



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE FARMÁCIA



AMANDA BOMFIM

**PERCEPÇÃO DO PACIENTE COMO ÚLTIMA BARREIRA PARA EVITAR ERROS  
DE MEDICAÇÃO**

GOIÂNIA  
2019

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR  
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE  
GRADUAÇÃO NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio do Repositório Institucional (RI/UFMG), regulamentado pela Resolução CEPEC nº 1204/2014, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

**1. Identificação do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação (TCCG):**

Nome completo do autor: Amanda Bomfim

Título do trabalho: Percepção do paciente como última barreira para evitar erros de medicação

**2. Informações de acesso ao documento:**

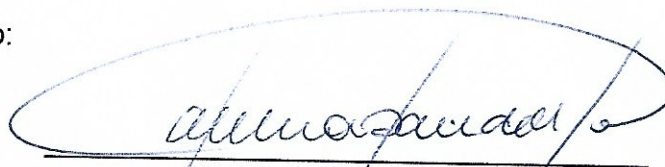
Concorda com a liberação total do documento [ X ] SIM [ ] NÃO<sup>1</sup>

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF do TCCG.



Amanda Bomfim

Ciente e de acordo:



Orientadora Dra. Mércia Pandolfo Provin

Data: 19/12/2019

<sup>1</sup> Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

AMANDA BOMFIM

**PERCEPÇÃO DO PACIENTE COMO ÚLTIMA BARREIRA PARA EVITAR ERROS  
DE MEDICAÇÃO**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado à Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Goiás como requisito para obtenção do título de Bacharel (a) em Farmácia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Mércia Pandolfo Provin

Coorientadora: Esp. Jaqueline Vieira de Almeida

GOIÂNIA  
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Bomfim, Amanda

Percepção do paciente como última barreira para evitar erros de medicação [manuscrito] / Amanda Bomfim. - 2019.  
XXXVII, 37 f.

Orientador: Profa. Dra. Mércia Pandolfo Provin; co-orientadora Esp. Jaqueline Vieira de Almeida.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade Farmácia (FF), Farmácia, Goiânia, 2019.

Bibliografia. Anexos.

Inclui tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Erros de medicação. 2. Empoderamento para a saúde. I. Provin, Mércia Pandolfo, orient. II. Título.

CDU 615.1



Amanda Bomfim

Percepção do paciente como última barreira para evitar erros de medicação

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para a obtenção de grau de Bacharel em Farmácia à Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Goiás

Data da aprovação: 09/12/2019

Membros da Banca:

Professora Dra. Mércia Pandolfo Provin  
Presidente da banca  
UFG

Enfermeira Ms. Stefane Arruda Macedo  
Membro da banca  
UFG

Farmacêutica Esp. Paula Beatriz Medrado e Silva  
Membro da banca  
UFG

## DEDICATÓRIA

Muitos são aqueles que fazem parte desta vitória. Em primeiro lugar, Deus que me concedeu o dom da vida, e que permitiu a concretização de um sonho. Sou imensamente grata a Ele. Dedico este trabalho aos meus pais que de forma incansável se dedicam aos seus filhos. Sempre estiveram ao meu lado, me incentivando e proporcionando a oportunidade de ter uma boa educação, sem eles não seria o que sou hoje. Agradeço a minha mãe e meu pai por toda a dedicação durante todos esses anos, não foram anos fáceis, mas vencemos cada fase das novas vidas juntos. Aos meus irmãos que da mesma forma me apoiaram e estiveram ao meu lado nessa jornada. E esta jornada não foi traçada sozinha, as minhas amigas Amanda, Thayrine, Mariana e Lucas fizeram essa trajetória ainda mais bonita, pois pude compartilhar as maiores experiências com elas, a faculdade não seria a mesma coisa sem eles. Ao olhar para trás e olhar para estes cinco anos que se passaram, a palavra que sintetiza o meu sentimento é Gratidão. E se conquisto esta vitória é porque todas estas pessoas fizeram parte do meu sucesso, até porque uma andorinha não faz verão.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por que até aqui Ele me ajudou, e são muitas as vitórias. Sem Ele nada disso seria possível.

