



ISSN: 1981-8963

ORIGINAL ARTICLE

ERRORS IN PREPARATION AND ADMINISTRATION OF MEDICINES: SOCIAL REPRESENTATIONS OF THE NURSING TEAM

ERROS NO PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

LOS ERRORES EN LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS: LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

Denismar Borges Miranda¹, Maria Eliane Liégio Matão², Pedro Humberto Faria Campos³, Hilda Carla Marques Vieira⁴, Lílían Jerônimo Silva⁵

ABSTRACT

Objective: knowing the social representations of the nursing staff about errors in the preparation and administration of medicines. **Method:** this is about a descriptive, field research, from qualitative approach, with the theoretical and methodological the Theory of Representations. We used recall questionnaire for data collection; analysis was done by software EVOC, 2003. The study was approved by the Ethics in Research of the Catholic University of Goiás (protocol number, 5727.0.000.168-09) and Hospital Araújo Jorge (018/2010). **Results:** representations refer to two main aspects: one directed to the professional who made a mistake and another patient hit by error. **Conclusions:** the fact that the main elements of this representation being negative and directed to the wrong person, can understand why the blame still focuses on the professional as strongly. Also, facilitates the perception that the institution is listed as conducive error indirectly. **Descriptors:** nursing team; medication errors; psychology social; social behavior.

RESUMO

Objetivo: conhecer as representações sociais da equipe de enfermagem sobre erros no preparo e administração de medicamentos. **Método:** pesquisa de campo, qualitativa e descritiva, sendo a Teoria das Representações Sociais o referencial teórico-metodológico. Utilizou-se questionário de evocação para coleta de dados; análise se deu pelo software EVOC, 2003. O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (número de protocolo, 5727.0.000.168-09) e do Hospital Araújo Jorge (018/2010). **Resultados:** as representações remetem para dois aspectos principais: um direcionado ao profissional que errou e outro ao paciente atingido pelo erro. **Conclusões:** o fato dos principais elementos desta representação serem negativos e voltados à pessoa que errou, permite compreender porque a culpa ainda incide sobre o profissional de modo tão intenso. Também, facilita na percepção de que a instituição só é relacionada como propiciadora do erro de forma indireta. **Descritores:** equipe de enfermagem; erros de medicação; psicologia social; comportamento social.

RESUMEN

Objetivo: saber las representaciones sociales del personal de enfermería acerca de los errores en la preparación y administración de medicamentos. **Método:** investigación de campo, cualitativa y descriptiva, y la Representaciones Sociales de la teórica y metodológica. Se utilizó encuesta de recordatorio de la recogida de datos; análisis fue hecho por el software EVOC, 2003. El estudio fue aprobado por la Ética en la Investigación de la Universidad Católica de Goiás (número de protocolo, 5727.0.000.168-09) y el Hospital Araújo Jorge (018/2010). **Resultados:** representaciones se refieren a dos aspectos principales: uno dirigido a los profesionales que cometió un error y otro hit paciente por error. **Conclusiones:** el hecho de que los principales elementos de esta representación son negativos y se centró en la persona equivocada, se puede entender por qué la culpa sigue centrado en el profesional de la misma fuerza. Además, facilita la percepción de que la institución está en la lista como un error propicio indirectamente. **Descriptores:** grupo de enfermería; errores de medicación; psicología social; conducta social.

¹Enfermeiro. Mestrando em Saúde, Ambiente e Trabalho pela Universidade Federal da Bahia. Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, UnB. Brasília (DF), Brasil. E-mail: denismarmiranda@hotmail.com; ²Enfermeira. Doutoranda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Mestre em Enfermagem, UFMG; Especialista em Obstetrícia, UnB. Professora Assistente II do Departamento de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás/PUC-Goiás. Goiás (GO), Brasil. E-mail: liegio@ih.com.br; ³Psicólogo. Doutor em Psicologia pela Université de Provence, França. Professor Titular do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás/PUC-Goiás. Goiás (GO), Brasil. E-mail: phd.2001@terra.com.br; ^{4,5}Enfermeiras. Graduasdas pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás/PUC-Goiás. Goiás (GO), Brasil. E-mails: liegio@ih.com.br; liegio@ih.com.br

INTRODUÇÃO

Os seres humanos podem apresentar falhar. Assim, em todo ato desenvolvido pelo homem há chance da ocorrência de erro. Nos casos em que o erro incide no preparo e/ou administração de medicamentos a punição normalmente recai sobre o profissional de enfermagem. A literatura especializada apresenta amplas possibilidades de condutas a serem adotadas diferentes das cotidianamente aplicadas.

Observam-se inúmeras mudanças na área da saúde na última década. Contudo, o medicamento ainda é o principal instrumento utilizado na terapêutica médica. Seu emprego e efeitos adversos têm sido destaques nas investigações, uma vez que pode comprometer a segurança dos clientes, e consequentemente, a qualidade prestada aos mesmos.¹

Erros de administração de medicação constituem-se como importante indicador para a avaliação da qualidade da assistência e estabelece uma relação significativa com as atividades desenvolvidas pela enfermagem nos serviços de saúde.^{2,3}

De acordo com as definições, vários fatores contribuem para os erros de medicação como: a falta de habilidade em cálculos matemáticos; conhecimento insuficiente sobre medicamentos, métodos, vias, locais, dosagens, diluição, técnicas, assepsia e utilização de materiais estéreis; tempo de experiência na área de enfermagem; trabalho em turnos; sobrecarga de trabalho; distrações e interrupções durante o preparo e administração da medicação; qualidade das prescrições, com relação à caligrafia médica e a falta de padronização que levam a interpretações errôneas; elevado número de fármacos lançados no mercado; deficiências na formação acadêmica; negligência; desatualização quanto aos avanços tecnológicos e científicos; e ao sistema de medicação como um todo.⁴

O processo de administração de medicamentos, resumidamente, inicia-se no momento da prescrição médica, passa pela farmácia para separação, distribuição e finaliza-se com o preparo e administração pelo enfermeiro ou equipe de enfermagem.³ Administrar medicamentos envolve muito mais que a simples tarefa de levar o medicamento ao paciente e administrá-lo. Inclui avaliar as condições e problemas de saúde do paciente, planejar e determinar metas para o cuidado, administrar e monitorar os efeitos das medicações, desenvolver plano educacional

para o paciente, avaliar os efeitos adversos e documentar todo o processo.⁵

Em todas as áreas é difícil a admissão do erro no cotidiano profissional. Na área da saúde qualquer erro pode ter impacto direto sobre as condições do paciente e, por isso, envolve sentimentos como culpa, vergonha e medo, além de perda de prestígio, constrangimentos e prejuízo à instituição. O erro no preparo e/ou administração de medicamento se insere nesse âmbito, motivo pelo qual se relaciona com a omissão e subnotificação de tais eventos.⁶

