

Adesão às barreiras de segurança na administração de medicamentos: percepção do paciente*

Juliana Machado Campos Fleck¹

 <https://orcid.org/0000-0003-2294-8014>

Rosana Aparecida Pereira²

 <https://orcid.org/0000-0001-9389-3300>

Ana Elisa Bauer de Camargo Silva³

 <https://orcid.org/0000-0003-3454-6602>

Fernanda Raphael Escobar Gimenes²

 <https://orcid.org/0000-0002-5174-112X>

Objetivo: analisar a percepção de pacientes sobre a adesão dos profissionais de saúde às barreiras de segurança na administração de medicamentos. **Método:** estudo transversal e correlacional, realizado em um hospital do interior de São Paulo, com 249 pacientes adultos internados na clínica médica. Utilizou-se um formulário eletrônico desenvolvido pela pesquisadora. As variáveis quantitativas foram analisadas em termos de média, mediana e desvio-padrão. As variáveis do tipo Likert foram calculadas de acordo com o escore de percepção, utilizando-se o critério de Informação Bayesiana. O ponto de corte à apreciação positiva da percepção do paciente foi 0,75. **Resultados:** a média do escore de percepção foi 0,29, sendo que, das 15 barreiras analisadas, oito nunca são aderidas pelos profissionais, na visão da maioria dos pacientes. Além disso, a idade foi a única variável com significância estatística. **Conclusão:** Quanto mais jovem o paciente, melhor a sua percepção sobre a adesão dos profissionais de saúde às barreiras de segurança na administração de medicamentos.

Descritores: Erros de Medicação; Gestão da Segurança; Enfermagem; Participação do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Segurança do Paciente.

* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Percepção do paciente sobre adesão dos profissionais de saúde às barreiras de prevenção de erros na administração de medicamentos", apresentada à Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

¹ Universidade de Franca, Faculdade de Enfermagem, Franca, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, Goiânia, GO, Brasil.

Como citar este artigo

Fleck JMC, Pereira RA, Silva AEBC, Gimenes FRE. Adherence to safety barriers in medication administration: patients' perception. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3497. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.5383.3497>

Introdução

Erros de medicação são uma das principais causas de lesão e morte relacionadas à assistência⁽¹⁾. No mundo, os custos destinados ao tratamento desses eventos correspondem a aproximadamente 1% do total de despesas em saúde⁽²⁾. Apesar de poderem ocorrer em qualquer etapa do processo de uso de medicamentos⁽²⁻³⁾, os erros de administração são os mais corriqueiros⁽²⁾ e destacam-se como um desafio para profissionais, pacientes e instituições de saúde⁽⁴⁾.

Revisões sistemáticas da literatura apontaram que uma em cada cinco doses de medicamentos é administrada incorretamente em unidades de internação⁽⁵⁾ e que os erros mais comuns foram os de horário, de dose, de diluição, na velocidade de infusão e omissão⁽⁶⁾. Tais erros geralmente resultam em danos moderados ou graves e acometem, principalmente, pessoas com necessidades de saúde ou social complexas, além dos extremos de idade⁽¹⁾.

Copiosos esforços foram empregados para a prevenção dos erros de administração, incluindo mudanças nos processos assistenciais e implementação de novas tecnologias⁽⁴⁾. Barreiras de segurança foram definidas como um conjunto de medidas utilizadas pela equipe de saúde para gerenciar os potenciais riscos relacionados à assistência⁽⁷⁾, as quais são importantes para garantir segurança aos pacientes. Entretanto, pesquisas revelaram baixa adesão dos profissionais de saúde a essas barreiras⁽⁸⁻¹¹⁾, contribuindo para o aumento do risco de dano⁽⁹⁾ e de resultados negativos em saúde.

As barreiras de segurança na administração de medicamentos compreendem prescrição médica eletrônica, sistemas automatizados de distribuição de medicamentos, código de barras para medicamentos e pacientes, bombas de infusão inteligentes para a administração de medicamentos intravenosos, cumprimento dos nove certos na administração de medicamentos, protocolos voltados para o manejo de medicamentos de alta vigilância e prática de higiene das mãos^(4,12-14). Tais barreiras também podem ser classificadas em três grandes grupos: otimização dos sistemas de medicação, apoio aos profissionais no gerenciamento de interrupções e distrações e, por fim, incentivo ao engajamento do paciente no gerenciamento de seus próprios cuidados⁽¹⁵⁾.

A administração segura de medicamentos tem sido destaque na segurança do paciente. Em pesquisa realizada em um serviço de emergência de um hospital de Minas Gerais, cujo objetivo foi analisar as ações promovidas para a melhoria da qualidade e os desafios da equipe de enfermagem para a promoção do cuidado seguro na administração de medicamentos, sendo conduzida uma entrevista semiestruturada com os profissionais, os resultados revelaram lacunas no conhecimento referentes

aos nove certos da administração de medicamentos, bem como o dimensionamento inadequado de pessoal e o desconhecimento sobre novos fármacos. Os pesquisadores concluíram que os gestores necessitam investir em capacitação e no engajamento dos pacientes na tomada de decisão sobre o cuidado à saúde⁽¹⁶⁾.

É notório que a equipe de enfermagem exerce papel preponderante na prevenção de erros na administração de medicamentos. Logo, reduzir riscos potenciais nessa etapa do processo de medicação é essencial para a melhoria da qualidade do cuidado⁽¹⁷⁾. Ademais, a inserção do paciente no processo permitirá seu engajamento nas tomadas de decisões e na busca por informações sobre as opções de atendimento⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Por tais motivos, a participação do paciente na prevenção de erros de administração deve ser fomentada.