Agradeço aos meus pais, que me incentivaram e apoiaram durante todo o período de faculdade. Sem eles esse sonho não seria realizado.

Agradeço aos meus amigos de faculdade que durante essa longa jornada estiveram ao meu lado, compartilhando de momentos alegres, outras vezes difíceis, mas que ficarão para sempre na memória.

Agradeço a Universidade Federal de Goiás e a Faculdade de Farmácia, assim como todo o corpo docente, direção e administração por todo o carinho, apoio e dedicação.

Agradeço a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mércia Pandolfo Provin pela orientação neste trabalho, sou imensamente grata por estar ao meu lado neste momento tão importante.

Agradeço a minha Coorientadora Jaqueline Vieira de Almeida, por toda a sua dedicação e pela amizade, sem ela este trabalho não seria possível.

Agradeço a todos que de forma direta ou indireta contribuíram com essa conquista.

AMANDA BOMFIM

## RESUMO

A segurança do paciente é motivo de preocupação em todo o mundo, sendo um problema de saúde pública global. O uso de medicamento em ambientes hospitalares é praticamente indispensável, mas têm sido motivo de muita preocupação devido ao aumento da incidência de erros. Uma medida que pode reduzir eventos adversos é o paciente ser membro ativo e empoderado durante a internação hospitalar, participando assim das decisões e dos cuidados a ele prestados. Essa pesquisa se propôs a descrever as percepções de pacientes internados em um Hospital, como sendo a última barreira para evitar erros de medicação, identificando a importância percebida pelo paciente sobre a necessidade de conhecer seus medicamentos e descrever sua percepção como protagonista na sua segurança. O presente estudo trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória, primária e descritiva com abordagem qualitativa com análise de conteúdo pelo método de Bardin, desenvolvido a partir do problema de pesquisa proposto em um Grupo Focal de Pacientes internados em hospital de Reabilitação de Goiás. Diante da percepção dos participantes deste estudo, pode-se perceber que poucos se mostraram ativos no cuidado no momento da administração dos medicamentos, e ninguém compreendeu o que é ser ativo na hora da administração do medicamento. Um fator determinante para que o envolvimento do paciente não ocorra é a não compreensão de termos técnicos, portanto é necessário que o profissional utilize linguagem simples e de fácil compreensão, além de incentivar a co-responsabilidade e a participação na tomada de decisões no tratamento medicamentoso. O paciente pouco conhece sobre os medicamentos que recebe no hospital, confia no prescritor e administrador do medicamento, mas tem receio em questionar o profissional da saúde. O profissional da saúde, ao entender a necessidade e importância do envolvimento do paciente na administração do medicamento, deve atuar incentivando-o a ser mais ativo e participativo no seu cuidado, para que erros de medicação sejam minimizados.

**Palavras-chaves:** Erros de medicação, Empoderamento para a saúde.

## ABSTRACT

Patient safety is a cause of concern worldwide because it is a global public health problem. The use of medication in hospital settings is indispensable, but has been a cause for much concern as a result of the increased incidence of errors. A strategy to reduce adverse events is preparing the patient to be an active and empowered member during the hospitalization by participating in the decisions and care. This study aimed to describe the perceptions of patients admitted to a hospital as the last barrier to avoid medication errors, identifying the importance perceived by the patient about the need to know his medications and describe his perception as a protagonist in his safety. The present study is an exploratory research, primary and descriptive nature with a qualitative approach with content analysis by the Bardin method, developed from the research problem proposed in a Focal Group of Patients admitted to a Rehabilitation Hospital in Goiás. Based on the perception of the participants in this study, it can be seen that there were few who were active in care at the time of drug administration, and no one understood what it means to be active during the administration of the drug. A determining factor for patient involvement not to occur is the lack of understanding of very technical terms, therefore it is necessary that the professional uses simple and easily understood language, in addition to encouraging co-responsibility and participation in decision-making in drug treatment. The patient knows little about the medicines they receive in the hospital, trust the prescriber and administrator of the medicine, but is afraid to question the health professional. Health professionals, when understanding the need and importance of patient involvement in medicine administration, should act encouraging them to be more active and participative in their care, so that errors in medication administration are minimized.