Rotineiramente, os erros recaem unicamente sob o indivíduo envolvido, onde na maioria das vezes, é negada qualquer responsabilidade por parte da administração ou da instituição.⁶ Quando ocorre um erro é dada ênfase maior para punição do profissional e não na educação. Muitos se sentem tão culpados ao cometerem um erro que pedem demissão, podendo desencadear um sofrimento psíquico por ter causado dano ou morte a algum paciente. Agrava esse sentimento a censura do erro e as críticas feitas pela equipe de enfermagem.⁶

As instituições devem adotar sistemas de notificações de erros sem caráter punitivo, com a finalidade de educar. É preciso levar em consideração que por trás de um profissional que erra, tem todo um sistema e um conjunto de erros, a ser levado em conta antes de qualquer punição.⁶ Logo este estudo objetivou conhecer as representações sociais da equipe de enfermagem sobre erros no preparo e administração de medicamentos.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, com adoção da Teoria das Representações Sociais - TRS como referencial teórico para auxiliar na compreensão da problemática proposta. Com base no idealizador da teoria⁷, representação social - RS pode ser entendida como sendo resultante da interação e comunicação entre indivíduos que partilham uma realidade comum, constituindo-se como produto e processo de atividade mental que atribui significado específico a um objeto.⁸

Participaram deste estudo profissionais da categoria de enfermagem (Enfermeiro, técnico ou auxiliar em enfermagem), com idade superior a 18 anos, independente do sexo, cor ou raça, com experiência profissional mínima de dois anos na área hospitalar. Os preceitos da Resolução 196/96⁹ foram atendidos.

Após aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (5727.0.000.168-09) e do Hospital Araújo Jorge (018/2010), procedeu-se a seleção dos sujeitos, com o perfil citado anteriormente. A pesquisa foi realizada em instituições prestadoras de serviços no âmbito da saúde, estas diferenciadas na sua constituição jurídica (públicas e filantrópicas) e no controle e dispensação de medicamentos.

A coleta de dados foi realizada por meio de instrumento tipo questionário, com as duas primeiras perguntas abertas de evocação e a última fechada. As respostas de evocação foram reunidas em bancos de dados, um para cada questão, preparados no Excel 2003, o qual foi processado no *software* EVOC (*Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations*), versão 2003, para organização estrutural das questões de evocação. Foi utilizada nesse estudo a técnica de evocação livre, por ser um teste projetivo, no qual o indivíduo expressa seu pensamento sem utilizar a consciência de certas ideias, sentimentos e desejos, que ele não quer admitir, mas continua a fazer parte da sua vida de modo efetivo, ou seja, determina comportamento. Dito de outro modo leva o sujeito a responder de maneira descontraída e espontânea, o que facilita inclusive a revelação de conteúdos implícitos ou latentes que normalmente são mascarados na resposta às questões discursivas, quando o sujeito tem tempo para pensar e mudar sua resposta tornando-a “mais” coerente.

A análise pelo programa consiste em fazer a depuração do corpus, cálculo das médias simples e ponderadas feito a partir dos valores de frequência, ordem média de evocação de cada palavra e a média das ordens médias de evocação (*rang*), com distribuição em quadro com quatro casas. Sua configuração estabelece dois quadrantes superiores, um a esquerda e outro a direita, e dois inferiores também à esquerda e a direita, cuja denominação é específica para cada um deles, respectivamente núcleo central, no qual estão agrupados os elementos mais frequentes e mais importantes; elementos da Primeira Periferia, os elementos periféricos mais importantes; a Zona de Contraste, que agrupa os elementos com baixa frequência, mas considerados importantes pelos sujeitos, e a Segunda Periferia, constituída por elementos menos frequentes e menos importantes.

RESULTADOS

O instrumento foi respondido por um total de 158 sujeitos integrantes da categoria de

enfermagem, dos quais, 113 são técnicos em enfermagem, 33 enfermeiros e 12 auxiliares de enfermagem. No que se refere à idade, prevalece faixa etária entre trinta e quarenta anos, com tempo de atuação profissional superior a dez anos. O grupo é formado, majoritariamente, por participantes do sexo feminino e técnicos em enfermagem (seguida por enfermeiros e auxiliares).

Em relação à continuidade na formação profissional, é notório que quase metade (n=60) faz algum curso complementar. Em relação aos técnicos em enfermagem, os quais atuam na área da saúde, muitos fazem cursos completamente diferentes deste âmbito, como teologia, agronomia, administração, educação física, pedagogia, ciências biológicas e música. Quanto aos Enfermeiros, poucos fazem cursos de pós-graduação. A carga horária semanal que estes se dedicam à atividade de estudo corresponde até 6 horas.

No que se refere à carga horária semanal de trabalho exercida na Instituição pesquisada, a quase totalidade (n=120) responderam que realiza 30 horas e a maioria dos profissionais (n=99) referem ter outro vínculo empregatício. Um grupo considerável de participantes (n=105) informou que sua carga horária total de trabalho na semana fica entre 40 e 60 horas, além dos afazeres domésticos referido pela quase totalidade dos participantes (n=149).

Os entrevistados foram questionados se conheciam alguma situação que envolvesse erros no preparo e/ou administração de medicamentos, ao que a maioria (n=107) respondeu de modo afirmativo e poucos (n=44) informaram não ter conhecimento acerca disso. Em relação de situação pessoal que envolva erro no preparo e/ou administração de medicamentos, é verdadeira para um pouco menos que a metade (n=62) do grupo.

Em relação à primeira questão de evocação, cuja expressão indutora foi “ocorrência de erro no preparo e/ou administração de medicamentos”, o resultado aparece na Figura 1. Para esta análise utilizou-se frequência mínima de 7 e intermediária de 16, com *rang* de 1,8. O elemento com mais frequência no quadrante superior esquerdo, possivelmente o núcleo central da Representação Social acerca do objeto pelo grupo, é o termo *negligência*. Em seguida aparecem no mesmo quadrante as expressões *risco ao paciente*, *imperícia* e *carga horária excessiva/cansaço*.

No quadrante superior direito, a 1ª Periferia, são encontrados os elementos periféricos mais importantes, neste caso com

maior predominância a expressão
consequência do erro, com maior e

posteriormente, *culpa, administração de antagonistas e prescrição ilegível*.

