



## ERRO DE MEDICAÇÃO: GESTÃO DO INDICADOR PARA UMA PRÁTICA MAIS SEGURA

MEDICATION ERRORS: MANAGEMENT OF THE MEDICATION ERROR INDICATOR TOWARD A MORE SAFETY NURSING PRACTICE

ERROR DE MEDICAMENTO: GESTION DEL INDICADOR PARA UNA PRÁCTICA MÁS SEGURA

Renata Prado Bereta Vilela<sup>1</sup>, Marli de Carvalho Jericó<sup>2</sup>

### RESUMO

**Objetivos:** caracterizar o erro de medicação e conhecer causas e ações realizadas após sua ocorrência. **Método:** estudo descritivo-exploratório, retrospectivo (2007 a 2013). A amostra abrangeu planilhas e notificações de erro de medicação disponibilizadas pelo serviço de enfermagem de um hospital de ensino. **Resultados:** a incidência de erro de medicação foi de 1,4%. O principal tipo de erro foi “omissão” (28;31,2%), unidades de internação foram as que mais notificaram (48; 53,3%). A principal causa relacionada ao erro foi “desatenção” (84;93,3%) e ao processo de trabalho não foi notificada (72;80%). A ação realizada após o erro foi “aconselhamento individual” (64; 71,1%). **Conclusão:** a série histórica possibilitou visualizar a evolução da redução da incidência de erro de medicação podendo representar uma perspectiva favorável à segurança, as causas mapearam os riscos e a educação foi a base das ações. **Descritores:** Erros de Medicação; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Avaliação em Saúde; Notificação; Enfermagem.

### ABSTRACT

**Objectives:** to characterize the medication error and know causes and actions performed after its occurrence. **Methods:** it is a descriptive and exploratory study, retrospective (2007-2013). The sample comprised spreadsheets and medication error notifications provided by the nursing service of a teaching hospital. **Results:** the incidence of medication error was 1.4%. The main type of mistake was “omission” (28; 31.2%) and inpatient units were the most notified (48; 53.3%). The main cause related to error was “inattention” (84; 93.3%) and related to the work processes have not been notified (72; 80%). The action performed after the error was “individual counseling” (64; 71.1%). **Conclusion:** the historical series made possible to visualize the evolution of reducing medication error incidence and may represent a favorable perspective on security, the causes mapped the risks and education were the bases of the actions. **Descriptors:** Medication Errors; Quality Indicators of Health Care; Health Evaluation; Notification; Nursing.

### RESUMEN

**Objetivos:** caracterizar el error de medicación y conocer causas y acciones realizadas después de su ocurrencia. **Método:** estudio descriptivo-exploratorio, retrospectivo (2007 a 2013). La muestra abarcó planillas y notificaciones de error de medicación disponibilizadas por el servicio de enfermería de un hospital universitario. **Resultados:** la incidencia de error de medicación fue de 1,4%. El principal tipo de error fue “omisión” (28;31,2%), unidades de internación fueron las que más notificaron (48; 53,3%). La principal causa relacionada al error fue “desatención” (84;93,3%) y al proceso de trabajo no fueron notificadas (72;80%). La acción realizada después del error fue “asesoramiento individual” (64; 71,1%). **Conclusión:** la serie histórica posibilitó visualizar la evolución de la reducción de la incidencia de error de medicación pudiendo representar una perspectiva favorable a la seguridad, las causas mapearon los riesgos y la educación fue en base a las acciones. **Descriptores:** Errores de Medicación; Indicadores de Calidad en Asistencia a la Salud; Evaluación en Salud; Notificación; Enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeira clínica, Sala de Recuperação Pós-Anestésica do Hospital de Base de São José do Rio Preto (SP), Mestranda, Programa de Mestrado em Enfermagem, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: [renata\\_bereta@hotmail.com](mailto:renata_bereta@hotmail.com); <sup>2</sup>Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Departamento de Enfermagem Especializada, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: [marli@famerp.br](mailto:marli@famerp.br)

INTRODUÇÃO

Os erros médicos são destaque no meio científico e na mídia, em virtude da relevância e impacto no sistema de saúde. Entre eles, os erros de medicação são frequentes nos hospitais.<sup>1-2</sup> Esse tipo de erro é definido como qualquer evento evitável, ocorrido em qualquer fase da terapia medicamentosa, estando relacionado à prática profissional, produtos de cuidado à saúde, procedimentos e sistemas, podendo ou não causar algum dano ao paciente.<sup>3-4</sup>

Os erros de medicação ocorrem por vários fatores e são de natureza multidisciplinar, acontecendo em qualquer fase do atendimento à saúde do indivíduo, bem como em diferentes unidades hospitalares. As áreas que apresentam grande demanda de paciente com maior gravidade e complexidade clínica estão mais sujeitas a essa ocorrência.<sup>1,5</sup> A classificação desses erros segue conforme a sua causa e o fator determinante.<sup>6</sup> Uma das classificações dos erros de medicação são prescrição, omissão, horário, dose, administração, medicamentos impróprios para o uso, adesão, transcrição e separação ou dispensação.<sup>7</sup>

