



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

JÉSSICA DOS SANTOS LIMA

Principais causas de erro de administração de medicamentos em um
UTI neonatal: o olhar do acadêmico de enfermagem

Macaé
2023

JÉSSICA DOS SANTOS LIMA

PRINCIPAIS CAUSAS DE ERROS DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UM
UTI NEONATAL: O OLHAR DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro, do Instituto de Enfermagem do Centro multidisciplinar de ensino UFRJ Macaé para obtenção do diploma de bacharel em enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Gunnar Glauco De Cunto Carelli Taets.

Macaé

CIP - Catalogação na Publicação

L732

Lima, Jéssica Santos

Principais causas de erro de administração de medicamentos em um UTI neonatal: o olhar do acadêmico de enfermagem / Jéssica Santos Lima - Macaé, 2023.

22 f.

Orientador(a): Gunnar Glauco de Cunto Carelli Taets.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Enfermagem, Bacharel em Enfermagem e Obstetrícia, 2023.

1. Erros de medicação. 2. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.
3. Enfermagem. I. Taets, Gunnar Glauco de Cunto Carelli, orient. II. Título.

CDD 610

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Biblioteca Central do Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé
Bibliotecário: Anderson dos Santos Guarino CRB7 – 5280

Ficha Catalográfica

FOLHA DE APROVAÇÃO
JÉSSICA DOS SANTOS LIMA

PRINCIPAIS CAUSAS DE ERROS DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UM
UTI NEONATAL: O OLHAR DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM

Trabalho de conclusão de curso, em formato de artigo científico, apresentado como requisito legal de obtenção parcial de nota no curso de graduação de Enfermagem na Universidade Federal do Rio de Janeiro

PROFESSOR GUNNAR GLAUCO DE CUNTO CARELLI TAETS
Presidente

PROFESSOR DANILO LIMA CECCON
Primeiro examinador

PROFESSOR: GENESIS DE SOUZA BARBOSA
Segundo examinador

PROFESSORA MONIQUE BABINSKI
Primeira suplente

GRAZIELE RIBEIRO BITENCOURT
Segunda suplente

MACAÉ
4 DE JULHO DE 2023
AGRADECIMENTO E DEDICATÓRIA

Primeiramente quero agradecer a Deus imensamente por ter permitido que eu tenha vivenciado essa oportunidade única, que poucos são agraciados em ter. Agradeço grandemente à minha mãe, Marisa dos Santos Lima que além de ter lutado muito para me criar e possibilitar meus estudos me moldou e foi um exemplo para mim, me estimulando sempre a buscar meus objetivos e sonhos.

Quero agradecer profundamente ao meu melhor amigo, parceiro de vida, meu maior incentivador e marido, Rodrigo de Souza Ralha que foi o principal agente para que eu pudesse chegar até aqui, obrigado por ter me dado força e apoio em todos os momentos que eu pensei em desistir.

Aos meus irmãos Rafael e Daniel que, infelizmente, não estão mais aqui, agradeço o tempo que tive com vocês e por todas as lembranças que criamos juntos.

Às minhas irmãs, amigos e sobrinhos agradeço pela compreensão das ausências e pelo afastamento temporário.

Aos professores do curso agradeço a dedicação e comprometimento com a minha formação que com muita maestria me guiaram até aqui e foram os principais atores desse acontecimento.

Aos amigos e colegas da turma Fruta boa agradeço pelos momentos vividos com todos vocês.

Por fim, agradeço a MIM por ter me permitido sair da minha zona de conforto, há 5 anos e deixado meu trabalho e minha família em busca de um sonho que na época era quase inalcançável, mas que hoje está sendo concretizado.