Apesar do aumento exponencial da atenção à participação dos pacientes nos processos de cuidar, além das diversas barreiras implementadas por gestores de saúde para reduzir os erros de administração, é irrefutável a carência de pesquisas voltadas para a análise da percepção do paciente sobre a adesão dos profissionais às barreiras de segurança⁽²⁰⁾.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar a percepção do paciente sobre a adesão dos profissionais de saúde às barreiras de segurança na administração de medicamentos.

Neste estudo, percepção foi definida como a relação estabelecida entre uma pessoa e outra, incluindo um objeto e/ou um acontecimento durante a inter-relação. Isto posto, cada indivíduo apresenta sua própria percepção da relação, do que é visto ou identificado do outro sujeito⁽²¹⁾.

Método

Tipo de estudo

Trata-se de estudo quantitativo, do tipo transversal e correlacional⁽²²⁾. Para a sua descrição, foram utilizadas as diretrizes STROBE (em inglês, *Strengthening the Reporting Observational Studies in Epidemiology*), que fornecem estrutura formal e sistematizada para os critérios e métodos para a seleção de participantes⁽²³⁾.

Local do estudo

O estudo foi realizado na clínica médica de um hospital filantrópico do município de Franca, São Paulo, Brasil. O hospital possui 206 leitos, sendo referência regional de urgência e emergência em média e alta complexidade. Possui quatro certificações Ouro em Qualidade, incluindo a certificação em qualidade hospitalar (CQH). A clínica médica foi selecionada porque apresenta maior número de

internações/mês e os pacientes, em geral, permanecerem internados por período maior de tempo.

Período do estudo

Maio de 2019 a junho de 2020.

População

Fizeram parte do estudo os pacientes adultos internados na unidade de clínica médica de um hospital filantrópico do município de Franca, São Paulo, Brasil.

Critérios de seleção

Incluíram-se os pacientes internados há pelo menos 48 horas, com capacidade para comunicação verbal e orientados em tempo, espaço e quanto à pessoa. Pacientes em isolamento no período da coleta de dados não foram incluídos no estudo.

Amostra

A amostra por conveniência foi constituída por 249 pacientes internados no período de junho de 2019 a setembro do mesmo ano.

Instrumento de coleta de dados

Um formulário eletrônico foi elaborado com base na literatura sobre o tema⁽²⁻¹⁵⁾, sendo dividido em três partes: variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes (sexo, escolaridade, história de internações anteriores e tempo decorrido entre a última internação e a atual), conduta dos profissionais de saúde em relação aos medicamentos utilizados regularmente no domicílio e barreiras de segurança na administração de medicamentos. As questões relacionadas às variáveis "conduta dos profissionais de saúde em relação aos medicamentos utilizados regularmente no domicílio" e "barreiras de segurança na administração de medicamentos" foram disponibilizadas em uma escala do tipo Likert de cinco alternativas de respostas (sempre, às vezes, nunca, não sei, não se aplica). O instrumento foi validado quanto à face e ao conteúdo por painel constituído por cinco especialistas. Também foi submetido a estudo piloto com 10 pacientes para verificar sua adequabilidade, o que legitimou a sua empregabilidade.

Coleta de dados

Entrevista estruturada foi conduzida na própria enfermaria, no período vespertino, com duração entre 35 e 40 minutos. A privacidade dos pacientes foi mantida por meio do uso de biombos. As respostas foram registradas no formulário eletrônico pelos pesquisadores, por meio de dispositivo móvel. Dados demográficos e clínicos

foram obtidos junto aos participantes e ao prontuário do paciente.

Os participantes foram abordados pela pesquisadora ou por auxiliares de pesquisa devidamente treinados (três alunas do 4º ano do curso de Graduação em Enfermagem). Os objetivos foram apresentados para os participantes, os quais, após aceitarem participar da pesquisa voluntariamente, foram solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Análise dos dados

Na análise dos dados, as variáveis quantitativas (sexo, escolaridade e história de internações anteriores) foram apresentadas como frequências absoluta e relativa, enquanto as variáveis contínuas (idade do paciente, por quanto tempo ficou internado e tempo da última internação) foram analisadas em termos de média, mediana e desvio-padrão.

Na análise das respostas da escala Likert, utilizou-se das seguintes pontuações para as alternativas: 1 (Sempre), 0,5 (Às Vezes) e 0 (Nunca, Não Sei e Não se Aplica – NA). Efetuou-se o cálculo da média do escore de percepção do paciente, cujo valor resultante encontrava-se no intervalo entre zero e um [0-1]. Foram considerados percepção positiva sobre a adesão dos profissionais de saúde às barreiras de segurança na administração de medicamentos os valores maiores ou iguais a 0,75.

Para a análise do escore padronizado, foi adotada a distribuição Beta (BE) ou a distribuição Beta inflacionada de Zeros e/ou Uns (BEINF), a qual pertence à classe de modelos aditivos generalizados para posição, escala e forma. Como variáveis independentes para o modelo, foram analisadas as seguintes: idade (em anos), sexo (masculino/feminino), escolaridade (sem estudo/1 a 4 anos/5 a 8 anos/9 a 11 anos/acima de 11 anos), história de internação anterior (sim/não) e tempo decorrido entre a última internação e a atual (em anos). Esta última só esteve presente para os participantes que responderam "sim" para o item que versava sobre história anterior de internação.