Como consequência, os erros de medicação podem provocar perdas emocionais, físicas e financeiras para a equipe, paciente, família, instituição e sociedade.<sup>8-9</sup> Decorrente dos erros, os danos, reações adversas, lesões temporárias ou permanentes, provavelmente se agravam e levam à morte.<sup>10-11</sup> Há necessidade de aprimorar os processos de trabalho com vistas à garantia da qualidade do cuidado e baseados na mensuração de resultados. Com essa finalidade, os indicadores de qualidade direcionam a avaliação em saúde e auxiliam o gestor a compreender a dimensão do evento.<sup>12</sup>

A incidência de erro de medicação é um dos indicadores propostos pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) que deve ser aplicado como ferramenta gerencial.<sup>13</sup> É relevante que as instituições estimulem a notificação e que os profissionais incluídos nessa prática tenham além do conhecimento, a sensibilização de sua importância.<sup>14</sup> Reconhecer a causa raiz do erro é necessário para que se saiba onde e como intervir. A notificação auxilia a tratar as causas de forma racional e atuar diretamente nelas.<sup>15</sup>

Em decorrência da magnitude do problema, deve-se verificar com atenção especial a

Erro de medicação: gestão do indicador para uma...

ocorrência, as causas e consequências dos erros de medicação. Esse reconhecimento favorece a prevenção direcionada. Existem muitas formas de evitar o erro de medicação. Para tanto, é imprescindível que a notificação dos erros de medicação seja um instrumento fundamental para a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente. Os enfermeiros precisam ter um conhecimento aprofundado do preparo correto, assim como dos medicamentos e soluções. O incentivo para que a qualidade da assistência tenha a participação ativa e a valorização dos profissionais deve partir de uma cultura não punitiva por parte das instituições. A forma deve ser estudada tanto pela instituição como pelo profissional, ambos devem estar cientes dessa necessidade, visando a assistência segura e livre de danos.

OBJETIVOS

- Caracterizar o erro de medicação.
- Conhecer causas e ações realizadas após sua ocorrência.

MÉTODO

Estudo descritivo-exploratório, documental, quantitativo e retrospectivo (2007 a 2013). O campo de investigação foi um hospital de ensino de nível quaternário, de capacidade extra (720 leitos), que presta atendimento a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e convênios, atende mais de dois milhões de habitantes, com média de 46.000 atendimentos/mês, localizado no interior paulista.

A instituição participa do programa CQH. Assim, os dados referentes ao indicador de incidência de erro de medicação são coletados nas unidades pelos enfermeiros clínicos e encaminhados a Gerência de Enfermagem, que disponibilizou os dados para esta pesquisa, após a autorização do campo de estudo e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (parecer nº 325.938). Utilizou-se dados relativos à ocorrência de erros de medicação para o cálculo do indicador de qualidade de incidência de erro de medicação (IEM) em equação proposta pelo CQH em seu manual de indicadores de Enfermagem.<sup>13</sup>

$$IEM = \frac{\text{nº de erros relacionados à administração de medicamentos}}{\text{nº pacientes/dia}} \times 100$$

Vilela RPB, Jericó MC.

A notificação relativa ao indicador é feita manualmente pelos enfermeiros clínicos das unidades. Esses são coletados exclusivamente a partir de observação e notificação da equipe de enfermagem. Nessa planilha, há dados referentes ao número de erros, de pacientes e classificação dos tipos de erro. Esse processo é realizado diariamente em uma planilha impressa e encaminhada a gerência de enfermagem ao término do mês. Além da coleta de dados relativa ao indicador, deve-se preencher o formulário denominado “notificação de não conformidade de medicação” no sistema informatizado hospitalar. Esse formulário contém dados relativos à caracterização do erro e condutas adotadas. Ao término do preenchimento, o formulário é impresso e encaminhado à gerência de enfermagem.

Para a classificação, fator causal e consequência após o erro o campo de estudo utiliza padronização própria. Na classificação do erro de medicação, foram encontradas as variáveis de erro de anotação, omissão, horário, dose, administração de medicamento não autorizado, erro de diluição, medicação errada, paciente errado, erro de via e tempo de infusão. Para o fator causal havia uma divisão entre causas pessoais e outro tópico para causas do processo. Tanto para o fator causal como conduta após o erro as questões eram estruturadas, cujo o notificador poderia assinalar uma ou mais opções e poderia incluir se não houvesse a opção desejada.

Na caracterização etária, foram consideradas as idades conforme a fase do desenvolvimento humano, de zero a 11 anos criança, de 12 a 18 anos adolescente, 19 a 59 anos adulto e superior a 60 anos idoso.