Elementos Centrais			Elementos 1ª Periferia		
	f ≥ 16	rang < 1,8		f ≥ 16	rang < 1,8
Negligência	73	1,59	Consequências-erro	22	1,82
Risco-observar-paciente	49	1,51	Culpa	20	2,25
Imperícia	46	1,63	Administração-antagonista	18	1,83
Ch excessiva-cansaço	34	1,79	Prescrição-ilegível	16	1,81

Elementos de Contraste			Elementos 2ª Periferia		
	f ≥ 16	rang < 1,8		f ≥ 16	rang ≥ 1,8
Meu-Deus	14	1,57	Educação-continuada	11	2,00
Falta-cond-pes-estru	13	1,77	Comunicar-supervisão	11	2,00
Excesso-confiança	11	1,64	Supervisão-insuficiente	08	2,25
			Isso-acontece	07	2,00

Figura 1: Evocações de integrantes da equipe de enfermagem ao termo indutor “erro no preparo e/ou administração de medicamentos”
Número total de palavras diferentes: 104; Número total de evocações: 359; Média Geral dos rangs: 1.74; Média de resposta por sujeito: 3,0; N = 158

Como Elementos de Contraste, aqueles que aparecem com baixa frequência, mas considerados relevantes para os sujeitos e podem reforçar os elementos da primeira periferia, estão localizados no quadrante inferior esquerdo, aparecem os signos *Meu Deus, falta de condição (pessoal e estrutura física) e excesso de confiança*.

A 2ª Periferia, a que fica no quadrante inferior direito, é constituída por elementos menos frequentes e menos importantes, estes especificamente *educação continuada, comunicar a supervisão, supervisão insuficiente e isso acontece*.

As evocações à segunda questão indutora: “primeiras palavras ou expressões acerca do profissional que comete erros na preparo e/ou administração de medicamentos”, estão destacadas na Figura 2, preparado com frequência mínima de 7, intermediária de 16 e rang de 1,9.

Quanto às evocações, os elementos que estão no quadrante superior esquerdo, possivelmente os integrante do núcleo central da Representação Social são: *cansaço, falta-atenção e irresponsável*.

Na 1ª Periferia são encontrados dois elementos periféricos, *deficiência na formação e imprudente*. No quadrante inferior esquerdo (elementos de contraste) são encontradas as evocações mais recorrentes, no caso: *não-tirar-dúvidas e consequência-profissional*. Como elementos da 2ª Periferia estão às expressões: *não checar cinco certos, e prescrição-ilegível*, contraditoriamente citada na quando 1 dentro da 1ª Periferia, onde aparece com alta representatividade acerca dos erros.

Figura 2: Evocações de integrantes da equipe de enfermagem ao termo indutor “profissional que comete erros na preparo e/ou administração de medicamentos”

Elementos Centrais			Elementos 1ª Periferia		
	f ≥ 16	rang < 1,9		f ≥ 16	rang < 1,9
Cansaço	66	1,77	Deficiência-formação	57	1,93
Falta-atenção	59	1,75	Imprudente	18	1,94
Irresponsável	36	1,75			

Elementos de Contraste			Elementos 2ª Periferia		
	f ≥ 16	rang < 1,9		f ≥ 16	rang < 1,9
Não-tirar-dúvidas	12	1,75	Não-5-certos	12	3,25
Consequência-profissional	12	1,50	Prescrição-ilegível	09	2,21
Ambiente-tumultuado	08	1,63			

Número total de palavras diferentes: 93; Número total de evocações: 368; Média Geral dos rangs: 1.82; Média de resposta por sujeito: 2,4; N = 158

Terminadas as perguntas de evocação, os sujeitos foram solicitados a dizer sobre os principais erros percebidos em seu ambiente de trabalho em relação ao preparo e administração de medicamentos. Dos vários erros que foram citados, num total de 53, os

seis mais citados no processo de preparo dos medicamentos, em ordem decrescente foram *diluição inadequada, tempo insuficiente para preparo, erro no cálculo, contaminação da solução, dose errada e prescrição ilegível*.

Em relação aos principais erros durante a administração dos medicamentos, dos 65 erros citados os seis mais recorrentes foram *via de administração incorreta*, *paciente errado*, *administrar medicação rapidamente*, *falta de atenção*, *não utilizar técnica asséptica* e, por último, *medicação trocada*.

No quadro fornecido com dezoito principais causas da ocorrência de erros no preparo e/ou administração de medicamentos para seleção de seis, as mais escolhidas foram: *desatenção profissional* (n= 146), *cansaço profissional/carga horária excessiva* (n=137), *ambiente tumultuado* (n=100), *prescrição ilegível* (n=87), *imperícia/negligência* (n=77) e *deficiência na formação do profissional* (n=63).

Na questão para o sujeito indicar sugestões para minimizar esses erros, aparece um total de 47 sugestões. Destes majoritariamente, a *educação continuada* (n=77) é mencionada como a melhor escolha para evitá-los, aparece também *diminuição da carga horária da enfermagem* (n= 33), *padronizar o preparo e administração de medicamento* (n= 28), *supervisão mais próxima* (n= 25), *ambiente adequado para o preparo e/ou administração de medicamentos* (n=21) e *melhorar salário* (n=12).

DISCUSSÃO

A pesquisa foi desenvolvida junto a profissionais pertencentes à categoria de enfermagem (Enfermeiro, técnico ou auxiliar), distribuídos em unidades de Clínica Médica, Cirúrgica, Oncológica, Unidade em Terapia Intensiva (UTI), Maternidade e Postos de Saúde. Considerando-se idade e tempo de serviço, estes apresentam maturidade pessoal e profissional como característica. Outros estudos realizados em contexto hospitalar acerca da problemática relacionada ao erro no preparo e/ou administração de medicamentos teve como participantes, em sua maioria, profissionais jovens e com pouco tempo de atuação profissional.^{6,10} Embora este aspecto seja diferente entre ambos, há semelhança acerca dos erros percebidos.

A participação majoritária de técnicos em enfermagem neste e em outros estudos, possivelmente, justifica-se por ser esta a maior demanda hospitalar da categoria de enfermagem em nível nacional. O Conselho Federal de Enfermagem, por meio da Resolução 189/96¹¹, dispõe sobre a distribuição percentual do total de profissionais de Enfermagem conforme a especificidade do serviço a saber: assistência mínima e intermediária com 27% de Enfermeiros e 73% de Técnicos e Auxiliares de

Enfermagem; assistência semi-intensiva, 40% de Enfermeiros e 60% de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem; assistência intensiva com 55,6% de Enfermeiros e 44,4% de Técnicos de Enfermagem. Trabalhos que comparam os quadros de pessoal de enfermagem existentes em hospitais com a resolução assim demonstram carência de enfermeiros e excesso de técnico-auxiliares de enfermagem em todos os setores independente de característica de assistência a ser prestada.¹² Uma explicação possível para esta realidade é o pagamento de menor remuneração às categorias com formação em nível médio, e óbvio a falta de fiscalização.