Com relação ao escore total da percepção do paciente, a seleção da distribuição da variável resposta foi efetuada por meio da utilização do critério de Informação Bayesiana (BIC). O modelo com o menor valor de BIC foi o selecionado. Para avaliar a adequação da variável resposta, foi aplicado o teste de Normalidade de Shapiro-Wilk sobre os resíduos do ajuste. As análises foram realizadas por meio do programa R versão 3.6.1, sendo considerado o nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$).

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil (CAAE nº 11945618.2.3001.5438),

conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁽²⁴⁾.

Resultados

Dos 249 (100%) pacientes, a maioria era do sexo masculino (127; 51,0%), com 5 a 8 anos de escolaridade (90; 36,1%) e história de internações anteriores (230; 92,4%). A média do tempo de internação foi de 8,05 dias (5,00 ± 9,60) e a média do tempo decorrido entre a última internação e a atual foi de 5,97 anos (2,00 ± 7,66).

Quanto às informações sobre segurança na administração de medicamentos, grande parte dos pacientes (227; 91,2%) afirmou não tê-las recebido em sua última internação. Quanto à conduta dos profissionais de saúde relacionada aos medicamentos em uso contínuo no domicílio, 65 (26,1%) pacientes afirmaram ter sido orientados para não interromper o uso durante o período

de internação. Contudo, 129 (51,8%) não foram alertados sobre a importância de manter os medicamentos em casa.

A Tabela 1 apresenta a percepção dos pacientes acerca da adesão dos profissionais de saúde às barreiras de segurança na administração de medicamentos, indicando que, das 15 barreiras analisadas, oito (61,5%) nunca são aderidas pelos profissionais, na percepção da maioria dos pacientes. Além disso, mais de 80% dos pacientes afirmaram que os profissionais nunca informam sobre a importância da alergia a medicamentos.

Com relação à pulseira de identificação, 83,8% (n = 207) dos pacientes afirmaram que os profissionais nunca utilizam pelo menos dois identificadores para confirmar o paciente certo antes da administração do medicamento. Com relação à higienização das mãos, 65 (26,1%) pacientes afirmaram que os profissionais da enfermagem "nunca" realizam o procedimento antes de administrar os medicamentos.

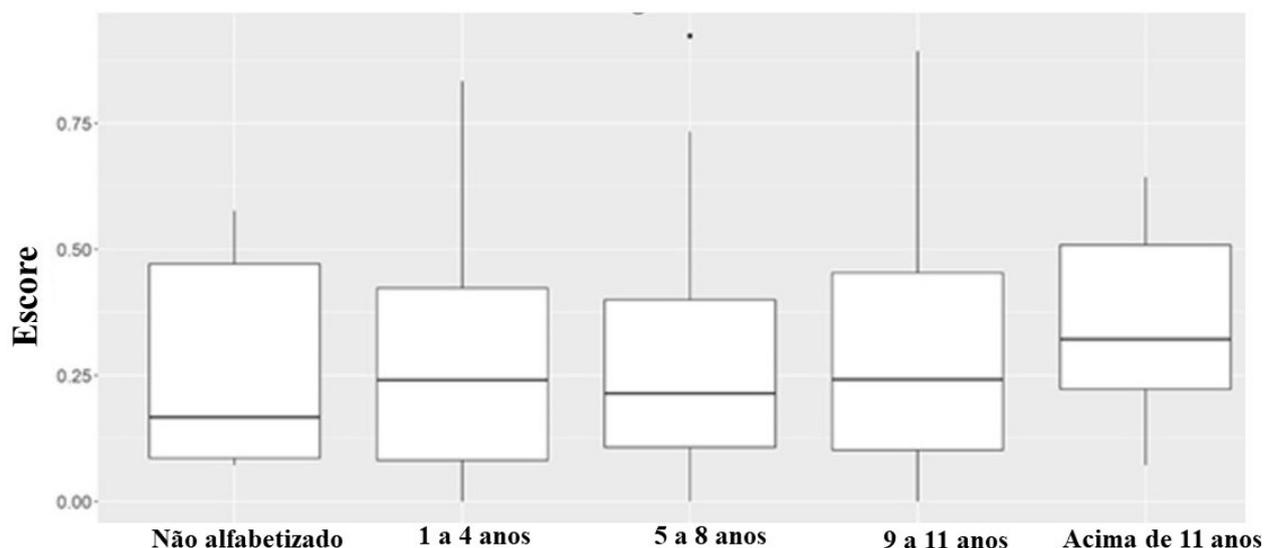
Tabela 1 – Distribuição das respostas dos pacientes acerca da adesão dos profissionais de saúde às barreiras de segurança na administração de medicamentos (N=249). Franca, SP, Brasil, 2019