No período estudado, o hospital era composto por 26 unidades, mas apenas 12 fizeram parte do estudo, pois não houve notificação por parte das demais. As unidades participantes foram classificadas em internação clínica-cirúrgica, composta por seis

Erro de medicação: gestão do indicador para uma...

unidades. As especializadas eram compostas pela pediatria, centro cirúrgico e emergência. As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) foram divididas em UTI infantil e adulto. Das três UTIs infantis, a única que notificou os erros foi a UTI cardiológica pediátrica, já das cinco UTIs adulto, somente duas notificaram.

Para a coleta de dados referente ao indicador de qualidade de erro de medicação, a gerência de enfermagem da instituição disponibilizou planilhas no programa Excel 2007, em meio digital, contendo dados de número de erros e número de medicações específicos de cada unidade hospitalar. Já os formulários de notificação de não conformidade de medicação foram disponibilizados de forma impressa. Os dados foram tabulados em planilhas do Excel 2007. Após sua tabulação, foram analisados separadamente e cruzando informações que pudessem promover a gestão do problema conforme o objetivo do estudo.

RESULTADOS

No período estudado, foram notificados 16.753 erros, apresentando uma mediana de 1.855 erros/ano, sendo que, em 2008, observa-se o maior registro de erros 4.168 (24,9%), e em 2013, o menor - 704 (4,2%). A média foi de 2.393 (DP 1.474) erros/ano. Ao longo da série histórica estudada, a incidência (Tabela 1) foi de 1,4%, apresentando diminuição durante o período, com queda de 50% de 2009 (2,1%) a 2011 (0,9%).

Tabela 1. Distribuição do indicador de incidência de erro de medicação de 2007 a 2013. São José do Rio Preto, 2015.

| Ano   | n erros | %    | n pcte/dia | %    | Ind. |
|-------|---------|------|------------|------|------|
| 2007  | 3.808   | 22,7 | 159.078    | 13,8 | 2,4  |
| 2008  | 4.168   | 24,9 | 176.706    | 15,3 | 2,3  |
| 2009  | 3.759   | 22,4 | 179.088    | 15,5 | 2,1  |
| 2010  | 1.855   | 11,1 | 118.731    | 10,3 | 1,5  |
| 2011  | 1.533   | 9,2  | 174.643    | 15,1 | 0,9  |
| 2012  | 926     | 5,5  | 183.790    | 15,9 | 0,5  |
| 2013  | 704     | 4,2  | 163.573    | 14,1 | 0,4  |
| Total | 16.753  |      | 1.155.609  |      | 1,4  |

n pcte/dia= número de pacientes por dia; Ind. = indicador.

Foram disponibilizados 90 formulários de notificação dos anos de 2011 a 2013, sendo 11 (12,2%) de 2011, 12 (13,3%) de 2012 e 67 (74,5%) de 2013. Foram caracterizados 89

(98,9%) pacientes segundo idade e sexo (Tabela 2), um formulário não havia essas informações. A média da idade dos pacientes foi 42 (DP ± 28,2) anos e a mediana 50 anos (1

Vilela RPB, Jericó MC.

Erro de medicação: gestão do indicador para uma...

mês a 93 anos). Quanto à faixa etária, 38 (42,3%) eram adultos (19 a 59 anos), o tipo de erro mais frequente nessa faixa etária foi

omissão, com 14 (36,8%) notificações. A maior incidência de erros ocorreu no sexo feminino 48 (53,3%).

Tabela 2. Distribuição da classificação do erro de medicação segundo faixa etária e sexo dos pacientes de 2011 a 2013. São José do Rio Preto, 2015.

| Classificação    | 0-11 |      | 12-18 |      | 19-59 |      | ≥60 |      | Sexo |      |    |      |
|------------------|------|------|-------|------|-------|------|-----|------|------|------|----|------|
|                  | n    | %    | n     | %    | n     | %    | n   | %    | F    | %    | M  | %    |
| Anotação         | 1    | 4,3  | -     | -    | 3     | 7,9  | 1   | 3,8  | 3    | 6,3  | 2  | 4,9  |
| Omissão          | 4    | 17,4 | -     | -    | 14    | 36,8 | 10  | 38,5 | 14   | 29,2 | 14 | 34,1 |
| Horário          | 5    | 21,7 | 1     | 50,0 | 4     | 10,6 | 3   | 11,6 | 6    | 12,5 | 7  | 17,1 |
| Horário e dose   | 1    | 4,3  | -     | -    | -     | -    | -   | -    | 1    | 2,1  | -  | -    |
| Dose             | 2    | 8,8  | -     | -    | 1     | 2,6  | 4   | 15,4 | 4    | 8,3  | 3  | 7,3  |
| MNA              | -    | -    | -     | -    | 1     | 2,6  | -   | -    | 1    | 2,1  | -  | -    |
| Diluição         | 2    | 8,8  | -     | -    | 1     | 2,6  | -   | -    | 1    | 2,1  | 2  | 4,9  |
| Medicação        | -    | -    | 1     | 50,0 | 1     | 2,6  | 1   | 3,8  | -    | -    | 3  | 7,3  |
| Paciente         | 1    | 4,3  | -     | -    | 8     | 21,1 | 4   | 15,4 | 7    | 14,6 | 6  | 14,6 |
| Via              | -    | -    | -     | -    | -     | -    | 1   | 3,8  | 1    | 2,1  | -  | -    |
| Tempo de infusão | 7    | 30,4 | -     | -    | 5     | 13,2 | 2   | 7,7  | 10   | 20,8 | 4  | 9,8  |
| Total            | 23   | 25,5 | 2     | 2,2  | 38    | 42,3 | 26  | 28,9 | 48   | 53,3 | 41 | 45,6 |