Percebeu-se que a remuneração não é o fator principal para a motivação no trabalho, sendo, entretanto, um dos fatores de insatisfação mais citados pelos profissionais relatados, antecedido pelas condições de trabalho. A baixa remuneração e o desprestígio social são fatores associados às condições de trabalho do enfermeiro, e que podem refletir negativamente na qualidade da assistência prestada ao cliente e mesmo o abandono da profissão, consequentemente a escassez de profissionais no mercado de trabalho.

A predominância do sexo feminino dentre os sujeitos segue a tendência cultural e social de perceber a mulher diretamente ligada ao cuidado. Como consequência direta se mantém como característica histórica da enfermagem, o fato da profissão ser exercida ainda quase que exclusivamente por mulheres, desde os primórdios.¹³

A participação cada vez maior da mulher no mercado de trabalho compõe a população economicamente ativa e assalariada, desde os anos 70. Sua busca por independência financeira ocasionou por outro lado ao reconhecimento e satisfação pessoal, mas por outro levou a sobrecarga de trabalho, por inúmeros fatores. A inserção da mulher no mundo do trabalho não a desvinculou das tarefas domésticas e da educação dos filhos, o que se verificou nesse estudo resultando no acúmulo de funções. Muitas vezes esta rotina acaba por conduzir a mulher ao estresse.¹⁴⁻¹⁶

As dificuldades socioeconômicas enfrentadas pela equipe de enfermagem são evidentes. A situação econômica resultante de má remuneração e/ou insuficiente leva os profissionais de enfermagem a procurar novas fontes de renda ou horas extras na própria instituição.¹⁷ Pode-se dizer que tal realidade seja consequência e consequente à desvalorização da categoria no cenário nacional, sobre a frustração dos profissionais que não tem reconhecimento e seus esforços

não são valorizados, direcionando seu prazer no trabalho ao dever cumprido contrapondo-se a idealização da profissão.¹⁸

Em relação à continuidade dos estudos, em que uma minoria faz algum curso pode ser resultado da sobrecarga de trabalho e não como falta de interesse em melhorar sua formação. Incontestavelmente as atividades desempenhadas são exaustivas acrescido da baixa remuneração. O fato dos poucos técnicos em enfermagem que estudam realizar graduação em cursos de áreas diferentes que âmbito da saúde, pode ser compreensível e representar o desejo destes por atuar em áreas diversificadas. Apesar disso, a maior carga horária semanal dedicada às atividades de estudo corresponde no máximo a seis horas, o que aponta, de certa forma, que utiliza o seu menor tempo para o estudo.

No que se refere à carga horária semanal de trabalho exercida nas instituições pesquisadas, e no total o resultado obtido permite dizer que há dupla jornada de trabalho em busca de complementação salarial, ou tripla no caso daqueles que estudam. A comparação desses dois itens também permite perceber que há desacordo ou contradição entre ambos, o que aparece como indicativo de que os sujeitos não responderam com veracidade esta informação, possivelmente, por receio em revelar que acumulam atividades, o que de certa forma confirma o que aparecia anteriormente como suspeita. Recomenda-se que os serviços de enfermagem adotem plantões que não excedam em mais de 12 horas diárias de trabalho consecutivas, na assistência ao paciente com o objetivo de redução dos erros causados pelo cansaço físico e mental.¹⁹

De modo geral, a caracterização dos integrantes da categoria de enfermagem deste estudo se mostra homogênea com outros estudos desenvolvidos na área descritos anteriormente.

Acerca das respostas do grupo sobre conhecer situação que envolva erros no preparo e/ou administração de medicamentos, estando ou não pessoalmente envolvido, é possível questioná-las, uma vez que poucos admitiram algum erro, mas conhece situações atribuídas a outros.

Quanto às respostas ao termo indutor “ocorrência de erro no preparo e/ou administração de medicamentos” presentes no quadrante superior esquerdo, possivelmente integrante do núcleo central da Representação Social acerca do objeto, remetem para dois aspectos principais. O

primeiro apresenta enfoque relativo ao profissional propriamente dito, ou seja, aquele que errou, e o outro direcionado ao paciente, no caso, o que foi atingido pelo erro.

Relativo ao profissional, os elementos que aparecem atribuem a ocorrência do fato à questões diretamente relacionadas a alguma falta ou inobservância por parte do mesmo. Os termos *negligência e imperícia* indicam a existência de atuação errônea por parte do profissional, estas passíveis de responsabilização ético legais. Por negligência entende “ser a atuação descuidada e defeituosa, ou a falta de atenção em momento próprio”^{18:709} e por imperícia a falta de conhecimentos necessários para evitar o mal que o agente causou e/ou falta de experiência, de conhecimentos práticos que determina a inabilidade do agente, no exercício de sua profissão, função, arte ou ofício”.^{20:613}

O artigo 186 do Código Civil brasileiro diz que “aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”.^{21:23} Atuar de modo negligente (descuido, preguiça, indolência) ou com imperícia (falta de habilidade técnica) além de cometer ilícito, pode acarretar prejuízos físicos ao paciente; estes algumas vezes letais.²² Em todos os casos (negligência ou imperícia), a sua ocorrência suscita a obrigação de reparar os danos quando devidamente comprovados, isto é, presentes os requisitos fundamentais exigidos juridicamente.²³

Vigente uma das duas condições mencionadas caracteriza inadvertência no fazer profissional, como tal, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem trata desta questão em duas oportunidades. No artigo 12 como responsabilidade e dever de todo profissional da categoria “Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência” e no artigo 40, quando também atribui ao mesmo responsabilidade e dever “posicionar-se contra falta cometida durante o exercício profissional, seja por imperícia, negligência e imprudência”.^{24:6}

Falhas na assistência de enfermagem são percebidas pelos integrantes da categoria como proibidas, mesmo se tratando da ação humana.²² Ainda, “uma das vertentes que pode trazer a compreensão desta censura é o legado deixado por Florence Nightingale - *First, do no harm*, uma releitura da máxima

de Hipócrates - *Primum non nocere* - “Antes de tudo, não causar dano”.