“Mesmo que a vida pareça difícil, há sempre algo que você possa fazer para ter sucesso nela”

- Stephen Hawking

“Se você quer ser bem-sucedido, precisa ter dedicação total para buscar seu último limite e dar o melhor de si.”
- Ayrton Senna

RESUMO

PRINCIPAIS CAUSAS DE ERROS DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UM UTI NEONATAL: O OLHAR DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM

Objetivo: identificar as principais causas de erros de administração de medicamentos em UTIs neonatais no Brasil. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada em abril de 2023 nas bases de dados LILACS, BDNF, MEDLINE, IBECs. Como critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 5 anos, idiomas em português, texto completo gratuito. Critérios de exclusão: artigos repetidos, artigos que não apresentem aderência ao objeto de estudo. **Resultados:** Foram encontrados 35 artigos que apontaram dentre as principais causas de erros em administração de medicação em UTIN no Brasil interrupções que ocasionam a quebra da técnica da diluição de medicamentos, experiência profissional no setor, planejamento do cuidado, questões estruturais, cultura de culpabilização do indivíduo que cria um ciclo e impede a descoberta do principal fator que leva aos erros. **Conclusão** uma vez identificados os principais erros de administração de medicação em UTIN, o estudo aponta que ainda é preciso avançar em atividades e protocolos de segurança do paciente, galgando a não maleficência dos usuários e assim garantir uma assistência de qualidade e livre de incidentes e danos.

Palavras-chaves: Erros de Medicação, Enfermagem, Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal;

ABSTRACT

MAIN CAUSES OF DRUG ADMINISTRATION ERRORS IN A NEONATAL ICU: THE VIEW OF THE NURSING STUDENT

Objective: to identify the main causes of medication administration errors in neonatal ICUs in Brazil. **Method:** This is an integrative review with a qualitative approach. Data collection was carried out in April 2023 in the LILACS, BDNF, MEDLINE, IBECs databases. As inclusion criteria: articles published in the last 5 years, languages in Portuguese, free full text. Exclusion criteria: repeated articles, articles that do not adhere to the object of study. **Results:** 35 articles were found that pointed out, among the main causes of errors in medication administration in NICUs in Brazil, interruptions that cause the breakdown of the medication dilution technique, professional experience in the sector, care planning, structural issues, culture of blaming the individual who creates a cycle and prevents the discovery of the main

factor that leads to errors. **Conclusion:** Once the main medication administration errors in NICUs have been identified, the study points out that it is still necessary to advance in patient safety activities and protocols, increasing the non-maleficence of users and thus guaranteeing quality care free of incidents and harm .

Keywords : Medication Errors, Nursing, Neonatal Intensive Care Units;

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
METODOLOGIA.....	13
RESULTADOS	14
DISCUSSÃO.....	17
CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	22

INTRODUÇÃO

O período neonatal, que compreende os primeiros 27 dias pós-parto, é uma fase considerada de vulnerabilidade à saúde infantil por riscos biológicos, ambientais, sociais e culturais. Logo, o estágio requer cuidados adequados, uma maior vigilância e acompanhamento por parte do profissional de saúde a fim de garantir um melhor crescimento e desenvolvimento da criança. Esse período é também responsável por 60% a 70% dos óbitos infantis nas últimas décadas, ocorrendo principalmente até o 6º dia de vida, sendo o indicador fundamental de qualidade da atenção ao recém-nascido. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Seguindo por esse contexto, neonatos que apresentam algum problema de saúde nesse período são direcionados para as Unidades Intensivas Neonatais (UTI NEONATAL), assim, o recém-nascido (RN) que seguirá internado até sua total recuperação receberá inúmeros cuidados de toda a equipe atuante do setor.

Um dos problemas enfrentados pela equipe de enfermagem é a possibilidade de erros na administração de medicamentos. Tal fato coloca o paciente em risco fragilizando sua segurança que pode causar danos temporários ou permanentes, postergando sua alta. Os casos que o levam à morte podem ocorrer por evento adverso, erro de medicação ou qualquer evento proveniente do erro.