BARRERAS DE SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	RESPOSTAS											
	SEMPRE		ÀS VEZES		NUNCA		NÃO SEI		NÃO RESPONDEU		NÃO SE APLICA	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Os profissionais higienizam as mãos com água e sabão e/ou com álcool gel antes de administrar o medicamento	88	35,3	69	27,7	65	26,1	24	9,6	3	1,2	-	-
Sou informado sobre a importância da pulseira de identificação	19	7,6	4	1,6	221	88,8	2	0,8	3	1,2	-	-
Sou informado sobre a importância do painel de identificação do leito	9	3,6	4	1,6	231	92,8	2	0,8	3	1,2	-	-
O meu nome completo é conferido antes da medicação	25	10,0	22	8,8	199	79,9	-	-	3	1,2	-	-
Minha pulseira de identificação é conferida antes da administração do medicamento	17	6,8	34	13,6	185	74,3	10	4,0	3	1,2	-	-
São utilizados, no mínimo, dois identificadores para confirmar que sou o paciente certo, antes da medicação	11	4,4	28	11,3	207	83,8	-	-	3	1,2	-	-
Sou orientado sobre os medicamentos em uso	85	34,1	48	19,3	111	44,6	2	0,8	3	1,2	-	-
Sou informado sobre a dosagem dos medicamentos administrados durante minha internação neste hospital	45	18,1	24	9,6	175	70,3	2	0,8	3	1,2	-	-
Sou informado sobre a ação/função dos medicamentos em uso neste hospital	69	27,7	56	22,5	120	48,2	1	0,4	3	1,2	-	-
Sou orientado sobre os horários de administração dos medicamentos em uso neste hospital	41	16,5	26	10,4	175	70,3	4	1,6	3	1,2	-	-
As informações sobre os medicamentos em uso neste hospital são facilmente compreendidas	47	18,9	66	26,5	132	53,0	1	0,4	3	1,2	-	-
Fui questionado sobre alergia(s)	36	14,5	11	4,4	83	33,3	-	-	3	1,2	116	46,6
Sou orientado sobre o tempo de infusão/administração do(s) soro(s)	26	10,4	9	3,6	103	41,4	-	-	3	1,2	108	43,4
Sou orientado sobre a importância de respeitar o tempo de infusão/administração do(s) soro(s)	27	10,8	8	3,21	103	41,4	-	-	3	1,2	108	43,4
Os profissionais usam luvas de procedimentos quando administram medicamentos injetáveis (intravenoso)	203	81,5	14	5,6	28	11,2	-	-	3	1,2	1	0,4

Os pacientes apresentaram percepção negativa da adesão dos profissionais de saúde às barreiras de segurança na administração de medicamentos, independentemente do sexo, visto que a média foi 0,29 ($0,25 \pm 0,21$).

Com relação à escolaridade, 15% dos pacientes não alfabetizados tiveram baixa ou nenhuma percepção sobre

adesão dos profissionais de saúde às barreiras de segurança na administração de medicamentos. Pacientes com 1 a 4 anos ou 9 a 11 anos de escolaridade apresentaram escore geral igual a 0,25. Ademais, pacientes com mais de 11 anos de escolaridade apresentaram escores maiores quando comparados aos demais. Entretanto, a percepção também foi negativa, pois não atingiu 0,75 (Figura 1).



Escolaridade em Categoria

Figura 1 – *Boxplot* do escore de percepção dos pacientes sobre a adesão dos profissionais de saúde às barreiras de segurança na administração de medicamentos segundo a escolaridade. Franca, SP, Brasil, 2019

Considerando que a variável relacionada ao tempo decorrido entre a última internação e a atual dependia da história de internações anteriores (somente respostas "Sim"), optou-se pela realização de dois ajustes de modelos

beta inflacionado. No primeiro modelo, foram utilizadas as variáveis explanatórias: idade, sexo, escolaridade e história de internação anterior. Somente a variável idade apresentou significância estatística (Tabela 2).

Tabela 2 – Primeiro ajuste do modelo de regressão beta inflacionado para as variáveis explanatórias: sexo, história de internação anterior, idade e escolaridade. Franca, SP, Brasil, 2019

Variáveis explanatórias	Estimativa	D.P.*	t-valor	Pr(> t)
(Intercepto)	-0,1770	0,4385	-0,4037	0,6868
Sexo Masculino	-0,0009	0,1171	-0,0079	0,9937
História de internações anteriores (Sim)	-0,1193	0,2265	-0,5266	0,5990
Idade	-0,0088	0,0038	-2,3209	0,0212
1 a 4 anos de escolaridade	-0,0260	0,2859	-0,0911	0,9275
5 a 8 anos de escolaridade	-0,0779	0,2955	-0,2637	0,7923
9 a 11 anos de escolaridade	-0,0211	0,3264	-0,0647	0,9484
> 11 anos de escolaridade	0,1153	0,3316	0,3478	0,7283
Dispersão	Estimativa	D.P.*	t-valor	Pr(> t)
(Intercepto)	1,5272	0,0863	17,6904	0,0000
Nulo	Estimativa	D.P.*	t-valor	Pr(> t)
(Intercepto)	-3,0574	0,3085	-9,9101	0,0000

Nota: O negrito sinaliza as variáveis que apresentaram significância estatística. *DP = Desvio Padrão

Conforme observado na Tabela 2, para cada aumento de um ano de vida, é esperada redução de 0,87% ($[\exp(-0,0088) - 1] * 100$) na média do escore de percepção estipulado de 0-1, considerando-se as demais variáveis fixas (no mesmo nível). A dispersão estimada foi de 4,6% (1,5272) e uma probabilidade de percepção nula de 4,5%.

No segundo modelo, foram utilizadas as variáveis explanatórias: idade, sexo, escolaridade e tempo decorrido entre a última internação e a atual. A Tabela 3 apresenta o resultado do ajuste.