MNA= Medicamento Não Autorizado; tempo de infusão= tempo de infusão.

Com relação ao período que aconteceram os erros de medicação, o noturno foi o que mais notificou 35 (38,9%), seguido do matutino 31 (34,5%) e do vespertino 20 (22,2%). Quatro (4,4%) eventos aconteceram em mais de um período, sendo que dois (2,2%) deles durante três turnos e dois (2,2%) durante dois turnos.

Dos profissionais incluídos nos formulários, 55 (61,2%) eram auxiliares de enfermagem, 30 (33,3%) técnicos, um (1,1%) enfermeiro e um (1,1%) médico. Dois formulários (2,2%) indicaram que o erro foi compartilhado entre o enfermeiro e técnico, e em um (1,1%) não havia resposta. Quanto ao vínculo empregatício, 51 (56,6%) tinham um vínculo, 23 (25,6%) mais de um e em 16 formulários (17,8%) esse item não foi respondido. O tempo de exercício, em anos, na função foi variável, sendo que 22 (23,9%) tinham menos de um, 17(18,6%) de um a cinco, 12(13%) de seis a dez, sete (7,6 %) de 11 a 15, cinco (5,4%) de 16 a 20, apenas um (1,1%) tinha mais de 20 anos e em 28 (30,4%) não havia resposta.

A proporção da equipe de enfermagem (Tabela 3) apresentou média de 0,16 profissional/paciente nas unidades de internação e especializadas e 0,5 profissional/paciente nas UTIs infantil e adulto. O tipo de erro mais frequente foi omissão com 28 notificações (31,2%), as unidades de internação foram as que mais notificaram 48 (53,3%) e o principal tipo de erro foi omissão, com 23 (47,9%), seguida da UTI adulto com 17 (18,9%), e o seu principal tipo de erro foi horário, com seis notificações (35,3%).

As notificações eram preenchidas pelos enfermeiros sobre os fatores pessoais e de processo de trabalho que contribuíram para a

ocorrência, bem como conduta após o erro (Tabela 4). Desatenção e outros fatores associados foram a principal causa pessoal referida - 84(93,3%), seguida da não checagem da pulseira de identificação e fatores associados - 11(12,2%). Com relação à causa do processo de trabalho, em 72 (80%) formulários não havia resposta e 13 (14,4%) relacionaram à prescrição médica e a fatores associados. Quanto à conduta tomada após o erro, o aconselhamento individual foi citado em pelo menos uma das ações em 64 (71,1%) ocorrências e orientação de procedimento e rotina em 57 (63,3%).

Durante o período de internação, houve reincidência de erro de medicação em sete (7,8%) pacientes, totalizando 17 (18,9%) erros. A classificação e a incidência dos erros foram: sete (41,1%) de horário, seis (35,3) de omissão, um (5,9%) de administração de medicação não autorizada, um (5,9%) de anotação, um (5,9%) de diluição e um (5,9%) de tempo de infusão divergente do prescrito. Destaca-se que três (3,3%) pacientes sofreram o mesmo tipo de erro, totalizando nove (10%) erros, sendo seis (67%) de horário e três de omissão (33%).

Tabela 3. Distribuição da classificação do erro de medicação por unidades hospitalares e proporção da equipe de enfermagem de 2011 a 2013. São José do Rio Preto, 2015.