**Keywords:** Medication errors, Empowerment for health.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Modelo do queijo suíço de James Reason.....	17
--	----

## LISTA DE TABELA

<b>Tabela 1.</b> Perfil dos participantes do estudo em relação ao sexo, faixa etária, escolaridade e tempo de internação de uma unidade de reabilitação em Goiânia.....	23
---	----

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	11
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE NO BRASIL .....	14
2.2 ERRO RELACIONADO AO MEDICAMENTO.....	15
2.3 BARREIRAS NO CUIDADO DA SAÚDE POR JAMES REASON. <b>Erro! Indicador não definido.</b>	
2.4 ENVOLVIMENTO DO PACIENTE NO CUIDADO.....	18
2.5 GRUPO FOCAL .....	21
3. OBJETIVOS .....	21
3.1 OBJETIVO GERAL .....	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	21
4. METODOLOGIA.....	22
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	22
4.2 DESENHO DO ESTUDO .....	22
4.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	22
4.3. ASPECTOS ÉTICOS.....	23
4.4. ANÁLISE DE DADOS.....	23
5. RESULTADOS .....	23
6. DISCUSSÃO .....	26
7. CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS.....	29
ANEXOS I - TRANSCRIÇÃO DAS FALAS DOS PARTICIPANTES NO GRUPO FOCAL (GF).....	34
ANEXOS II - PERFIL DOS PACIENTES DO GF 27/11/2018.....	36

## 1. INTRODUÇÃO

Segurança do paciente é definida pela Organização Mundial da Saúde, como a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável, considerado componente constante e intimamente relacionado com o atendimento ao paciente (WHO, 2009). Este tema vem sendo muito discutido na atualidade, porém ao longo da história temos muitas pessoas que deixaram suas contribuições.

Hipócrates (460 a 370 a.C.), pai da medicina, já demonstrava sua preocupação quanto à segurança do paciente. Escreveu que nunca causaria dano a ninguém e ficou conhecido pela frase *Primum non nocere*, que significa “primeiro não cause o dano” (BRASIL, 2014).

Em 1846, o médico Ignaz Philipp Semmelweiss percebeu que o número de óbitos que ocorriam na clínica obstétrica que ele trabalhava, era três vezes maior após os partos realizados pelos médicos em relação aos que ocorriam quando os partos eram realizados pelas parteiras. O motivo das infecções serem mais altas quando os partos eram realizados por médicos em relação aos partos com parteiras é que os médicos realizavam autópsias e não lavavam as mãos. Ou seja, tocavam em cadáveres e posteriormente nas parturientes. A partir daí a prática da higienização das mãos tornou-se valorizada. Assim a Segurança do Paciente foi amadurecendo até ser o que é atualmente (BUENO; FASSARELLA, 2012).

Esse tema a partir do final da década de 90 se tornou foco da atenção por meio da publicação do relatório “*To err is human: building a safer health system*”, elaborado pelo Comitê para a Qualidade do Cuidado à Saúde na América (*Committee on Quality of Health Care in America*) do: *Institute of Medicine* (IOM), que trouxe estimativas de mortes anuais que ocorreram nos Estados Unidos em decorrência de erros médicos, variando entre 44.000 a 98.000 mortes, superando dados por acidentes automobilísticos (43.458 mortes em um ano), câncer de mama (42.297 mortes em um ano) e a AIDS (16.516 mortes em um ano) (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; BARROS, 2013).

Esse relatório também trouxe os custos de gastos com eventos adversos não evitáveis e eventos adversos evitáveis, com valores entre U\$ 37,6 a U\$ 50 bilhões de dólares e entre U\$ 17 a U\$29 bilhões de dólares, respectivamente. Preocupados com os dados expostos pelo IOM, a OMS criou em 2004, a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, com o objetivo de adotar medidas para incentivar e divulgar

práticas que garantam a segurança do paciente (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; BARROS, 2013).