Tabela 3 – Segundo ajuste do modelo de regressão beta inflacionado para as variáveis explanatórias: idade, sexo, escolaridade e tempo decorrido entre a última internação e a atual. Franca, SP, Brasil, 2019

Variáveis explanatórias	Estimativa	D.P.*	t-valor	Pr(> t)
(Intercepto)	-0,3595	0,4014	-0,8956	0,3715
Sexo Masculino	-0,0345	0,1190	-0,2900	0,7721
Idade	-0,0093	0,0039	-2,3949	0,0175
1 a 4 anos de escolaridade	0,0211	0,2859	0,0739	0,9411
5 a 8 anos de escolaridade	-0,0374	0,2956	-0,1264	0,8995
9 a 11 anos de escolaridade	-0,0319	0,3311	-0,0962	0,9234
> 11 anos de escolaridade	0,0343	0,3376	0,1015	0,9193
Tempo decorrido entre a última internação e a atual	0,0146	0,0076	1,9206	0,0561
Dispersão	Estimativa	D.P.*	t-valor	Pr(> t)
(Intercepto)	1,5580	0,0897	17,3695	0,0000
Nulo	Estimativa	D.P.*	t-valor	Pr(> t)
(Intercepto)	-2,9866	0,3090	-9,6646	0,0000

Nota: O negrito sinaliza as variáveis que apresentaram significância estatística. *DP = Desvio Padrão

Novamente, somente a variável idade apresentou significância estatística. Verifica-se que para cada aumento de um ano de vida é esperada uma redução de 0,93% ($[\exp(-0,0093)-1]*100$) na média do escore de percepção (0-1), ao considerar as demais variáveis fixas (no mesmo nível). A dispersão estimada foi de 4,7% (1,5580) e uma probabilidade de percepção nula de 4,8%.

Os resultados mostraram que, quanto mais jovem o paciente, melhor é a sua percepção sobre a adesão dos profissionais às barreiras de segurança na administração de medicamentos.

Discussão

Os resultados mostraram percepção negativa dos pacientes sobre a adesão dos profissionais de saúde às barreiras de segurança na administração de medicamentos (média do escore = 0,29). Além disso, pacientes com escolaridade maior que 11 anos apresentaram média de percepção maior em relação aos demais. Não obstante, o escore total foi abaixo de 0,75.

A literacia ou letramento em saúde é uma variável que se relaciona com o conhecimento e a atitude do paciente em relação ao gerenciamento do próprio cuidado⁽²⁵⁻²⁶⁾. Pesquisas realizadas no Japão⁽²⁷⁾ e na Alemanha⁽²⁸⁾ revelaram que os adultos que passaram pela experiência da comunicação centrada no paciente e na família, bem como do envolvimento na tomada de decisão, apresentaram maior probabilidade de estar satisfeitos com o atendimento recebido, em comparação com aqueles que apresentaram experiências negativas na comunicação interpessoal e na tomada de decisão compartilhada. Concluíram que maiores esforços são necessários para personalizar o cuidado destinado às pessoas com baixa literacia⁽²⁷⁻²⁸⁾. No Brasil, foi observada carência de evidências sobre esse fenômeno. Contudo, reconhece-se a importância da relação de parceria com os pacientes e familiares para a melhoria dos resultados em saúde, bem como para a promoção de um ambiente de cuidados mais seguro e produtivo para ambas as partes⁽²⁹⁾.

Dos 249 pacientes, 91% afirmaram não ter recebido informações sobre estratégias de prevenção de erros na administração de medicamentos. Trata-se de um resultado alarmante, pois os pacientes são considerados a última barreira para a prevenção de erros na administração⁽¹⁵⁾. Ademais, pesquisadores mostraram que os pacientes frequentemente desconhecem os medicamentos prescritos durante a internação, fato que os impede de se envolverem de forma mais ativa no planejamento dos cuidados⁽³⁰⁾.

A comunicação honesta, transparente e eficaz é uma barreira importante para a prevenção de erros⁽³¹⁾, além de melhorar a experiência na jornada do paciente. Nesse contexto, o enfermeiro exerce papel vital na comunicação dos cuidados prestados porque é dotado de vasto conhecimento e experiência clínica que permitem o cuidado individualizado e focado em resultados.

Das 15 barreiras analisadas, a maioria "nunca" (86,7%) foi aderida pelos profissionais de saúde, na visão dos pacientes. Resultados semelhantes foram verificados em pesquisa realizada em hospital público mineiro⁽⁹⁾. Das 334 doses monitoradas, os profissionais não aderiram às boas práticas em 100%, incluindo as seguintes: identificação dos pacientes por meio da pulseira e do leito (26,9%), informação sobre ação e finalidade do medicamento (41,9%), identificação do medicamento (16,2%), desinfecção da conexão (36,2%) e verificação do dispositivo de punção (14,4%).

Por outro lado, em pesquisa realizada em uma instituição hospitalar da região Centro-Oeste brasileiro, a maioria dos participantes afirmou que a equipe, com frequência, confirma o nome do paciente, explica de forma compreensiva os procedimentos e orienta sobre possíveis complicações. Segundo os pesquisadores, tais ações contribuíram com a satisfação dos pacientes e foram recomendadas para a promoção de cuidados seguros⁽³²⁾.

A não adesão às barreiras de segurança pode ser compreendida como um comportamento de risco do profissional, que contribui com a ocorrência de eventos adversos. Contudo, tais comportamentos muitas vezes se relacionam aos problemas existentes no sistema e à complexidade dos serviços de saúde⁽³³⁾. Além disso, as estratégias de segurança divulgadas na literatura concentram-se, principalmente, na prevenção dos erros a partir dos fatores humanos e de sistemas⁽³⁴⁾. Embora essas abordagens sejam importantes para reduzir o impacto dos eventos adversos nos resultados em saúde, pesquisas mostraram o valor de incluir o paciente como um membro integral da equipe nas estratégias de prevenção de erros⁽³⁴⁻³⁵⁾.