Dentre os problemas incluídos como falhas da assistência de enfermagem, aparecem de modo recorrente os erros relacionados à administração de medicamentos.²⁵ É dito também, que embora haja clareza quanto aos inúmeros fatores que influenciam na sua ocorrência, ainda é atribuído ao profissional que executa o procedimento final esta responsabilização, o que, via de regra, é feito por integrante da equipe de enfermagem.²⁶

Outros autores, na busca por explicações para a compreensão desta realidade, atribuem principalmente ao fato da categoria se apresentar como elo de ligação final do processo de administração de medicamentos.²⁷ Nesta perspectiva, por um lado tem seus atos mais marcados e por isso mesmo são mais lembrados; por outro lado, são mais responsabilizados porque representam a última chance de detectar o erro e não o fizeram.

Como explicitado, acerca deste enfoque há semelhança entre os resultados obtidos neste estudo e os apresentados na literatura especializada. Entretanto, pode-se dizer que esta perspectiva ganha contornos diferentes na medida em que evolui a assistência à saúde. Nesse processo é evidente o concurso de profissionais e diferentes serviços que atuam coletivamente em prol do paciente. Com isso, paulatinamente, outros fatores passam a ser questionados e responsabilizados quando da “ocorrência de erro no preparo e/ou administração de medicamentos”.

Particularmente neste estudo as expressões *carga horária excessiva e cansaço* podem apontar nesta direção, ainda que de modo indireto. Tal possibilidade é assim aventada porque de imediato, numa primeira análise os termos reforçam a idéia de atribuir ao profissional, a ocorrência de erro no preparo e/ou administração de medicamentos, assim como aparece em outros estudos, uma vez que quem se cansa por realizar *carga horária excessiva* é o profissional.^{6,27} Mas, noutro aspecto, pode significar a percepção de que há fatores externos ao profissional que concorrem para provocar o erro, neste caso as motivações que o levaram ao cansaço por cumprimento de carga horária excessiva.

O excesso da carga horária de trabalho é uma necessidade recorrente no âmbito da enfermagem. A importante demanda para cumprimento de carga horária excedente ao contrato é o “quadro de funcionários insuficiente para cobrir a unidade adequadamente”.^{28:31} Tal realidade, qual seja, carga horária excessiva sem horário de

descanso, impõe aos profissionais, potencialmente, fator de desequilíbrio à sua saúde física e mental. Além disso, o aumento da carga horária e as longas horas trabalhadas acarreta numa baixa qualidade de vida dos trabalhadores da área de enfermagem, uma vez que há desrespeito aos ritmos biológicos.¹⁰ Profissionais inseridos neste contexto sofrem o impacto negativo, se torna vulnerável e inúmeras são as consequências possíveis, com destaque para aquelas que podem comprometer o desempenho no preparo e/ou administração de medicamentos, no caso, alterações na concentração e distúrbios do sono, desconforto físico.²⁸

Quanto ao segundo aspecto que a evocação dos sujeitos nos remete, este dado pelo elemento contido no quadrante superior esquerdo, *risco-observar-paciente*, inegavelmente se refere à exposição de pessoa ao risco de sérias consequências provocadas por ação profissional. Os agravos que podem ocorrer vão desde a morbidade em variados níveis, até mesmo mortalidade e estão relacionados, diretamente, à tipologia do erro e gravidade do paciente.

Neste aspecto, a principal discussão a ser feita é o fato de ao pensar no erro, o sujeito também pensa no dano que pode causar ao paciente, numa clara demonstração de responsabilidade para o fato. Neste sentido, a monitorização e controle dos pacientes prevaleceu independente do grupo de medicamentos envolvidos.²⁹ Outro enfoque que pode reforçar esta ideia é a comunicação imediata ao médico quando da detecção de erro na administração de medicamento, como uma tentativa de prevenir a instalação de agravos ao paciente. Acredita-se que a presença deste elemento localizado em local que sugere centralidade na representação, demonstre a responsabilidade dos profissionais para com os pacientes.

No quadrante superior direito, local em que se encontram os elementos ditos de 1ª Periferia, estes também importantes na identificação da representação social do grupo. No presente estudo, as expressões evocadas reforçam a perspectiva já construída a partir do núcleo central, uma vez que *consequência do erro, culpa, administração de antagonistas e prescrição ilegível* podem ser considerados pertencentes à mesma dimensão anterior.

Os dois aspectos ditos no primeiro quadrante se fazem novamente presentes, um relativo ao profissional e o outro ao paciente. Especificamente, os signos *culpa e prescrição ilegível* cabem no primeiro, uma vez que são referidos com o mesmo sentido daquele

discutido acima para os itens incluídos no âmbito profissional. Da mesma forma, as expressões *consequência do erro e administração de antagonistas* são referidas com o mesmo sentido discutido acima para o item *risco-observar-paciente*, qual seja, buscar proteger o paciente vítima de erro no preparo e/ou administração de medicamentos.

Entretanto, no sentido de ampliar o foco de alcance da discussão, serão consideradas interpretações complementares conforme estudos que abordam a temática. As consequências dos erros no preparo e/ou administração de medicamentos relacionadas ao paciente, podem levar a período de internação mais prolongado, necessidade de tratamentos adicionais, assim como dor, sofrimento, sequelas, podendo chegar ao óbito.²⁶ Muitas vezes, os erros de medicação só são detectados quando as consequências são clinicamente manifestadas tais como a presença de sintomas ou reações adversas após algum tempo que foi ministrada a medicação.³⁰

Também atingem em maior ou menor grau os profissionais e a instituição à qual se vincula. Os profissionais de saúde podem sofrer consequências de ordem administrativa, punições verbais, escritas, demissões, processos civis e/ou éticos, que inclusive podem impedir o exercício legal da profissão. Quanto à instituição, os reflexos destes comprometem a qualidade do atendimento, sua imagem e credibilidade, além do aumento de custos da hospitalização.²⁶ Há aumento do tempo despendido pela equipe multidisciplinar para a reversão do erro, devido à necessidade de realizar intervenções extras, gera altos custos para instituição.³¹

A *culpa*, que aparece como termo evocado, está diretamente relacionada com o profissional que errou.³¹ Como sentimento aparece a partir do momento que o profissional toma consciência de ter provocado dano ao cliente.²⁶ Pode causar danos emocionais e se constitui como uma experiência traumática, cuja intensidade varia em proporção à gravidade dos danos provocados ao paciente.⁴ Os profissionais sentem-se culpados, manifestam reações emocionais significativas que podem levar a demissão voluntária. Os profissionais de saúde não estão preparados para lidar com os erros e suas consequências, pois estão associados à incompetência, vergonha, medo e às punições.³²

Neste sentido, os estudos mais atuais recomendam que se deve mudar a cultura dos erros para que estes não sejam vistos

simplesmente como falhas humanas. Estes abordam a temática não de forma a punir culpados, mas identificar as falhas que criam situações de risco ao paciente para aprimorar a assistência prestada pelos agentes de saúde, pois se sabe que o erro se deve ao que chamam de um “sistema doente”.^{26,31}

A lembrança imediata de *administração de antagonistas* após cometer um erro relacionado à administração de medicamento aparece como medida que busca minimizar os problemas ao paciente, a fim de evitar maiores danos ao mesmo.³¹ Tal pensamento, indiretamente, pode revelar achados divergentes daqueles obtidos por outros autores⁴ no que se refere à não monitoração do paciente após erros desta natureza, o que se constitui como uma importante falha profissional.