Um estudo constatou que a maioria dos erros de medicação em um UTI Neonatal (56%) ocorre por problemas de dispensação ou administração, enquanto somente 28% são devidos a erros de prescrição ou transcrição (SAUBERAN et al., 2010)

O Protocolo Nacional que trata do uso seguro de medicamentos define erros de medicação como sendo:

qualquer evento evitável que, de fato o potencialmente, possa levar ao uso inadequado de medicamentos quando o medicamento se encontra sob o controle de profissionais de saúde, de paciente ou do consumidor, podendo ou não provocar danos ao paciente. Os erros de medicação podem ser relacionados à prática profissional, produtos usados na área de saúde, procedimentos, problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulos embalagens, nomes,

preparação, dispensação, distribuição, administração educação, monitoramento e uso de medicamentos (BRASIL, 2013)

A administração de medicamentos exige conhecimento científico e habilidade teórica, nesse sentido o código de ética dos profissionais de enfermagem (Resolução COFEN nº 311/07) diz que é direito do cliente a prestação de uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de negligência e imperícia ou imprudência (Brasil, 2007)

A administração de medicamentos é um ato interprofissional que demanda de um médico para prescrever, de farmacêuticos para a dispensação, do enfermeiro que para aprazar e o técnico de enfermagem que para preparar e administrar. Conforme o capítulo I das Relações Profissionais, seção I, Art.30, do Código de Ética de enfermagem é proibido administrar medicamento sem conhecer a ação da droga e sem certificar-se da possibilidade dos riscos, também no Art.32 é proibido executar prescrição de qualquer natureza, que comprometam a Segurança do Paciente. Na seção II das Relações com Trabalhadores de enfermagem, saúde e outros no Art.36 é direito da equipe de enfermagem recusar executar prescrição medicamentosa e terapêutica, em que não conste a assinatura e o número de registro do profissional, exceto em casos emergenciais. Além disso, o profissional de enfermagem poderá recusar-se a executar prescrição medicamentosa e terapêutica em caso de identificação de erro ou ilegitimidade (COFEN, 2007).

No Brasil, o Ministério da Saúde criou o “Programa de segurança do Paciente” (PNSP), por meio da Portaria n 529, de 1 de abril de 2013, e a Resolução n 36 (RDC 36), de 25 de julho de 2013, da Agência Nacional de Segurança Sanitária (ANVISA), com o objetivo primordial de melhorar a segurança dos pacientes atendidos por organizações de saúde. O PNSP prevê que nos serviços de saúde deve ocorrer a implantação de núcleos e planos locais de segurança do paciente, além do protocolo de cirurgia segura. (BRASIL, 2013)

O presente estudo teve como motivação para elaboração a importância do tema abordado em consideração a criação do programa de segurança do paciente elaborado pela ANVISA em 2013 (PNSP), em que uma de suas metas visa pontuar a prescrição e administração segura e correta de medicamentos. Ademais, durante as pesquisas foram encontrados muitos artigos que citam os tipos de erros que

ocorrem em uma UTI neonatal e sua constância de acontecimentos. Entretanto, não foram encontrados artigos que descrevem e analisam os fatores que levam a ocorrência desses erros na administração de medicamentos na UTI neonatal. Logo, o objetivo desse estudo é identificar as principais causas de erros na administração de medicamentos em UTIs neonatais no Brasil.

METODOLOGIA

Os procedimentos metodológicos empregados nesse estudo englobam um delineamento de uma revisão integrativa com abordagem qualitativa:

- A coleta de dados foi realizada em abril de 2023 nas bases de dados LILACS, BDNF, MEDLINE, IBECs;
- Utilizou-se a estratégia de busca acrônimo PICO para formulação da pergunta de estudo considerando **P** (paciente) Neonatos; **I** (intervenção); administração de medicamentos; **Co** (contexto) e UTI neonatal gerando a seguinte pergunta de estudo: Quais os principais fatores que levam à ocorrência de erros em UTN ?
- Termos de busca: Erros de Medicação, Enfermagem, Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal;
- O conector booleano *and*;
- Foram encontrados 35 artigos
- Critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 5 anos, idiomas em português, texto completo gratuito.
- Critérios de exclusão: artigos repetidos, artigos que não apresentem aderência ao objeto de estudo.
- Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra desta revisão foi composta por dois artigos
- O grau de evidência de recomendação B, é uma recomendação alta, porém não é a melhor que existe dentro do padrão de níveis de evidência Oxford (2001).