|                  | Internação |      |      | Especializada |      |      | UTI infantil |      |      | UTI Adulto |      |      | Total |      |      |
|------------------|------------|------|------|---------------|------|------|--------------|------|------|------------|------|------|-------|------|------|
| Classificação    | n          | %    | P    | n             | %    | P    | n            | %    | P    | n          | %    | P    | n     | %    | P    |
| Anotação         | -          | -    | -    | -             | -    | -    | 1            | 6,3  | 0,50 | 4          | 23,5 | 0,50 | 5     | 5,6  | 0,50 |
| Omissão          | 23         | 47,9 | 0,16 | -             | -    | -    | 4            | 25,0 | 0,50 | 1          | 5,9  | 0,50 | 28    | 31,2 | 0,30 |
| Horário          | 1          | 2,1  | 0,20 | -             | -    | -    | 6            | 37,4 | 0,50 | 6          | 35,3 | 0,50 | 13    | 14,4 | 0,30 |
| Horário e dose   | 1          | 2,1  | 0,16 | -             | -    | -    | -            | -    | -    | -          | -    | -    | 1     | 1,1  | 0,16 |
| Dose             | 2          | 4,2  | 0,16 | 2             | 22,3 | 0,30 | 1            | 6,3  | 0,50 | 3          | 17,6 | 0,50 | 8     | 8,9  | 0,30 |
| MNA              | -          | -    | -    | -             | -    | -    | -            | -    | -    | 1          | 5,9  | 0,50 | 1     | 1,1  | 0,50 |
| Diluição         | -          | -    | -    | -             | -    | -    | 2            | 12,5 | 0,50 | 1          | 5,9  | 0,50 | 3     | 3,3  | 0,50 |
| Medicação        | 2          | 4,2  | 0,14 | 1             | 11,1 | 0,16 | -            | -    | -    | -          | -    | -    | 3     | 3,3  | 0,14 |
| Paciente         | 9          | 18,7 | 0,16 | 3             | 33,3 | 0,14 | -            | -    | -    | 1          | 5,9  | 0,50 | 13    | 14,4 | 0,20 |
| Via              | 1          | 2,1  | 0,20 | -             | -    | -    | -            | -    | -    | -          | -    | -    | 1     | 1,1  | 0,20 |
| Tempo de infusão | 9          | 18,7 | 0,20 | 3             | 33,3 | 0,16 | 2            | 12,5 | 1,00 | -          | -    | -    | 14    | 15,6 | 0,25 |
| Total            | 48         | 53,3 | 0,20 | 9             | 10,0 | 0,16 | 16           | 17,8 | 0,50 | 17         | 18,9 | 0,50 | 90    |      | 0,25 |

P= Proporção da equipe de enfermagem.

Tabela 4. Distribuição da classificação do erro de medicação segundo as causas e condutas após o erro de 2011 a 2013. São José do Rio Preto, 2015.

| Classificação    | Causa pessoal                                                      | n  | %     | Causa do processo | n | %     | Conduta após erro               | n | %     |
|------------------|--------------------------------------------------------------------|----|-------|-------------------|---|-------|---------------------------------|---|-------|
| Anotação         | Desatenção                                                         | 5  | 100,0 | Não identificado  | 5 | 100,0 | Orientação                      | 1 | 20,0  |
| Omissão          | Sobrecarga de trabalho                                             | 4  | 14,3  | Prescrição médica | 4 | 14,3  | Orientação e ac. individual     | 8 | 28,6  |
| Horário          | Leitura incompleta da prescrição                                   | 2  | 15,4  | Prescrição médica | 5 | 38,5  | Orientação e ac. individual     | 7 | 53,8  |
| Horário e dose   | Não identificado                                                   | 1  | 100,0 | Prescrição médica | 1 | 100,0 | Orientação                      | 1 | 100,0 |
| Dose             | Falta de conhecimento                                              | 3  | 37,5  | Embalagem similar | 2 | 25,0  | Orientação e ac. individual     | 4 | 50,0  |
| MNA              | Leitura incompleta da prescrição                                   | 1  | 100,0 | Não identificado  | 1 | 100,0 | Orientação e ac. individual     | 1 | 100,0 |
| Diluição         | Condições emocionais e físicas inadequadas e falta de conhecimento | 2  | 66,7  | Prescrição médica | 1 | 33,3  | Orientação                      | 2 | 66,7  |
| Medicação        | Estava sem os óculos                                               | 1  | 33,3  | Embalagem similar | 2 | 66,7  | Orientação                      | 1 | 33,3  |
| Paciente         | Não checagem da identificação                                      | 11 | 84,6  | Não identificado  | 1 | 100,0 | Reciclagem/ elaboração de POP   | 2 | 15,4  |
| Via              | Desatenção                                                         | 1  | 100,0 | Não identificado  | 1 | 100,0 | Ac. individual                  | 1 | 100,0 |
| Tempo de infusão | Sobrecarga de trabalho e desatenção                                | 4  | 26,7  | Não identificado  | 1 | 100,0 | Reciclagem e fatores associados | 2 | 13,3  |

Orientação= orientação de procedimento ou rotina; ac. individual = aconselhamento individual.

