silva, *et al.* Condições produtoras do Erro no trabalho em enfermagem, **Revista Brasileira de Enfermagem** (internet), v.71, n.4, p.1968-74, 2018.

SANTOS, Patrícia Reis Alves dos; ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi; SAMPAIO, Camila Santana Justo Cintra. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.40(especial), e.20180347, 2019.

SENA, Roseni Rosângela de *et al.* Educação Permanente nos serviços de saúde: atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.38, n.2, e.64031, 2017.

SILVA, Andreia Cristina Araújo; *et al.* A segurança do Paciente no âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura, **Cogitare Enfermagem**, v.21, n.esp, p.1-9, 2016.

SILVA, Marcelo Flavio Batista da; SANTANA, Jefferson da Silva. Erro na administração de medicamentos pelos profissionais de enfermagem. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.47, n.4, p.146-154, out-dez 2018.

SILVA, Marcus Vinicius da Rocha Santos *et al.* Administração de medicamentos: erros cometidos por profissionais de enfermagem e condutas adotadas **Revista de Enfermagem UFSM**, v.8, n.1, p.102-115, jan-mar 2018.

SOUZA, Sabrina de; *et al.* Identificação da criança na pediatria: Percepção dos profissionais de enfermagem, **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.29, n.1, p.5-11, jan-mar, 2015

SOUZA, Thais Lima Vieira de. *et al.* Segurança do paciente na administração de medicamento intramuscular em pediatria: avaliação da prática de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.39, e. 2017-0002, 2018.

TOMAZONI, Andreia *et al.* Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em unidades de terapia intensiva neonatal. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v.28, n.1, e.64996, mar 2017.

VOLPATTO, Bárbara Monteiro *et al.* Erro de medicação em pediatria e estratégias de prevenção: Revisão Integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v.22, n.1, e.45132,2017

WEGNER, Wiliam *et al.* Segurança do Paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, V.38, n.1, e. 68020 mar, 2017

YOSHIKAWA, Jamile Mika *et al.* Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. **ACTA Paulista em Enfermagem**, v.26, n.1, p.21-9, 2013

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **Percepção de enfermeiros sobre o erro na administração de medicamentos em pediatria** que será realizada pela mestrandia Jéssica Alves Sacramento de Moraes. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com a entrevistadora para esclarecê-los. A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo. Esta pesquisa tem por objetivo: Apreender a percepção de enfermeiros acerca do erro na administração de medicamentos em pediatria. Identificar, na perspectiva de enfermeiros, a concepção de erros na administração de medicamentos em pediatria. Descrever os fatores que influenciam na ocorrência de erros de administração de medicamentos em pediatrias, na visão dos enfermeiros. Descrever ações para minimizar o erro na administração de medicamentos em pediatria segundo enfermeiros. Esse estudo justifica-se na medida em que ponderamos que os enfermeiros assumem papel crucial para a administração segura de medicamentos fazendo-se necessário analisar a percepção destes profissionais frente ao erro de medicação em pediatria pois a realização de estudos com esta temática fornecerão elementos que embasem práticas mais seguras no âmbito da pediatria. A sua participação no estudo, será voluntária, ocorrerá uma única vez com tempo estimado de aproximadamente 45 minutos (tempo da entrevista), no momento da entrevista será utilizado um gravador para gravação e obtenção na íntegra da sua resposta. Será reservado uma sala para garantir sua privacidade durante a entrevista. Você terá o tempo necessário para refletir, na tomada de decisão livre e esclarecida da participação do estudo. Você poderá passar por riscos mínimos decorrentes da participação na pesquisa, pois trata-se de uma pesquisa baseada no suas atividades para as condutas e fatores contribuintes para o erro de administração de medicamentos A equipe da pesquisa estará disponível para minimizar esses possíveis riscos estando a disposição para diálogo, reflexões e esclarecimentos de dúvidas. Os benefícios

esperados de sua participação estão relacionados a futuras ações e planejamento de revisões de práticas para a segurança do paciente na administração de medicamentos a criança hospitalizada.