Problemas gerados por *prescrição ilegível* é um fator que contribui para a incidência de erros. O fato de a prescrição ser ainda manuscrita pode aumentar a incidência de erro, pois a caligrafia médica é na maioria das vezes de difícil compreensão e leitura. A falta de padronização da nomenclatura de medicamentos, bem como o uso de abreviaturas nas prescrições também pode ocasionar erros, tanto na transcrição quanto na interpretação, por isso elas devem ser legíveis e claras para que não haja qualquer dúvida.²⁷ Acerca disso a legislação profissional é clara quanto à possibilidade de recusa pelo profissional em executar prescrição medicamentosa em caso de elegibilidade.²⁴

Os termos presentes no quadrante inferior esquerdo, *Meu Deus, falta de condição (pessoal e estrutura física)* e *excesso de confiança*, apontam todos na direção de questões relacionadas ao profissional, cada uma delas numa vertente diferente.

A compreensão da expressão *Meu Deus* como evocada ao se perceber frente ao erro representa a perplexidade com que o profissional percebe o fato e também, a busca de uma dimensão espiritual para resolver o problema. Neste sentido, invocar a ajuda divina também pode ser para que não haja danos ao paciente, e se houver, para que não seja grave. A vivência inicial do profissional tende a ser de pânico e desespero diante do ocorrido.²⁶

Acerca da lembrança *falta de condição (pessoal e estrutura física)* é indicativo dos inúmeros fatores externos que implicam diretamente na ocorrência de erro no preparo e/ou administração de medicamentos. Para que o profissional tenha boas condições de trabalho, um dos fatores necessários é que a instituição possua quadro de profissionais

completo para favorecer a execução de suas atividades. Estudos demonstram que más condições de trabalho impostas à enfermagem são contribuintes para a ocorrência dos erros na prática da medicação, sendo o número insuficiente de profissionais para atender a demanda de cuidados um dos importantes encontrados no dia a dia.^{4,29} Outro fator encontrado é a estrutura física inadequada, uma vez que muitos ambientes nos quais funciona instituição que presta assistência à saúde, independente se pública ou privada, são adaptados e apresentam falhas neste sentido. Outro fator ambiental que pode modificar a atenção e concentração do profissional levando-o ao erro é o ruído.³³

A expressão *excesso de confiança* remete a uma dimensão diferente do foi apresentado até o momento. Neste caso, auto confiança pode representar superioridade no sentido de não admitir a possibilidade de interpretação inadequada na prática cotidiana. Em outras palavras, aqui, o manejo de forma incorreta no preparo e/ou administração de medicamentos se deve à ausência à postura do profissional.

As indicações presentes no quadrante inferior direito são tidas como de ordem pessoal do sujeito, e por isso não implicam no conjunto da representação acerca do objeto em destaque.

Na Figura 2, estão apresentadas as referências ao termo indutor “profissional que comete erros no preparo e/ou administração de medicamentos”. Estes, numa análise geral, apontam para a existência de uma compreensão relativamente semelhante ao que foi apresentado no Figura 1.

Os elementos que contribuem na formação do núcleo central da representação são *cansaço, falta-atenção e irresponsável*. Em razão do exposto acima, acredita que a abrangência e limitação acerca dos mesmos já tenha sido esgotada. Entretanto, de modo breve, o conjunto delas terá enfoque. As três indicações estão voltadas para condições verificadas no profissional e estas, às causas que levam o mesmo a incorrer em erros na preparo e/ou administração de medicamentos. As duas primeiras podem ser resultado de condições impostas ao profissional, conforme já apresentado, mas *irresponsável* é percebido assim como forma de impor ao profissional a condenação do grupo pelo erro cometido. Pode-se dizer de uma certa discriminação e preconceito para com aquele que erra, especialmente no âmbito da saúde.²⁶

A subnotificação da ocorrência de erro por parte de muitos profissionais, conforme

apresenta estudos que enfocam este aspecto do erro de medicamentos, possa se configurar numa tentativa de proteção.²⁷ Dito de modo diferente, mas que contempla a problemática neste contexto, é a busca por evitar exposição profissional.²⁶ Assim, novamente as evocações que predominam estão relacionadas com o profissional que errou, numa demonstração de que a representação é negativa para com aqueles que cometem erro no preparo e/ou administração de medicamentos. Os termos contidos nos quadrantes superior direito e inferior esquerdo reforçam esta afirmativa.

A *deficiência na formação* se deve a falta de preparo teórico para subsidiar a implementação segura da terapia medicamentosa. Constitui-se em situações de risco para o paciente, atribuídas às falhas no conhecimento farmacológico e cálculos errôneos.³² O conhecimento insuficiente, indicado como fator que contribui para a ocorrência de erro, é um fator humano individual, pessoal.⁴ Como tal, ressalta a necessidade de cada profissional buscar formação séria, competente, que se preocupa com o resultado final apresentado pelo aluno. Outra busca constante do profissional deve ser pela educação permanente no âmbito da saúde. A educação continuada atua na complementação dos estudos por proporcionar oportunidade de capacitação para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Por atitude *imprudente* necessariamente se caracteriza por uma atitude precipitada. De certa forma, pode-se dizer que a imprudência está relacionada ao descaso do profissional com o paciente, equipe e instituição na qual trabalha.³³ Imprudência significa uma ação sem cuidado necessário, é um atuar de maneira insensata ou impulsiva e que se questiona o aspecto ético do profissional.³⁴

Apesar do preparo e administração de medicamentos ser uma atividade cotidiana da equipe de enfermagem, há a existência frequente de dúvidas sobre a realização correta destas atividades, inclusive preparo e administração de medicamentos.³² Assim, *não-tirar-dúvidas* pode expor o profissional e revelar problemas na comunicação verbal entre os membros da equipe de saúde, o que é fundamental na realização das atividades de assistência ao paciente e está diretamente relacionada aos erros de medicação.³² Tais dúvidas podem levar o profissional a cometer erros que geram riscos graves à integridade do paciente.⁴

Principalmente quando se trata da liberdade para *esclarecer dúvidas* com a equipe, pode também estar relacionada a vários outros fatores como medo de

questionar ou de expor insegurança, não ter uma boa relação interpessoal ou mesmo prepotência de não querer admitir que possua dúvidas.

