

VERUSCA SOARES DE SOUZA<sup>1</sup>, KELLY CRISTINA INOUE<sup>2</sup>, MARIA ANTONIA RAMOS COSTA<sup>1</sup>, JOÃO LUCAS CAMPOS DE OLIVEIRA<sup>2</sup>, SONIA SILVA MARCON<sup>2</sup>, LAURA MISUE MATSUDA<sup>2</sup>, VANESSA PAULA LANJONI<sup>3</sup>, GABRIELA MACHADO EZAIAS PAULINO<sup>4</sup> /<sup>1</sup> UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ. PARANAÍ, PR, BRASIL, <sup>2</sup> UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ. MARINGÁ, PR, BRASIL, <sup>3</sup> HOSPITAL SANTA CASA DE MARINGÁ. MARINGÁ, PR, BRASIL, <sup>4</sup> INSTITUTO FEDERAL DO PARANÁ. LONDRINA, PARANÁ, BRASIL.

## INTRODUÇÃO

O alto índice de ocorrência de eventos adversos impulsionou entidades nacionais e internacionais a estabelecerem metas voltadas à segurança do paciente diminuindo assim a sua incidência. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) propôs o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), o qual tornou obrigatória a viabilização de Núcleos de Segurança do Paciente nas instituições de saúde de todo o país, com vistas à qualificação do cuidado, favorecida pela implementação de estratégias de segurança. Sendo o processo de medicação reconhecido como de alta complexidade o MS opôs o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, o qual estabelece diretrizes às práticas seguras em todo o processo da terapia medicamentosa. Logo a enfermagem vinculada ao cuidado direto ao paciente e responsável pela etapa de administração dos medicamentos é a que evidencia a cadeia de um possível erro, determinando comumente culpa à enfermagem pela falha

## OBJETIVOS

Analisar divulgações de uma mídia televisiva brasileira acerca dos erros de medicação na enfermagem.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa documental pautada em reportagens audiovisuais divulgadas até dezembro/2016, pelo portal G1, submetidas à categorização do tipo de erro e Análise de Conteúdo Temática de Bardin.

## RESULTADOS

Foram analisados 14 casos de erro de medicação, que totalizaram 25 reportagens. A maioria ocorreu em hospitais (n=12); vitimando crianças (n=7) e idosos (n=6); com desfecho fatal (n=10). Como demonstra no quadro.

Caso	Tipo de Erro	Local	Vítima(s)	Desfecho da vítima(s)
1	Medicamento errado/Reação adversa medicamentosa	Hospital (Itumbiara - GO)	Menino, 1 ano e 4 meses	Óbito
2	Doente errado	Hospital (Anápolis - GO)	Menina, 9 meses	Óbito
3	Medicamento errado	Hospital (Botelhos - MG)	Idosa, 71 anos	Óbito
4	Via errada	Hospital (Campo Belo, MG)	Idosa, 80 anos	Óbito
5	Via errada	Hospital (Aifenas, MG)	Idoso, 83 anos	Internado na Unidade de Terapia Intensiva seguido de alta hospitalar
6	Medicamento errado	Hospital (Belo Horizonte, MG)	Menino, 2 anos	Queimadura grave
7	Indefinido	Hospital (Campo Grande, MS)	3 mulheres	Óbito
8	Dose/frequência errada	Hospital (Campo Grande, MS)	Idoso, 82 anos	Óbito
9	Medicamento fora da validade	Pronto Atendimento (Cuiabá, MT)	Mulher, 57 anos	Mal estar
10	Via errada	Posto de Atendimento Médico (São João de Meriti, RJ)	Idosa, 80 anos	Óbito
11	Via errada	Hospital (Porto Alegre, RS)	Bebê, 40 dias	Óbito
12	Medicamento errado	Hospital (Itapevi, SP)	Menino, 2 anos; Menina 4 anos	Queimadura grave
13	Via errada	Hospital (Caraguatatuba, SP)	Idoso, 87 anos	Óbito
14	Dose/frequência errada	Hospital (Campo Maior, PI)	Menina, 1 ano e 8 meses	Óbito

Análise qualitativa, emergiram duas categorias temáticas: (1) Identificação do erro de medicação e reação dos (supostos) envolvidos - os erros de medicações durante a administração quase sempre são identificados tardiamente sendo percebidos por familiares contribuindo para a culpabilização de profissionais de enfermagem- (2) Reações, sentimentos e condutas frente ao erro de medicação, evidenciou-se sentimentos como dor, tristeza e ou revolta nos familiares podendo assim apresentar desejo de buscar por justiça por meio de ações judiciais que reforçam a cultura punitiva.

## CONCLUSÃO

As notícias reproduzidas demonstram aparente culpabilização de indivíduos e não contemplam os mecanismos e processos falhos que possam ter desencadeado o erro. É preciso inserir a cultura de gestão de riscos nas discussões acadêmicas e profissionais, para maior consciência pública sobre a segurança dos pacientes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To err is human: building a safer health system. Washington (USA): National Academy; 2000.

Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Brasília (DF): Anvisa; 2014. 4. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 529/2013, de 1 de abril de 2013.

Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. 5. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 2.095/2013, de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.