## DISCUSSÃO

A incidência de “erro de medicação” é um indicador de qualidade proposto pelo CQH. Em 2013, média de 42 instituições hospitalares gerais com mais de 50 leitos registraram esse indicador no programa. A mediana foi de 0,15% erros no ano<sup>13</sup>, inferior ao encontrado na série histórica dessa pesquisa (1,5%). Estudo realizado em hospital universitário pediátrico público, de nível terciário e grande porte<sup>16</sup> encontrou um índice de erros de 0,1%, valor também inferior aos achados desse estudo (1,4%). A notificação do erro de medicação é uma problemática mundial, pois ainda hoje há uma cultura punitiva, comprometendo a veracidade dos dados.<sup>17</sup> Notificar o erro é apenas a primeira etapa para preveni-lo, pois esta quando sistematizada resulta na obtenção de dados mais precisos.<sup>15</sup>

Houve predominância do sexo feminino (53,3%) e mediana de idade de 50 anos corroborando com investigação em hospital sentinela, no qual o sexo feminino também se destacou (59,9%) com mediana de 47 anos.<sup>18</sup> Esses dados discordam de revisão integrativa sobre essa temática em pediatria que afirma que crianças apresentam maior vulnerabilidade à ocorrência de erros, em virtude de fatores intrínsecos e extrínsecos.<sup>19</sup> Porém, esses dados podem não refletir a realidade, uma vez que há subnotificação e o número de internações de adultos é superior ao de crianças na instituição investigada.

O presente estudo constatou que o tipo de erro mais frequente foi “omissão” (31,2%). Pesquisa em prontuários da unidade de clínica cirúrgica, de um hospital da rede sentinela, apontou dados semelhantes, pois “omissão” (34,6%) foi o principal tipo de erro encontrado.<sup>18</sup> No entanto, pesquisa multicêntrica realizada em quatro instituições hospitalares, utilizando abordagem quantitativa, questionou profissionais de enfermagem quanto aos tipos de erros mais frequentes, o de prescrição foi o mais citado (29,5%).<sup>20</sup> Investigação que verificou a causa raiz de erros de medicação afirma que lapsos, esquecimento e falta de atenção são fatores que contribuem para falhas humanas que levam a atos de omissão e que a supervisão do enfermeiro na prática da administração de medicação pode ser uma barreira eficaz para a prevenção.<sup>15</sup>

A maioria das notificações neste estudo ocorreu nas unidades de internação (53,3%). Diferindo de investigação observacional em hospital público municipal, da rede sentinela<sup>21</sup>, aponta que a UTI apresentou

Erro de medicação: gestão do indicador para uma...

maior número de erros (41,1%), sendo justificados pela complexidade do cuidado.

A proporção da equipe de enfermagem, no presente estudo, apresentou relação de 0,16 profissional/paciente em unidade de internação e unidades especializadas e 0,5 profissional/paciente em UTI adulto e infantil. Corroborando com esses achados, uma investigação em hospital universitário, terciário e de grande porte aponta a proporção de 0,6 profissionais para cada paciente em UTI, porém, a proporção de profissionais em unidades de internação e especializada diverge com o quantitativo de 1,3 profissionais de enfermagem para cada paciente.<sup>22</sup> Ainda, pesquisa multicêntrica realizada em UTIs encontrou a proporção média de 2,45 profissionais/paciente e relata que a quantidade de profissional ideal auxilia a garantir qualidade e segurança no processo de cuidar<sup>23</sup>, bem como o excesso de trabalho, a falta de pessoal, o volume de tarefas, a carga horária pesada e o número de pacientes com grande número de medicações são reconhecidos como fatores de risco.<sup>20</sup>

A principal causa do erro elencada pelos enfermeiros notificadores foi a “desatenção” (57,7%). *Survey* exploratório, que analisou erros de medicação de um hospital universitário, também aponta a “desatenção” (27,6%) como a principal causa de erros de medicação.<sup>24</sup> Observa-se que há uma predominância em apontar indivíduos ao invés de falhas no sistema.<sup>20</sup> É possível afirmar que a falta de ferramenta para mapeamento do erro e a estrutura do formulário tenham direcionado a investigação da causa do erro para a pessoa e não estratificando as características do processo de trabalho. Essa proposição é confirmada, pois, neste estudo, os notificadores registraram equivocadamente sobrecarga de trabalho como um fator pessoal, e não do processo. Essa é uma realidade global, pois grande parte das instituições atribui a culpa do erro exclusivamente ao indivíduo, sem levar em consideração as causas sistêmicas, estruturais e as fragilidades existentes no sistema de medicação.<sup>25-26</sup>

Após a ocorrência do erro, é importante que alguma medida seja tomada, porém, sem caráter punitivo, pois pode levar à subnotificação e não à resolução do problema.<sup>27</sup> Um estudo, que questionou a equipe de enfermagem de um hospital do interior paulista sobre as ações que enfermeiras tomam após a ocorrência do erro de medicação, demonstra que 63,9% dos profissionais já presenciaram alguma conduta após o erro. Dentre essas ações, 66% foram

Vilela RPB, Jericó MC.

punições, variando de leve a severa,<sup>28</sup> diferindo deste estudo, no qual nenhuma ação punitiva foi notificada.