Neste estudo, 26,1% dos pacientes relataram que os profissionais de enfermagem não higienizam as

mãos e, para 11,2%, a equipe não utiliza luvas para administrar medicamentos injetáveis. Tais resultados apontam fragilidades nos processos que podem impactar negativamente os pacientes e trabalhadores.

Pesquisa realizada em um serviço de hemodiálise do interior paulista⁽³⁶⁾ mostrou que a adesão à prática de higiene das mãos e o uso de luvas estão aquém do ideal. Tais práticas são barreiras importantes para a redução da transmissão de infecções no contexto dos serviços de saúde, especialmente em tempos de pandemia, como a de COVID-19. Ademais, tais medidas são consideradas simples, de baixo custo e que, comprovadamente, melhoraram a segurança do paciente⁽³⁷⁾. Programas de educação permanente são recomendados para aumentar a conscientização dos profissionais sobre a importância dessas barreiras e melhorar a adesão aos protocolos institucionais⁽³⁸⁾.

No que diz respeito às alergias, 33,3% dos participantes do estudo afirmaram que essa informação nunca foi fornecida pelos profissionais. Destaca-se que, no hospital investigado, a informação sobre alergia é registrada em um painel sobre a cabeceira do leito, não sendo utilizada a pulseira de identificação de risco. Em pesquisa realizada em hospital universitário da Espanha com 283 pacientes hospitalizados, cujo objetivo foi conhecer a prevalência de alergia a medicamentos e as reações apresentadas pelos pacientes da clínica médica, identificou-se que 14,8% eram alérgicos, dos quais 14,3% estavam relacionados a medicamentos e três, a alimentos. Como consequências, 33,2% requereram monitoramento e em um caso houve dano temporário. Ademais, um terço dos pacientes relatou ser alérgico e que a informação estava registrada no prontuário⁽³⁹⁾.

Questionar o paciente sobre alergias e disponibilizar a informação correta e em tempo oportuno para toda a equipe de saúde são barreiras importantes para reduzir riscos. Medidas proativas, baseadas em sistema, devem ser elaboradas e implantadas para melhorar o processo de administração de medicamentos nos serviços de saúde.

Sobre a utilização do painel e da pulseira de identificação, mais de 80% dos participantes afirmaram nunca ter sido informados sobre a importância de tais barreiras de segurança. Ademais, 79% declararam que seus nomes não são conferidos antes da administração de medicamentos. Cumpre ressaltar que, no hospital do estudo, a pulseira de identificação traz as informações relacionadas ao paciente, como nome completo, número de registro e data de nascimento. Contudo, o hospital não dispõe de leitor de código de barras. Tais resultados corroboram os de pesquisa realizada em um departamento de emergência da cidade de São Paulo, em que, de acordo com os autores, falhas na rotulagem dos medicamentos e

na identificação de pacientes antes da administração de medicamentos foram os erros mais comuns, representando 47,9% e 62,3%, respectivamente⁽⁴⁰⁾.

Sistemas de saúde complexos, dinâmicos, ocupados e com poucos recursos são um terreno fértil para problemas graves, sendo que a identificação incorreta de pacientes é um desses problemas⁽⁴¹⁾. Falhas na identificação são responsáveis por taxas elevadas de danos evitáveis⁽³²⁾. Logo, enfermeiros necessitam conhecer e aplicar os principais elementos da identificação do paciente, de modo a garantir a segurança nos cuidados prestados, especialmente aos pacientes inconscientes e incapazes de responder por si.

O fato de grande parte dos pacientes nunca ter sido informada sobre a dose e a ação dos medicamentos é preocupante e revela fragilidades na cultura de segurança do hospital investigado. O resultado é semelhante ao de pesquisa realizada em instituição de saúde pública do Paraná, na qual, segundo os investigadores, 80,1% dos pacientes desconheciam a terapia medicamentosa empregada e 51,5% não foram informados sobre os potenciais riscos relacionados ao uso de medicamentos⁽⁴²⁾. Portanto, pacientes e familiares devem ser informados sobre os benefícios e riscos relacionados ao uso de medicamentos para melhorar a adesão ao tratamento e reduzir potenciais erros⁽²⁾.

Os resultados também evidenciaram que somente a idade apresentou significância estatística na análise de regressão beta inflacionado. Pesquisas realizadas com o objetivo de avaliar essa relação são escassas. Uma melhor compreensão de como e por que a idade está associada à forma como o paciente percebe as interações com os profissionais de saúde pode ser útil para projetar intervenções e desenvolver políticas nacionais que melhorem a prestação de cuidados⁽⁴³⁾, em todos os níveis de atenção.

O envolvimento do paciente em sua própria segurança é uma estratégia recomendada pela OMS para melhorar os cuidados em saúde⁽⁴⁴⁾. Por conseguinte, a educação e o ensino do paciente e familiar devem ser a prioridade do enfermeiro no planejamento do cuidado, para favorecer a administração segura de medicamentos.

As limitações do estudo incluem o fato de a coleta de dados ter sido realizada por meio de um formulário eletrônico desenvolvido especificamente para o estudo. Diante disso, comparações entre os resultados obtidos e os de outras pesquisas nacionais e internacionais foram restritas. Ademais, não foram consideradas as percepções dos profissionais de saúde, sendo recomendada a realização de pesquisas futuras com o objetivo de avaliar a percepção das equipes e dos pacientes sobre as barreiras de prevenção de erros na administração e comparar os

resultados com a observação direta dos processos. O estudo foi realizado em um hospital com Certificado de Acreditação Nível Ouro, logo, os resultados podem não refletir os de instituições com outros selos de controle de qualidade.