Estudos comprovam que os sujeitos ao pensar em *consequência-profissional* do erro relacionam este termo à punição, responsabilização legal, processo junto ao órgão fiscalizador, vergonha, sujeito a demissão. São consequências que, muitas vezes, faz com que o profissional que errou não admita, o que gera por um lado subnotificação e indevido cuidado de observação ao paciente, mas por outro lado impede que sejam estabelecidas medidas concretas direcionadas ao combate da causa desta ocorrência. Por outro lado, há casos em que admitir o erro leva a chefia imediata a adotar medidas punitivas com o discurso de que é para servir de exemplo também para que os outros profissionais não cometam erros.^{4,31,35}

Quando o profissional de enfermagem é exposto a um *ambiente tumultuado* para o exercício da prática profissional, há chances reais para ocorrência de erros se torna maior. No entanto, muitos ambientes se caracterizam como tendo estrutura física inadequada.⁴

Uma das medidas preventivas utilizadas para ocorrência de erro é recomendado ler atentamente a prescrição médica, *checando os cinco certos*, que inclui paciente certo, medicamento certo, dose certa, horário certo, e via certa a fim de garantir uma correta administração. Destes itens, o "paciente certo", será sempre o desafio para os profissionais se estes não utilizarem estratégias necessárias para assegurar que realmente o paciente receba sua medicação prescrita. Destas estratégias, destacam-se a identificação dos pacientes através de pulseiras contendo o nome com letra legível; também é importante questionar o paciente acerca de seu nome completo, fazer a devida identificação do leito e, na medida do possível, evitar que pacientes com nomes semelhantes ocupem a mesma enfermaria.⁴

Ao comparar os dois quadros de quatro casas observamos que os erros se relacionam em sua maioria ao profissional que errou, sendo evocados praticamente os mesmos termos e representatividade entre os objetos questionados. As representações sociais são percebidas como algo dinâmico, vivo, que está imbricada com a interação entre o sujeito e a sociedade, numa relação intensa, de ir e vir, na qual, tanto sujeito, quanto sociedade produzem e reproduzem conceitos, símbolos e imagens. Fica evidente a representação coletiva como fator determinante na

formação e permanência de conceitos utilizados no dia a dia.

Esse processo é uma forma do indivíduo se apropriar da realidade, construir um saber de caráter cotidiano, o chamado conhecimento do senso-comum, indispensável à organização da vida em grupo. Dentro dessa perspectiva, as representações sociais possibilitam o sujeito fazer uma leitura da realidade produzida por ele e pelo grupo.³⁶

Como alternativa apresentada pelo grupo para minimizar a ocorrência de erros no preparo e/ou na administração de medicamentos, a educação continuada é que mais aparece como opção capaz de contribuir no sentido de minimizar, quiçá eliminar esta ocorrência da prática profissional. A partir desta indicação, pode-se pensar que há *déficit* desta entre os profissionais. A educação continuada é um processo que impulsiona e modifica a organização, propiciando oportunidade de capacitação para o desenvolvimento pessoal e profissional e, a partir de um olhar crítico e de acordo com a realidade, ela traz resultados na construção de conhecimentos fundamentais para a organização, profissionais e toda sociedade como um todo. A educação continuada é um dos maiores desafios para a supervisão de enfermagem, pois, torna-se necessária elaboração de estratégias para inserção dos profissionais num processo de aprendizagem contínuo, visto que essa estratégia é indispensável na qualidade da assistência prestada pela enfermagem.¹⁷

Em seguida, a diminuição da carga horária semanal imposta à enfermagem, segundo os profissionais, poderá também ajudar na diminuição dos casos que envolvem esta problemática vigente no âmbito do preparo e administração de medicamentos. Esta inclusive é uma atual reivindicação dos órgãos de classe da categoria em nível nacional.³⁷

CONCLUSÃO

O trabalho apresenta como objeto de estudo problema recorrente vivenciado no ambiente de trabalho da enfermagem, uma vez o medicamento ainda é o principal instrumento utilizado na terapêutica médica. Os erros relativos ao preparo e administração de medicamentos coloca em risco a integridade física dos pacientes e a qualidade dos serviços oferecidos pelas instituições, além de se constituir como falta ética atribuída ao profissional. Em razão disso, normalmente a abordagem deste assunto, quando feita é com restrições e muitas vezes tratado como segredo entre a equipe.

No que se refere às Representações Sociais do erro e de quem erra no preparo e administração de medicamentos, estas estão intimamente ligado ao profissional que o comete. Assim, aparentemente, em linhas gerais, as representações são homogêneas, negativas, relacionadas ao profissional e a preocupação com o sujeito que sofre o erro. Os sujeitos ao pensarem neste erro remetem a culpa ao profissional que errou, deixando para os planos secundários, os problemas extrínsecos que podem ocasioná-lo ou simplesmente ignorando-os. O erro no preparo e/ou administração de medicamentos também é gerado por falhas no sistema implicado e, como consequência pode induzir ao erro humano.

O fato dos principais elementos evocados desta Representação Social serem negativos e voltados à pessoa que errou, permite compreender porque a culpa ainda incide sobre o profissional de modo tão intenso. Também facilita na percepção de que a instituição só é relacionada como propiciadora do erro de forma indireta, uma vez que as representações por parte dos sujeitos acerca disso são majoritariamente periféricas.

Admitir o erro é difícil para qualquer ser humano, principalmente na área da saúde. Os profissionais são treinados para promover a saúde, salvar vidas e não concorrer para agravar as condições da pessoa em virtude de erro. No âmbito da assistência de enfermagem em que estes não são aceitos, na vigência desta condição, muitas vezes, o erro técnico é visto também como uma falha de caráter profissional por não ter sido suficientemente cuidadoso, ou seja, agir de maneira não ética.

Embora haja clareza quanto aos inúmeros fatores que influenciam a ocorrência dos erros, é nítido que a responsabilidade final é atribuída ao profissional de enfermagem, devido este executar a ação. Com maior ênfase para punição e não para educação continuada, que foi um dos aspectos requeridos pelos sujeitos ao serem solicitados a dar sugestões para minimizar a ocorrência de erros.

Como errar faz parte da natureza humana, em todas as situações devem ser criados mecanismos para minimizar a ocorrência dos mesmos. Neste caso, o sistema de medicação deve ser bem estruturado com a finalidade de promover condições que auxiliem na diminuição e prevenção dos erros. O indivíduo raramente é a única causa, devendo mudar a cultura dos erros para que estes não sejam vistos como falhas humanas, mas como uma oportunidade para aperfeiçoar o sistema utilizado no serviço.