Os 2 artigos analisados têm a praticamente a mesma estrutura, ou seja ambos realizaram entrevistas dos profissionais de enfermagem atuantes dos setores, então a tabela foi preenchida a partir da fala dos profissionais em relação a cuidados e fatores que influenciam os erros de administração de medicamentos. Os resultados obtidos foram analisados e listados na tabela abaixo.

TABELA 1

nome do artigo	principais achados	recomendações para segurança do paciente	nível de evidência (Oxford, 2001)	grau de recomendação
<p>Artigo 1 (A1) Interrupções e carga de trabalho de enfermagem durante a administração de medicamentos Ano: 2018.</p> <p>Renata Longhi Sasaki, Danielle Fabiana Cucololl, Marcia Galan Perrocalll.</p>	<p>Interrupções consistem na ocorrência de evento externo capaz de desviar a atenção, acarretando quebra de continuidade de uma atividade.</p> <p>Existem situações em que os profissionais de enfermagem, devido à descontinuidade do fluxo de trabalho, dobraram a dose da medicação durante a fase de preparo</p> <p>Foram observadas 121 rodadas de medicação, sendo 72 (59,5%) conduzidas por enfermeiros e 49 (40,5%) por técnicos de enfermagem.</p> <p>Em 63 (52,1%) delas ocorreram interrupções, totalizando 127, as quais ocorreram com maior frequência na fase do preparo, 61 (48%) e nas rodadas conduzidas por enfermeiros, 36 (28,3%), e por técnicos de enfermagem. A principal fonte de interrupção foi a equipe de enfermagem, 48 (37,7%), seguida de auto interrupção 29 (22,7%) e da equipe multiprofissional 21 (16,5%).</p> <p>As principais causas foram Necessidades imprevistas e emergenciais relacionadas ao bem-estar do paciente;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suprimento de materiais: esquecimento de material, necessidade de repor material nos carrinhos de medicação, busca de medicação em falta em outra unidade; Troca de informações: comunicação entre as equipes sobre assuntos relacionados ao paciente e serviços; Demanda educacional: acompanhantes pedindo informações e orientações referentes ao paciente para a equipe; •Auxílio à equipe de enfermagem: auxílios diversos, dupla checagem; • Alarmes: bombas de infusão, ventiladores mecânicos, incubadoras e monitores; <p>Conversa paralela: conversa não</p>	<p>“Assim, a construção de um ambiente adequado para que ocorram mínimas interrupções durante este processo proporcionará melhor segurança e qualidade na gestão do cuidado.”</p> <p>“A implementação de intervenções mostrou redução significativa no número de interrupções, de quase 87%, durante o processo medicamentoso”</p> <p>“Algumas estratégias adotadas pelas instituições de saúde internacionais incluem o uso de um colete com o alerta “Por favor, não interromper” quando o profissional está preparando medicações e a disponibilização de local reservado, sem fontes de distrações e interrupções, para o preparo dos medicamentos”</p> <p>“Os investimentos para mudanças de comportamento também incluem: treinamento dos profissionais, disponibilização de símbolos visíveis e de folhetos informativos aos pacientes e familiares, envolvendo-os nesta campanha de prevenção de interrupções.” (27, 28)</p>	2C	B