Conclusão

A idade foi a única variável com significância estatística, ou seja, quanto mais jovem o paciente, melhor a sua percepção sobre a adesão dos profissionais de saúde às barreiras de segurança na administração de medicamentos. Os resultados poderão auxiliar profissionais de saúde e gestores na melhoria da cultura de segurança nos hospitais, por meio da determinação de estratégias de engajamento dos pacientes e familiares na detecção de riscos e no planejamento das ações destinadas à prevenção de erros na administração de medicamentos.

Agradecimentos

Agradecemos a Carla Stefania da Silva Colombari, Ana Carolina Ribeiro da Silva e Anália Aparecida Neves Severino pela colaboração na coleta de dados.

Referências

1. Auraen A, Slawomirski L, Klazinga N. OECD health working papers: the economics of patient safety in primary and ambulatory care. [Internet]. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2018 [cited 2021 Mar 10]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-economics-of-patient-safety-in-primary-and-ambulatory-care_baf425ad-en
2. World Health Organization. Medication without harm: WHO's third global patient safety challenge. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2021 Mar 10]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137036/9789241507943_eng.pdf
3. World Health Organization. Medication errors. Technical series on safer primary care. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252269/9789241511629-eng.pdf>
4. PSNet. Medication administration errors. [Internet]. Rockville, MD: AHRQ; 2019 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/primer/medication-administration-errors>
5. Keers RN, Williams SD, Cooke J, Ashcroft DM. Prevalence and nature of medication administration errors in health care settings: a systematic review of direct observational evidence. *Ann Pharmacother*. [Internet]. 2013 [cited 2021 Mar 10];47(2):237-56. Available from:

- <https://link.springer.com/article/10.1007/s00228-010-0986-z>
6. Moreira IN, Paes LAP, Araujo LM, Rocha FCV, Almeida CAPL, Carvalho CMS. Erros na administração de medicamentos pela enfermagem: revisão integrativa de literatura. *BJSCR*. [Internet]. 2018 [cited 2021 May 03];95(9):95-9. Available from: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180204_153400.pdf
 7. Rosen MA, DiazGranados D, Dietz AS, Benishek LE, Thompson D, Pronovost PJ, et al. Teamwork in healthcare: key discoveries enabling safer, high-quality care. *Am Psychol*. 2018;73(4):433-50. doi: <https://doi.org/10.1037/amp0000298>
 8. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jun 22;6(6):CD000072. doi: <http://doi.org/10.1002/14651858>
 9. Vória JO, Padula BLD, Abreu MNS, Correa AR, Rocha PK, Manzo BF. Compliance to safety barriers in the medication administration process in pediatrics. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0358>
 10. Mula CT, Solomon V, Muula AS. The examination of nurses' adherence to the 'five rights' of antibiotic administration and factors influencing their practices: a mixed methods case study at a tertiary hospital, Malawi. *Malawi Med J*. 2019;31(2):126-32. doi: <http://doi.org/10.4314/mmj.v31i2.4>
 11. Lacerenza CN, Marlow SL, Tannenbaum SI, Salas E. Team development interventions: evidence-based approaches for improving teamwork. *Am Psychol*. 2018 May-Jun;73(4):517-31. doi: <http://doi.org/10.1037/amp0000295>
 12. Manias E, Kusljic S, Wu A. Interventions to reduce medication errors in adult medical and surgical settings: a systematic review. *Ther Adv Drug Saf*. 2020;11:2042098620968309. doi: <https://doi.org/10.1177%2F2042098620968309>
 13. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento. [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/uso-seguro-medicamentos.pdf>
 14. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2021 Mar 10]. Available from: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/01/protoc_identificacaoPaciente.pdf
 15. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Boletim ISMP Brasil. [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 10];8(3). Available from: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/02/615-boletim-ism-ferveiro-2019.pdf>
 16. Pinheiro TS, Mendonça ET, Siman AG, Carvalho CA, Zanelli FP, Amaro MOF. Administração de medicamentos em um serviço de emergência: ações realizadas e desafios para práticas seguras. [Internet]. *Enferm Foco*. 2020 [cited 2021 Mar 10];11(4) Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3172/968>
 17. Bessa D, Bueno E, Oliveira C, Elizabete R, Fonseca P, Mininel V, et al. Strategies to minimize medication errors in emergency units: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2019;72:307-21. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0658>
 18. World Health Organization. Patient engagement: technical series on safer Primary Care. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252269/9789241511629-eng.pdf>
 19. Schuh LX, Possuelo LG, Krug SBF. Cultura de segurança do paciente em urgência e emergência. *RIP*. 2019;2(2). doi: <http://doi.org/10.17058/ripsv2i2i13775>
 20. Biasibetti C, Rodrigues FA, Hoffmann LM, Vieira LB, Gerhardt LM, Wegner W. Segurança do paciente em pediatria: percepções da equipe multiprofissional. *REME*. 2020;24. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20200074>
 21. Vilela RPB, Jericó MC. Implementing technologies to prevent medication errors at a high-complexity hospital: analysis of cost and results. *Einstein (São Paulo)*. 2019;17(4):eGS4621. doi: http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2019gs4621
 22. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
 23. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ*. 2007;335(7624):806-8. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.39335.541782.AD>
 24. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [Internet]. Diário Oficial da União, 13 de junho de 2013 [cited 2021 May 03]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
 25. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):284-90. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000200020>
 26. Marques SRL, Escarce AG, Lemos SMA. Letramento em saúde e autopercepção de saúde em adultos usuários