Este estudo será realizado no Hospital da Criança das Obras Sociais Irmã Dulce. Você tem a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou prejuízo em seu ambiente de trabalho. Após entender e concordar em participar, você será entrevistada (o) e serão feitas perguntas para traçar o perfil das enfermeiras desta instituição, cenário do estudo, bem como perguntas sobre condutas e fatores contribuintes para o erro e quase erro com medicamentos. Não há benefício direto para o participante desse estudo. No entanto você, que poderá refletir sobre seus conhecimentos, práticas assistenciais e observação da prática de outros profissionais. Suas informações serão extremamente valiosas para compreensão da instituição sobre as condutas e fatores contribuintes para erro de medicação. Você tem a garantia do sigilo e do caráter confidencial das informações que estará prestando à pesquisadora, sabendo de antemão que elas serão usadas com a finalidade única de divulgação e publicação científica, sempre garantindo sua privacidade e anonimato. Você receberá uma via desse termo de consentimento livre e esclarecido e a outra via ficará com as pesquisadoras. As vias devem ser rubricadas e assinada ao final do termo de consentimento livre e esclarecido.

Você não receberá nenhuma compensação financeira para participar desta pesquisa e também não terá nenhuma despesa adicional. No entanto, em evento de dano ou caso de prejuízo seu ressarcimento é de responsabilidade da pesquisadora

As informações obtidas não serão analisadas por outras pessoas além da equipe de pesquisa não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Será garantido a (o) Sr(a) o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais e finais da pesquisa.

Todas as informações colhidas serão analisadas em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) da participante a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que a identifique serão divulgados. Os dados da pesquisa ficarão sobre a responsabilidade das pesquisadoras por um período de 5 anos após o término da pesquisa. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. As responsáveis pelo estudo nesta instituição são Maria Carolina Ortiz Whitaker, e-mail: maria.ortiz@ufba.br; endereço: R: Dr Augusto Viana s/n,

Canela, Salvador-BA, Sala 25, 4º andar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia; telefone: (71) 3283-7622, Jessica Alves Sacramento de Moraes jessicaasmoraes@hotmail.com, endereço 2º Travessa Domingos Rabelo nº105 Ribeira telefone (71) 3314-9850

Concordo em participar do estudo intitulado **“Percepção de enfermeiros sobre o erro na administração de medicamentos em pediatria”**. Li e entendi o documento de consentimento e o objetivo do estudo, bem como seus possíveis riscos e benefícios. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir não participar desta pesquisa. Entendo que ao assinar este documento não estou abdicando de nenhum dos meus direitos legais

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020

---

Jéssica Alves S de Moraes

Pesquisadora Responsável/EEUFBA

---

Participantes

**APÊNDICE B** - Roteiro de dados sócio-demográficos e entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM e SAÚDE

**Pesquisa: Percepção de graduandos de enfermagem sobre o erro na administração de medicamentos em pediatria**

**ROTEIRO DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E ENTREVISTA INSTRUMENTO**

Entrevista nº \_\_\_\_\_

**Parte I: ROTEIRO DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS**

Entrevistada (o): \_\_\_\_\_ (iniciais)

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Cor: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Especialização ? \_\_\_\_\_

Qual o seu tempo de formação? \_\_\_\_\_

Quanto tempo você atua em pediatria ? \_\_\_\_\_

**PARTE II: QUESTÕES NORTEADORAS**

- 1- Qual a sua interpretação sobre o erro na administração de medicamentos? O que você pensa sobre isso?
- 2- Me conte sua experiência profissional sobre o que você considera como erro de administração de medicamentos em pediatria?
- 3- Para você quais seriam os fatores que influenciam a ocorrência de erro de medicamentos em pediatria?
- 4- Para você quais seriam as condutas/ ações a serem adotadas diante do erro para minimiza-los?