	relacionada ao paciente e ao serviço.			
<p>Artigo 2 (A2)</p> <p>SEGURANÇA DA TERAPIA MEDICAMENTOSA EM NEONATOLOGIA: OLHAR DA ENFERMEIRA NA PERSPECTIVA DO PENSAMENTO ECOLÓGICO RESTAURATIVO.</p> <p>Ano: 2018</p> <p>Autores: Gabriela Manito Guzzo, Ana Maria Muller de Magalhães, Gisela Maria Schebella Souto de Moura, Wiliam Wegner</p>	<p>No primeiro grupo focal, foi discutido como são encaminhadas as medidas punitivas quando ocorrem erros de medicação. Os participantes entendiam que as punições eram feitas de forma diferente dependendo da categoria dos envolvidos, de acordo com a fala que se segue: acho que depende de quem tem que ser punido. Acho que se é um médico as coisas não acontecem. Mas, já, se é um técnico de enfermagem (...) (p, GF1).</p> <p>Os erros não eram vistos de maneira sistêmica, e, sim, individualizada, como está descrito nos relatos a seguir sobre um evento adverso sofrido por um bebê em 2013, onde foi instalada uma dieta enteral por via parenteral:</p> <p>Isso foi um caso isolado que aconteceu da dieta, da colega que acabou de colocar a dieta num acesso venoso (p4, GF2).</p> <p>Os participantes discutiram fatores relacionados à estrutura física que tanto contribuem para a segurança do paciente, tal como a segregação dos medicamentos de alta vigilância, quanto predispõem a uma assistência insegura, como, por exemplo, o armazenamento de medicamentos misturados</p> <p>Em contrapartida, os medicamentos controlados, que segundo a rotina da unidade deveriam ficar chaveados, são mantidos abertos, pois junto a eles são armazenadas outras medicações que não pertencem a essa categoria.</p> <p>Mas aí tem outras medicações junto que não são controladas (p4, CF).</p> <p>Os participantes, logo no início do primeiro grupo focal, destacaram a tabela de diluição de medicamentos como sendo uma ferramenta eficaz para a segurança no uso de medicamentos. No entanto, referiram que esta era incompleta</p>	<p>“Os achados apontam a necessidade de revisão das políticas e práticas institucionais no sentido de não centrar a abordagem dos erros na responsabilização individual, sem avaliar as causas sistêmicas que levam ao erro.”</p> <p>“No segundo grupo focal os participantes trouxeram relatos de modificações que tinham ocorrido na gaveta de medicamentos controlados, a partir de sua reorganização pelos próprios profissionais da equipe de enfermagem, no transcorrer da pesquisa. Agora a dos controlados tá só os controlados e tá dividida, cada uma tem um item, e a das medicações agora tá com divisões menores” (p2, GF2).</p> <p>“Em outro caso semelhante relatado, a técnica de enfermagem destacou a importância da autonomia da equipe de enfermagem em fazer uma dupla checagem nos itens que são prescritos, e, especialmente, a liberdade em poder discutir com a equipe médica sobre suas prescrições como forma de prevenir danos desnecessários ao paciente.”</p> <p>“Além disso, os participantes destacaram o papel da equipe de enfermagem na detecção de erros de prescrição médica, funcionando como última barreira para prevenção de falhas no processo de medicação.”</p>	2C	B

	<p>para o uso em neonatologia, visto que a diluição para essa população é dependente do peso e outras características do recém-nascido</p> <p>Neste tópico foram organizadas as falas dos participantes em relação ao papel da equipe de enfermagem como última barreira para que a falha não atinja o paciente, especialmente no que tange à sua atuação como questionadores da prescrição médica. No relato que se segue, os técnicos de enfermagem envolvidos se surpreenderam com as doses prescritas, e questionaram a equipe médica sobre suas prescrições.</p> <p>Muitas vezes isso acontece. Soros também com quantidades muito elevadas de eletrólitos, a gente olha, mas o bebê é muito pequeno, não pode ser. A gente passa pra enfermeira, a enfermeira vai lá no médico: 'Não, tá errado, ainda bem que tu viu'. Isso acontece com muita frequência (p6, GF1).</p>			
--	---	--	--	--

DISCUSSÃO

ARTIGO 1

No Artigo 1 (**A1**) foi observado que o principal fator que influencia nos erros de administração de medicamentos na UTN são interrupções durante o manuseio e preparo de medicamentos.