Foi observada a reincidência do erro de medicação (18,9%) e, além dessa problemática, existem limitações que precisam ser consideradas. Em um nível global, a temática é polêmica e há uma grande subnotificação dos dados. Acredita-se que essa é também a realidade desta instituição, pois se percebeu a falta de sistematização na notificação dos erros.

## CONCLUSÃO

Este estudo analisou o erro de medicação desde sua ocorrência, tipo, causa e conduta, apresentando um panorama geral desse indicador como ferramenta para a tomada de decisão gerencial para uma prática mais segura. Há uma tendência em relacionar o erro à pessoa. Outra questão relevante é quanto à ação que deve ser tomada após a ocorrência. Um trabalho preventivo, tendo como base medidas educativas deve ser feito, para obtenção uma postura mais proativa de desenvolvimento de ações que previnam o erro.

A notificação ainda é um desafio para esse tipo de erro, pois a cultura punitiva ainda vigora e os profissionais acabam tendo medo de represálias. Gestores devem incentivar a cultura educativa, para que a notificação leve a medidas preventivas eficazes e direcionadas, além de um processo de notificação de erros sistematizado, para que não haja perda de comprometimento dos dados. Sugerimos uma reavaliação do instrumento utilizado pelos enfermeiros para notificar o erro, com maior ênfase no processo de trabalho. Além disso, é favorável o uso de ferramenta para mapeamento do erro e a implantação de barreiras para a prevenção deste.

## REFERÊNCIAS

1. Lassetter JH, Warnick ML. Medical errors, drug- related problems and medication errors: a literature review on quality of care and costs issues. J Nurs Care Qual [Internet]. 2003 July/Sept [cited 2013 Jun 04];18(3):175-81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12856901>
2. Rosa MB, Perini E, Anacleto TA, Neiva HM, Bogutchi T. Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos. Rev Saúde Pública [Internet]. 2009 Apr [cited 2013 June 08];43(3):490-8. Available from:

Erro de medicação: gestão do indicador para uma...

- <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/7265.pdf>
3. Cassiani SHB, Monzani AAS, Silva AEBC, Fakih FT, Opitz SP, Teixeira TCA. Identificación y análisis de los errores de medicación en seis hospitales brasileños. Cienc Enferm [Internet]. 2010 [cited 2013 June 08];16(1):85-95. Available from:
4. [http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art\\_10.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_10.pdf)
5. Belela ASC, Peterlini MAS, Pedreira MLG. Erros de medicação: definições e estratégias de prevenção. São Paulo: COREN; 2011.
6. Pelliciotti JSS, Kimura M. Erros de medicação qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva. Rev Latino-am Enferm [Internet]. 2010 Nov/Dec [cited 2013 June 12];18(6):1062-9. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt\\_04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_04.pdf)
7. Pedreira MLG, Peterlini MAS, Harada MJCS. Tecnologia da informação e prevenção de erros de medicação em pediatria: prescrição informatizada, código de barras e bombas de infusão inteligente. Rev Soc Bras Enferm Ped [Internet]. 2005 Jul [cited 2013 June 15];5(1):55-61. Available from: [http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol5-n1/v.5\\_n.1-art7.revi-tecnologia-da-informacao-e-prevencao-de-erro.pdf](http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol5-n1/v.5_n.1-art7.revi-tecnologia-da-informacao-e-prevencao-de-erro.pdf)
8. Cassiani SHB. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. Rev Bras Enferm [Internet]. 2005 Jan/Feb [cited 2013 June 04];58(1):95-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a19.pdf>
9. Ucha-Samartin M, Pichel-Loureiro A, Vázquez-López C, Payero MA, Parente DP, Castro NML. Impacto económico de la resolución de problemas relacionados con medicamentos en un servicio de urgencia. Farmacia Hospitalaria [Internet]. 2013 Jan/Feb [cited July 01];37(1):59-64. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/fh/v37n1/09original08.pdf>
10. Ranchon F, Salles G, Späth HM, Schwiertz V, Vantard N, Parat S, Broussais F, You B, Tartas S, Souquet PJ, Dussart C, Falandry C, Henin E, Feyer G, Rioufol C. Chemotherapeutic errors in hospitalised cancer patients: attributable damage and extra costs. BMC Cancer [Internet]. 2011 Nov [cited 2013 July 15];11:478. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3262863/>

Vilela RPB, Jericó MC.