Tendo em vista esses aspectos, obter uma visão ampla do sistema de medicação é de fundamental importância aos profissionais cujo cotidiano inclui lidar ativamente em uma das etapas do processo de preparo e administração de medicamentos e, deste modo garantir uma assistência responsável e segura ao paciente.

Ao enfermeiro cabe avaliar, criteriosamente, os riscos presentes no serviço para buscar a correção dos mesmos. É sua função informar e/ou alertar os integrantes da categoria profissional de enfermagem a existência desses riscos e os cuidados propostos para preveni-los, mas, sobretudo isentá-lo de incorrer em erro mediante o desenvolvimento de ações educativas junto ao grupo.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira RC. Análise do Sistema de utilização de medicamentos em dois hospitais da cidade de Recife-PE [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
2. Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha KG. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. *Rev Latinoam Enferm*. 2008; 16(4): 746-51.
3. Miaso AI, Silva AEBC, Cassiani SHB, Grou CR, Oliveira RC, Fakihi FT. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. *Rev Latinoam Enferm*. 2006; 14(3):354-63.
4. Praxedes MFS, Telles Filho PCP. Identificação de erros no preparo e administração de medicamentos pela equipe de enfermagem e das ações praticadas pela instituição hospitalar. *Cogitare Enferm*. 2008; 13(4):514-9.
5. Manias E, Aitken R. Medication management by graduate nurses: Before, during and following medication administration. *Nursing and Health Sciences*. 2004; 6:83-91.
6. Silva BK, Silva JS, Gobbo AFF, Miaso AI. Erros de medicação: condutas e propostas de prevenção na perspectiva da equipe de enfermagem. *Rev Eletrônica Enferm*. 2007; 9(3): 712-23.
7. Moscovici SA. A representação social da psicanálise. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
8. Campos PHF, Torres ARR, Guimarães SP. Sistemas de representação e mediação

simbólica da violência na escola. *Educação e Cultura Contemporânea*. 2004; 1(2): 109-132.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa. Série CNS - Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 133. Brasília; 2002. 83-91p.

10. Pelliciotti JSS. Qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem e erros de medicação em Unidades de Terapia Intensiva [dissertação]. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2009.

11. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 189/96. Dispõe sobre a distribuição percentual do total de profissionais de Enfermagem conforme a especificidade do serviço. 1996.

12. Matsushita MS, Adami NP, Carmagnani MIS. Dimensionamento do pessoal de enfermagem das unidades de internação do Hospital São Paulo. *Acta Paul Enferm*. 2005; 18(1): 9-19.

13. Martins C, Kobayashi RM, Ayoub AC, Leite MMJ. Perfil do Enfermeiro e necessidade de desenvolvimento de competência profissional. *Texto & Contexto Enferm*. 2006; 15(3): 472-8.

14. Spíndola T. Mulher, mãe e trabalhadora de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2000; 34(4): 354-61.

15. Menzani G, Bianchi ERF. Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. *Rev Eletrônica Enferm*. 2009;11(2):327-33.

16. Fernandes SMBA, Medeiros SM, Ribeiro LM. Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. *Revista Eletrônica de Enferm*. 2008;10(2):414-27.

17. Mattias SR, Vannuchi MTO, Vituri DW, Dalmas JC. Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem: qual a melhor estratégia para o repasse dos resultados? *Semina Cienc Biol Saude*. 2009; 30(2): 121-30.

18. Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev Latinoam Enferm*. 2006; 15(3): 472-8.

19. Institute of medicine. Keeping patient safe: transforming the work. Environment of nurses. Washington, DC: National Academy Press, 2004.

20. Naufel J. Novo Dicionário Jurídico Brasileiro. 8ª ed. São Paulo: Ícone, 1988.

21. Brasil. Código Civil Brasileiro. Lei 10.406 de Janeiro de 2002.

22. Coimbra JAH. Percepção dos profissionais de enfermagem envolvidos em erros de medicação: uma abordagem ética. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2009 Dez; Fortaleza: ABEN; 2009.

23. Souza NTC. Responsabilidade civil do enfermeiro. *Revista Direito e Liberdade*. 2009; 2(1): 264.

24. Conselho federal de enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. Goiânia: AB Editora, 2007.

25. Lima LF, Leventhal LC, Fernandes MPP. Identificando os riscos do paciente hospitalizado. *Einstein (São Paulo)*. 2008; 6(4): 434-8.

26. Santos JO, Silva AEBC, Munari DB, Miaso AI. Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(4): 483-8.

27. Silva AEBC, Cassiani SHB. Administração de medicamentos: uma visão sistêmica para o desenvolvimento de medidas preventivas dos erros na medicação. *Rev Eletrônica Enferm*. 2004; 6(2): 279-85.

28. Santos LSC, Guirardello EB. Demandas de atenção do enfermeiro no ambiente de trabalho. *Rev Latinoam Enferm*. 2007; 15(1):27-33

29. Toffoletto MC, Padilha KG. Consequências dos erros de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. *Rev. Esc Enferm USP*. 2006; 40(2): 247-52.

30. Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2): 287-94.

31. Carvalho VT, Cassiani SHB. Erros na medicação e consequências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. *Rev Latinoam Enferm*. 2002; 10(4): 523-9.

32. Teixeira TCA. Análise de causa raiz dos erros de medicação em uma unidade de internação de um hospital universitário [dissertação]. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2007.

33. Freitas GF, Oguisso T. Ocorrência éticas com profissionais de enfermagem: um estudo quantitativo. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1): 34-40.

34. Fakh FT, Freitas GF, Secoli SR. Medicação: aspectos ético-legais no âmbito da enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(1): 132-5.

35. Pereira CMB, Pereira OB, Carboni RM. Conduta do futuro enfermeiro mediante o erro de medicação. Rev Enferm UFPE on line [periódico online]. 2010 Jan/mar [acesso em 2010 Set 29];4(1):113-8. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/536/449>.

36. Jodelet D. As representações sociais. Tradução: Lilian Ulup. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

37. Brasil. Projeto de Lei Nº. 2.295. 2000. Dispõe sobre a fixação da jornada de trabalho de 30 (trinta) horas semanais dos profissionais de enfermagem.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2010/10/14

Last received: 2011/04/22

Accepted: 2011/04/24

Publishing: 2011/05/01

Address for correspondence

Denismar Borges de Miranda

Bahia Suíte Residence

Av. Octávio Mangabeira, 3551, Ap. 509

CEP: 41750-240 – Salvador (BA), Brasil