- da atenção primária. *CoDAS*. 2018;30(2):e20170127. doi: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017127>
27. Aoki T, Inoue M. Association between health literacy and patient experience of primary care attributes: A cross-sectional study in Japan. *PLoS One*. 2017;12(9):e0184565. doi: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0184565>
28. Altin SV, Stock S. The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(450). doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1693-y>
29. Souliotis K, Agapidaki E, Peppou L, Tzavara C, Varvaras D, Buonomo O, et al. Assessing patient organization participation in health policy: a comparative study in France and Italy. *Int J Health Policy Manag*. 2018;7(1):48-58. doi: <http://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.44>
30. Garfield S, Jheeta S, Husson F, Lloyd J, Taylor A, Boucher C, et al. The role of hospital inpatients in supporting medication safety: a qualitative study. *PloS One*. 2016;11(4):e0153721. doi: <http://www.dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0153721>
31. Pedro DRC, Silva GKTD, Dal Molin T, Oliveira JLCD, Nicola AL, Tonini NS. Knowledge about patient hospital care received during your admission. *REME*. [Internet]. 2016 [cited 2021 Mar 10];20:e978. Available from: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1114>
32. Arruda NLO, Bezerra A, Teixeira C, Silva AEBDC, Tobias GC, editors. Patient perception of safety in health care provided by professionals in a hospital emergency unit. *Rev Enferm UFPE on line*. [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 18];72(3):753-9. doi: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15019/24720>
33. National Coordinator Council for Medication Error Reporting and Prevention. Reducing medication errors associated with at-risk behaviors by healthcare professionals. [place unknown]: NCCMERP; 2014 [cited 2021 Jul 19]. Available form: <https://www.nccmerp.org/reducing-medication-errors-associated-risk-behaviors-healthcare-professionals>
34. McGinley P. Patient engagement in patient safety: barriers and facilitators. [Internet]. Middleton, MA: Patient Safety & Quality Healthcare; 2010 [cited 2021 Jul 19]. Available from: <https://www.psqh.com/analysis/patient-engagement-in-patient-safety-barriers-and-facilitators/>
35. Sharma AE, Rivadeneira NA, Barr-Walker J, Stern RJ, Johnson AK, Sarkar U. Patient engagement in health care safety: an overview of mixed-quality evidence. *Health Aff (Millwood)*. 2018 Nov;37(11):1813-20. doi: <http://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0716>
36. Silva DM, Marques BM, Galhardi NM, Orlandi FS, Figueiredo RM. Hands hygiene and the use of gloves by nursing team in hemodialysis service. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(4):1963-9. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0476>
37. World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge clean care is safer care. [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2021 Jul 19]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK144019/>
38. Carbajo ME, Cubero SJL, Lozano ASV, Del Pozo PE, Agulló GA, Colás SC, et al. Cross-sectional observational study of drug allergy in hospitalized patients. *Rev Rol Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 18];43(6):448-56. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-193669>
39. Mendes JR, Lopes MCBT, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Types and frequency of errors in the preparation and administration of drugs. *Einstein (São Paulo)*. 2018;16(3):eAO4146. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082018ao4146>
40. Llapa-Rodriguez EO, Silva LSL, Menezes MO, Oliveira JKA, Currie LM. Safe patient assistance in the preparation and administration of medications. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(4):e2017-e0029. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0029>
41. Ferguson C, Hickman L, Macbean C, Jackson D. The wicked problem of patient misidentification: How could the technological revolution help address patient safety? *J Clin Nurs*. 2019;28:2365-8. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14848>
42. Nieves CB, Díaz CC, Celdrán-Mañas M, Morales-Asencio JM, Hernández-Zambrano SM, Hueso-Montoro C. Perception of ostomized patients about the health care received. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2017 [cited 2021 Mar 18];25:e2961. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2059.2961>
43. DeVoe JE, Wallace LS, Fryer GE Jr. Patient age influences perceptions about health care communication. *Fam Med*. [Internet]. 2009 [cited 2021 Jul 19];41(2):126-33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4918755/>
44. World Health Organization. Patient for patient safety: partnerships for safer health care. [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited 2021 Jul 19]. Available from: https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/PFPS_brochure_2013.pdf

Contribuição dos Autores:

Concepção e desenho da pesquisa: Juliana Machado Campos Fleck, Fernanda Raphael Escobar Gimenes. **Obtenção de dados:** Juliana Machado Campos Fleck, Fernanda Raphael Escobar Gimenes. **Análise e interpretação dos dados:** Juliana Machado Campos

Fleck, Rosana Aparecida Pereira, Ana Elisa Bauer de Camargo Silva, Fernanda Raphael Escobar Gimenes.

Análise estatística: Juliana Machado Campos Fleck, Rosana Aparecida Pereira, Ana Elisa Bauer de Camargo Silva, Fernanda Raphael Escobar Gimenes. **Redação do manuscrito:** Juliana Machado Campos Fleck, Rosana Aparecida Pereira, Ana Elisa Bauer de Camargo Silva, Fernanda Raphael Escobar Gimenes. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Juliana Machado Campos Fleck, Rosana Aparecida Pereira, Ana Elisa Bauer de Camargo Silva, Fernanda Raphael Escobar Gimenes.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 07.04.2021

Aceito: 23.07.2021

Editora Associada:
Maria Lúcia Zanetti

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Fernanda Raphael Escobar Gimenes

E-mail: fregimenes@eerp.usp.br

 <https://orcid.org/0000-0002-5174-112X>