Foram observadas 121 rodadas de medicação, sendo 72 (59,5%) conduzidas por enfermeiros e 49 (40,5%) por técnicos de enfermagem. Em 63 (52,1%) delas ocorreram interrupções, totalizando 127, as quais ocorreram com maior frequência na fase do preparo, 61 (48%) e nas rodadas conduzidas por enfermeiros, 36 (28,3%), e por técnicos de enfermagem. A principal fonte de interrupção foi a equipe de enfermagem, 48 (37,7%), seguida de auto interrupção 29 (22,7%) e da equipe multiprofissional 21 (16,5%). As principais causas das interrupções, sendo as mais frequentes: troca de informações, 54 (42,4%), conversas, 28 (22,1%), e alarme, 15 (11,8%). Todas ocorreram, principalmente, na fase de preparo de medicação. (SASSAKI et al, 2018)

Monteiro, Avelar e Pedreira (2015) afirmam que as interrupções têm efeito prejudicial no desempenho da atividade, pois podem comprometer o processo de decisão do profissional e sua eficiência, quando ocorrem durante a realização de atividades mais complexas e que requerem maior concentração.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em sua Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n.º 45/2003 em seu inciso 2.2.5., refere que “o acesso ao ambiente de preparo das soluções parenterais deve ser restrito aos profissionais diretamente envolvidos”.

A interrupção constante durante o preparo de medicamentos é extremamente prejudicial para a manutenção da segurança medicamentosa dos pacientes. Dessa forma, é visível que interrupções levam a equipe de enfermagem a incidentes e erros que potencializam os possíveis danos aos pacientes assistidos, logo, é imprescindível elaborar e aplicar medidas para quebrar este ciclo nos ambientes de serviços de saúde, principalmente no ambiente Neonatal. Algumas ações podem ser

tomadas a fim de mitigar os problemas como direcionar apenas um profissional para diluição e administração dos medicamentos, coletes com frases que solicitam para evitar a comunicação com aquele profissional, entre outras intervenções citadas no A1:

Algumas estratégias adotadas pelas instituições de saúde internacionais incluem o uso de um colete com o alerta “Por favor, não interromper” quando o profissional está preparando medicações e a disponibilização de local reservado, sem fontes de distrações e interrupções, para o preparo dos medicamentos), são algumas ações que podem quebrar esse ciclo de interrupções. (SASSAKI et al, 2018)

Além disso, cabe ao enfermeiro, como líder de equipe, gerenciador e coordenador do cuidado, planejar e dimensionar melhor as atividades de sua equipe de forma sistematizada para reduzir as interrupções no ambiente de trabalho, fomentando a prevenção de riscos e garantindo uma assistência livre de danos.

ARTIGO 2

O **A2** traz em sua estrutura 3 ações sistêmicas que levam a episódios de erros de medicamentos.

No primeiro grupo focal, foi discutido como são encaminhadas as medidas punitivas quando ocorrem erros de medicação. Os participantes entendiam que as punições eram feitas de forma diferente dependendo da categoria dos envolvidos, de acordo com a fala que se segue: acho que depende de quem tem que ser punido. Acho que se é um médico as coisas não acontecem. Mas, já, se é um técnico de enfermagem... (P7, GF1).

Os erros não eram vistos de maneira sistêmica, mas, sim, individualizada, como está descrito nos relatos a seguir sobre um evento adverso sofrido por um bebê em 2013, no qual foi instalado uma dieta enteral por via parenteral: “Isso foi um caso isolado que aconteceu da colega que acabou de colocar a dieta num acesso venoso” (P4, GF2).