**ANEXO A: Parecer comitê de ética****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** Percepção de enfermeiros sobre o erro na administração de medicamentos em pediatria**Pesquisador:** Maria Carolina Ortiz Whitaker

Área Temática:

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** Percepção de enfermeiros sobre o erro na administração de medicamentos em pediatria**Pesquisador:** Maria Carolina Ortiz Whitaker**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 23433419.4.0000.0047**Instituição Proponente:** Hospital Santo Antônio/ Obras Sociais Irmã Dulce**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 3.789.771**Apresentação do Projeto:**

Percepção de enfermeiros sobre o erro na administração de medicamentos em pediatria

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

-Apreender a percepção de enfermeiros acerca do erro na administração de medicamentos em pediatria. Objetivo Secundário:

-Identificar, na perspectiva de enfermeiros, a concepção de erros na administração de medicamentos em pediatria;

-Descrever os fatores que influenciam na ocorrência de erros de administração de medicamentos em pediatrias, na visão dos enfermeiros;

-Descrever ações para minimizar o erro na administração de medicamentos em pediatria segundo enfermeiros.

**Endereço:** Av. Luiz Tarquínio, s/nº, portão 9, 1º andar, sala 1**Bairro:** Roma**CEP:** 40.414-120**Município:** SALVADOR**UF:** BA**Telefone:** (71)3310-1335**Fax:** (71)3310-1335**E-mail:** cep@irmadulce.org.br

## **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Esta pesquisa poderá causar riscos de constrangimentos e/ou exposição durante a entrevista por abordar experiências/ vivências relacionadas a administração de medicamentos e postura profissional frente ao erro. Caso ocorra algum tipo de desconforto emocional a equipe de pesquisadores estará a disposição para prestar as condutas e cuidados necessários para minimizar tal sentimento. O reconhecimento da vulnerabilidade do estudo permitirá ao participante autonomia e privilegio revogável de manter-se na pesquisa. As informações coletadas a partir da entrevista serão utilizadas exclusivamente como dados da pesquisa para o presente trabalho e poderão ser utilizadas para futuras publicações do resultado da pesquisa. O sigilo das informações será garantido.

Os benefícios deste estudo consistem em identificar os fatores contribuintes para ocorrência do erro de medicamentos e analisar as condutas de enfermagem frente a ocorrência desses erros. A partir desses resultados acredita-se que é possível melhorar a qualidade da assistência de enfermagem bem como garantir o cuidado seguro em saúde.

## **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Verificar item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

## **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Pendências solicitadas no Parecer: 3.697.609 resolvidas.

## **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Observar a resolução 466/12 sobre esse os itens abaixo, referente a TCLE:

IV.5 d) ser elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s), devendo as páginas de assinaturas estar na mesma folha.

- O campo para assinatura do participante e pesquisador tem que conter espaço para data separadamente, como o exemplo abaixo:

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Assinatura do Pesquisador

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Continuação do Parecer: 3.789.771

-Incluir o contato do CEP do Hospital Santo Antônio no Termo de Consentimento

Livre. PENDÊNCIA ATENDIDA.

## **Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santo Antônio, de acordo com as atribuições

**Endereço:** Av. Luiz Tarquínio, s/nº, portão 9, 1º andar, sala 1

**Bairro:** Roma

**CEP:** 40.414-120

**Município:** SALVADOR

**UF:** BA

**Telefone:** (71)3310-1335

**Fax:** (71)3310-1335

**E-mail:** cep@irmadulce.org.br

definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se por APROVAR o referido projeto.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1419407.pdf	21/11/2019 08:24:04		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/11/2019 08:23:00	Maria Carolina Ortiz Whitaker	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.pdf	08/10/2019 16:09:47	Maria Carolina Ortiz Whitaker	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	08/10/2019 16:06:12	Maria Carolina Ortiz Whitaker	Aceito
Outros	anuencia.pdf	08/10/2019 16:04:32	Maria Carolina Ortiz Whitaker	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 23 de  
Dezembro de 2019

---

**Assin**

**ado por:**

**LAIANA**

**BEHY**

**SANTOS**

**(Coordenador(a))**

**Versão:** 2

**CAAE:** 23433419.4.0000.0047

**Instituição Proponente:** Hospital Santo Antônio/ Obras Sociais Irmã Dulce

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Endereço:** Av. Luiz Tarquínio, s/nº, portão 9, 1º andar, sala 1