11. Carvalho VT, Cassiani SHB. Erros na medicação e consequências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. Rev Latino-am Enferm [Internet]. 2002 July/Aug [cited 2013 Jun 29];10(4):523-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13364.pdf>
12. Toffoletto MC, Padilha KG. Consequências de medicações em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2006 Jun [cited 2013 July 02];40(2):247-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/12.pdf>
13. Vituri DW, Mitsuda LM. Validação de conteúdos de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [cited 2013 July 02];43(2):429-37. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a24v43n2.pdf>
14. Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). Manual de indicadores de enfermagem NAGEH. 2ª ed. São Paulo: APM/CREMESP [Internet]; 2012. Available from: [http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p\\_ndoc=125](http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=125)
15. Bohomol E, Ramos LH. Erros de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. Rev Bras Enferm [Internet]. 2007 Jan/Feb [cited 2013 Jun 28];60(16):32-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a06v60n1.pdf>
16. Teixeira TCA, Cassiani SHB. Análise da causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 Mar [cited 2013 June 12];44(1):139-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a20v44n1.pdf>
17. Yamamoto MS, Peterlini MAS, Bohomol E. Notificação espontânea de erro de medicação em hospital universitário pediátrico. Acta Paul Enferm [Internet]. 2011 [cited 2014 Jan 22];24(6):766-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n6/a06v24n6.pdf>
18. Coimbra JAH. Prevenção e detecção de erros de medicação. Ciênc Cuid Saúde [Internet]. 2006 [cited Jan 25];5(Supl):142-8. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CienCuidSaude/article/view/5181/3352>
19. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Santos ALM, Silva AEBC. Prevalência e fatores associados aos incidentes relacionados à medicação em pacientes cirúrgicos. Rev Esc Enferm USP

Erro de medicação: gestão do indicador para uma...

- [Internet]. 2014 [cited 2014 Jan 25];48(1):41-8. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt\\_0080-6234-reeusp-48-01-41.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-41.pdf)
20. Belela ASC, Peterlini MAS, Pedreira MLG. Erros de medicação em pediatria. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011 Mai/Jun [cited 2014 Jan 22];64(3):563-69. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a22.pdf>
21. Miaso AI, Grou CR, Cassiani SHDB, Silva AEBC, Fakih FT. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2006 Dec [cited 2014 Feb 02];40(4):524-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a10.pdf>
22. Silva LD, Camerini FG. Análise da administração de medicamentos intravenosos em hospital da rede sentinela. Texto & Contexto Enferm [Internet]. 2012 Jul/Sep [cited 2014 feb 05];21(3):633-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a19.pdf>
23. Matsushita MS, Adami NP, Carmagnani MIS. Dimensionamento do pessoal de enfermagem das unidades de internação do Hospital São Paulo. Acta Paul Enferm [internet]. 2005 [cited 2014 feb 20];18(1):9-19. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a02v18n1.pdf>
24. Perroca MG, Jericó MC, Calil ASG. Composição da equipe de enfermagem em unidades de terapia intensiva. Acta Paul Enferm [Internet]. 2011 [cited 2014 Feb 20];24(2):199-205. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/07.pdf>
25. Silva AEBC, Cassiani SHB. Erros de medicação em hospital universitário: tipos, causas, sugestões e providências. Rev Bras Enferm [Internet]. 2004 Nov/Dec [cited 2014 Feb 14];57(6):671-4. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a07.pdf>
26. Melo ABR, Silva LD. Segurança na terapia medicamentosa: uma revisão bibliográfica. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2008 mar [cited 2014 feb 12];12(1):166-72. Available from: [http://www.eean.ufrj.br/revista\\_enf/20081/28ARTIGO24.pdf](http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20081/28ARTIGO24.pdf)
27. Telles Filho PCP, Pereira Júnior AC, Veloso IR. Identificação e análise de erros na administração de medicamentos em uma unidade pediátrica hospitalar. Rev enferm UFPE on line [internet]. 2014 Apr [cited 2014

Vilela RPB, Jericó MC.

Erro de medicação: gestão do indicador para uma...

Oct 02];8(4):943-50. Available from:  
[www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/.../10165](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/.../10165)

28. Praxedes MFS, Telles Filho, PCP. Erros e ações praticadas pela instituição hospitalar no preparo e administração de medicamentos. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2011 Jul/Sep [cited 2014 jul 02];15(3):406-11. Available from:

<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/52>

29. Silva BK, Silva JS, Gobbo AFF, Miaso Al. Erros de medicação: condutas e propostas de prevenção na perspectiva da equipe de enfermagem. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2007 Sep/Dec [cited 2014 June 22];9(3):712-23. Available from:

[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v9/n3/pdf/v9n3a11.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n3/pdf/v9n3a11.pdf)

Submissão: 07/08/2015

Aceito: 17/11/2015

Publicado: 01/01/2016

### Correspondência

Renata Prado Bereta Vilela  
Av. Presidente Juscelino Kubitshek de  
Oliveira, 3000, casa 85  
Condomínio Green Valley - North Valley  
CEP 15093-260 – São José do Rio Preto (SP),  
Brasil

Português/Inglês

Rev enferm UFPE on line., Recife, 10(1):119-27, jan., 2016