A definição de erro da OMS – falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano – foi baseada nos trabalhos de James Reason. A noção de que os erros podem ser ativos ou latentes justifica o modelo de “barreiras” para impedir que o erro chegue ao paciente. Os erros ativos são atos inseguros cometidos por quem está em contato direto com o sistema. Erros latentes são atos ou ações evitáveis dentro do sistema, que surgem a partir da gestão. Um erro ativo pode ser, por exemplo, uma troca de medicamento no momento da administração, é um erro latente, a falta de medicamento no hospital.

Segundo OMS existem fatores que potencializam a ocorrência de erros e incidentes na assistência de enfermagem são eles:

- I. Humanos – relacionados ao profissional.
- II. Sistêmico – relacionados ao ambiente de trabalho.
- III. Externos – relacionados a fatores fora da governabilidade do gestor.
- IV. Relacionados ao paciente. Exemplo: não adesão ao tratamento.

Logo é importante que toda a equipe que preste assistência direta ou indireta ao paciente saiba reconhecer e modificar os fatores contribuintes.

Com isso, nos últimos anos, alguns autores vêm descrevendo uma abordagem diferente em relação aos erros nos serviços de saúde, com intuito de desmistificar que o erro ocorre somente por culpa do profissional, já que o erro de administração de medicamentos é algo sistêmico e multifatorial.

Segundo Lucian Leape (2009) o princípio orientador dessa abordagem é que os eventos adversos não são causados por más pessoas, mas por sistemas que foram mal desenhados e produzem resultados ruins. Além disso, muitos autores já falam da cultura justa. A cultura de segurança incentiva os profissionais a serem responsáveis por seus atos e a desenvolverem um novo olhar sobre os eventos adversos, assegurando a imparcialidade e o abandono de práticas punitivas e de culpabilização dos profissionais que cometem algum evento adverso não intencional. Com isso, busca-se tentar modificar a representação social de que os profissionais de saúde não erram. Assim, quando algum dano ou incidente acontecer iremos procurar os fatores que culminaram para isso, visando uma forma de prevenção e não de punição.

Sendo assim, é visível que a ausência de uma nova conduta e abordagem desses acontecimentos leva a um ciclo vicioso, em que os erros se tornam crônicos,

pois devido a maneira que os superiores, que possuem aversão de confessar quando cometem as falhas, abordam e penalizam os colaboradores.

Os participantes discutiram fatores relacionados à estrutura física que tanto contribuem para a segurança do paciente, tal como a segregação dos medicamentos de alta vigilância, quanto predispõem a uma assistência insegura, como, por exemplo, o armazenamento de medicamentos misturados

Em contrapartida, os medicamentos controlados, que segundo a rotina da unidade deveriam ficar chaveados, são mantidos abertos, pois junto a eles são armazenadas outras medicações que não pertencem a essa categoria. “Mas aí tem outras medicações junto que não são controladas (P4, CF)” (GUZZO et al. 2018).

Segundo a Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF, os medicamentos psicotrópicos e outros de controle especial existentes nos setores, serão obrigatoriamente guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim, sob a responsabilidade do enfermeiro.

No artigo, os participantes, logo no início do primeiro grupo focal, destacaram a tabela de diluição de medicamentos como sendo uma ferramenta eficaz para a segurança no uso de medicamentos. No entanto, referiram que esta era incompleta para o uso em neonatologia, visto que a diluição para essa população é dependente do peso e outras características do recém-nascido.

A carência de apresentações de medicamentos adequadas à população pediátrica e a diversidade entre os estágios de desenvolvimento desses pacientes (recém-nascido: 0-1 mês; lactente: 1-24 meses; pré-escolar: 1-5 anos; escolar: 6-11 anos e adolescentes: 12-18 anos) pode resultar em doses discrepantes entre essas faixas etárias e favorecer a ocorrência de eventos adversos (ISMP, 2017).