**Bairro:** Roma

**CEP:** 40.414-120

**Município:** SALVADOR

**UF:** BA

**Telefone:** (71)3310-1335

**Fax:** (71)3310-1335

**E-mail:** cep@irmadulce.org.br

**Número do Parecer:** 3.789.771

### **Apresentação do Projeto:**

Percepção de enfermeiros sobre o erro na administração de medicamentos em pediatria

### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

-Apreender a percepção de enfermeiros acerca do erro na administração de medicamentos em pediatria. Objetivo Secundário:

-Identificar, na perspectiva de enfermeiros, a concepção de erros na administração de medicamentos em pediatria;

-Descrever os fatores que influenciam na ocorrência de erros de administração de medicamentos em pediatrias, na visão dos enfermeiros;

-Descrever ações para minimizar o erro na administração de medicamentos em pediatria segundo enfermeiros.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Esta pesquisa poderá causar riscos de constrangimentos e/ou exposição durante a entrevista por abordar experiências/ vivências relacionadas a administração de medicamentos e postura profissional frente ao erro. Caso ocorra algum tipo de desconforto emocional a equipe de pesquisadores estará a disposição para prestar as condutas e cuidados necessários para minimizar tal sentimento. O reconhecimento da vulnerabilidade do estudo permitirá ao participante autonomia e privilegio revogável de manter-se na pesquisa. As informações coletadas a partir da entrevista serão utilizadas exclusivamente como dados da pesquisa para o presente trabalho e poderão ser utilizadas para futuras publicações do resultado da pesquisa. O sigilo das informações será garantido.

Os benefícios deste estudo consistem em identificar os fatores contribuintes para ocorrência do erro de medicamentos e analisar as condutas de enfermagem frente a ocorrência desses erros. A partir desses resultados acredita-se que é possível melhorar a qualidade da assistência de enfermagem bem como garantir o cuidado seguro em saúde.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Verificar item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Pendências solicitadas no Parecer: 3.697.609 resolvidas.

<b>Endereço:</b> Av. Luiz Tarquínio, s/nº, portão 9, 1º andar, sala 1			
<b>Bairro:</b> Roma		<b>CEP:</b> 40.414-120	
	<b>Município:</b> SALVADOR		
<b>Telefone:</b> (71)3310-1335	<b>Fax:</b> (71)3310-1335	<b>E-mail:</b> cep@irmadulce.org.br	

### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Observar a resolução 466/12 sobre esse os itens abaixo, referente a TCLE:

IV.5 d) ser elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s), devendo as páginas de assinaturas estar na mesma folha.

- O campo para assinatura do participante e pesquisador tem que conter espaço para data separadamente, como o exemplo abaixo:

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura do Pesquisador

PENDÊNCIA ATENDIDA.

**Endereço:** Av. Luiz Tarquínio, s/nº, portão 9, 1º andar, sala 1

**Bairro:** Roma

**CEP:** 40.414-120

**Município:** SALVADOR

**UF:** BA

**Telefone:** (71)3310-1335

**Fax:** (71)3310-1335

**E-mail:** cep@irmadulce.org.br

Continuação do Parecer: 3.789.771

-Incluir o contato do CEP do Hospital Santo Antônio no Termo de Consentimento Livre. PENDÊNCIA ATENDIDA.

### Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santo Antônio, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se por APROVAR o referido projeto.

### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1419407.pdf	21/11/2019 08:24:04		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/11/2019 08:23:00	Maria Carolina Ortiz Whitaker	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.pdf	08/10/2019 16:09:47	Maria Carolina Ortiz Whitaker	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	08/10/2019 16:06:12	Maria Carolina Ortiz Whitaker	Aceito
Outros	anuencia.pdf	08/10/2019 16:04:32	Maria Carolina Ortiz Whitaker	Aceito

#### Situação do Parecer:

Aprovado

#### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 23 de  
Dezembro de 2019

**Assinado por:**

**LAIANA BEHY**

**SANTOS**

(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Luiz Tarquínio, s/nº, portão 9, 1º andar, sala 1

**Bairro:** Roma

**CEP:** 40.414-120

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3310-1335

**Fax:** (71)3310-1335

**E-mail:** cep@irmadulce.org.br