Não obstante, os erros de medicamentos geralmente afluem por questões estruturais, como processo, armazenagem e rotulação. É claro que o nosso papel é ser sempre uma barreira desses possíveis acontecimentos, porém muitas vezes, não é possível controlar os incidentes. Mas, cabe a nós como profissionais identificar essas circunstâncias notificáveis e assim contribuir para a segurança do paciente.

A educação continuada se constitui em medida eficaz na prevenção de incidentes de segurança do paciente, pois contribui para a melhoria dos processos assistenciais promovendo boas práticas e revisando conteúdos teórico-práticos que embasam os cuidados de enfermagem

CONCLUSÃO

As principais causas de erros em administração de medicação em UTIN, no Brasil, identificadas neste estudo foram: interrupções que ocasionaram a quebra da técnica da diluição de medicamentos; questões estruturais e; cultura de culpabilização do indivíduo que cria um ciclo e impede a descoberta do principal fator que o leva aos erros.

Entretanto é importante ressaltar que todos os artigos trazem a importância do enfermeiro na unidade neonatal, citando como enfoque a autonomia e liderança do profissional no setor. Entretanto, fica evidente que ainda temos muito a avançar em atividades e protocolos de segurança do paciente, galgando a não maleficência dos usuários e garantindo uma assistência de qualidade e livre de incidentes e danos.

Diante dos resultados obtidos, é notável que são incipientes os estudos sobre as principais causas de erros de administração de medicamentos na UTIN. Sugere-se a realização de novos estudos para possibilitar a ampliação do universo de referência sobre a temática de estudo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem Internet 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2011. Volume 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº529, de 1º de abril de 2013, Brasília, DF, abr., 2013.

CAMERINI FG, Colcher AP, Moraes DS, Souza DL, Vasconcelos JR, Rodrigo Oliveira Neves RO. Fatores de risco para ocorrência de erro no preparo de medicamentos endovenosos: uma revisão integrativa. *Cogitare enferma*. 2014

CARDOSO et al. Erros na administração de medicamentos via parenteral: Perspectiva dos técnicos de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 33, 2020. https://sis.unileao.edu.br/uploads/3/ENFERMAGEM/CICERA_LUCIANA_FERREIRA_DA_SI_LVA.pdf

CLINCO, SDO. O hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente. Dissertação (mestrado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. 2007.

GUZZO, Gabriela Manito et al. Segurança da terapia medicamentosa em neonatologia: olhar da enfermagem na perspectiva do pensamento ecológico restaurativo. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 27, 2018.

LEAPE, LL. Errors in medicine. *Clin Chim Acta*. 2009; (404):2-5

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC n.º 45, de 12 de março de 2003. Brasília, DF. 2003

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013 Brasília, DF. 2013

MONTEIRO, C. AVELAR, A, PEDREIRA, M. Interrupções de atividades de enfermeiros e a segurança do paciente: revisão integrativa da literatura. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/QNYVjJBhdrQDywFrBmp4cZP/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 23 maio. 2023.

ROCHA, Cristiane Martins da et al. Administração segura de medicamentos em neonatologia e pediatria: cuidados de enfermagem. *Rev. enferm. UFPE on line*, p. 3239-3246, 2018.

SASSAKI, Renata Longhi; CUCOLO, Danielle Fabiana; PERROCA, Marcia Galan. Interrupções e carga de trabalho de enfermagem durante a administração de medicamentos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, p. 1001-1006, 2019.

SAUBERAN, J. et al. Origins and solutions for neonatal intensive care unit. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, 2004.

YAMAMOTO MS, Peterlini MAS, Bohomol E. Notificação espontânea de erros de medicação em hospital universitário pediátrico. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(6):766-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000600006>

Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos - Uso seguro de

medicamentos em pacientes pediátricos. [Internet] ISMP Brasil, 6 (4) Novembro 2017. 7. [acesso em maio 2023]. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2017/12/BOLETIM-ISMPBRASIL-PEDIATRIA.pdf>.