Este mesmo programa definiu como prioritário o desenvolvimento de pesquisas científicas que visem instituir medidas que aumentem a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde, fomentado pelo comprometimento político dos estados signatários (BRASIL, 2009).

Seis metas internacionais para a Segurança do Paciente foram estabelecidas pela OMS e preconizadas pela *Joint Commission International (JCI)*. São elas: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar a cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos; higienizar as mãos para evitar infecções; e reduzir o risco de quedas e lesão por pressão (BRASIL, 2013a).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), lançaram em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que implementou seis protocolos básicos baseado nas metas internacionais de segurança do paciente, a saber: Cirurgia Segura, Identificação do Paciente, Prática de Higiene das mãos, Prevenção de Quedas, Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos e Úlcera por Pressão.

Neste trabalho o destaque é para aquele que trata da segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, a ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2013b). Os medicamentos são uma importante ferramenta no tratamento e profilaxia de muitas enfermidades, auxiliando na melhora da qualidade de vida das pessoas (MENDES, 2005).

Porém, erros de medicação podem ocorrer e levar na maioria das vezes a um evento adverso, ou seja, gerar um dano ao paciente que pode até ser fatal (CARVALHO E CASSIANI, 2002). Sabe-se que eventos adversos com medicamentos são, na sua maioria, de natureza multifatorial, vistos a complexidade e inter-relação profissional e de serviços, logo o ideal é que todos os profissionais envolvidos neste sistema tenham a responsabilidade de trabalhar em conjunto, para minimizar os danos causados aos pacientes, a partir de estratégias, especialmente de comunicação (WHO, 2017b).

Segundo Andrade (2010), o erro pode estar relacionado à prática profissional, a produtos usados na área da saúde, a procedimentos, a problemas de comunicação, incluindo prescrições, rótulos, embalagens, nomes, preparações, forma farmacêutica, dispensações, distribuições, administração, educação, monitoramento e uso de medicamentos. Erros relacionados ao medicamento são comuns associado ao cuidado, só nos Estados Unidos erros de medicação causam pelo menos uma morte todos os dias e danos a aproximadamente 1,3 milhão de pessoas anualmente.

Dada a importância desse assunto, a OMS lançou em 2017 o terceiro desafio global, com o tema “Medicação sem dano”, que tem como meta reduzir em 50% os danos graves e evitáveis ao longo de cinco anos, desenvolvendo sistemas de saúde mais seguros e eficientes em todas as etapas do processo de medicação (WHO, 2017a; WHO, 2017b).

Uma medida simples na tentativa de reduzir eventos adversos, mas de extrema importância é o paciente e cuidador serem membros ativos e empoderados, durante os cuidados assistenciais recebidos da organização hospitalar durante a internação, participando assim das decisões e dos cuidados a ele prestado, com o objetivo de obter melhores resultados do serviço (SENDERS, 2002).

O empoderamento é um processo educativo destinado a ajudar os pacientes a desenvolver conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessário para assumir efetivamente a responsabilidade com as decisões acerca de sua saúde. Pacientes mais informados, envolvidos e responsabilizados (empoderados), interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde tentando realizar ações que produzam resultados de saúde (WEGNER e PEDRO, 2012).

Uma das estratégias criada pela OMS para reduzir incidentes, foi o programa Pacientes pela Segurança dos Pacientes. Este programa envolve pacientes bem como profissionais, gestores e qualquer vítima de danos que se reúnem para melhorar a segurança e incentivar pacientes sejam colocados no centro dos cuidados e incluídos como parceiros plenos da assistência (WHO, 2004).

Outro programa que visa envolver o paciente no cuidado para prevenir os erros na assistência em saúde é o “*Speak Up*”, criado pela JCI em 2005, que oferece aconselhamentos ao paciente e o estimula a realizar perguntas durante o cuidado, de forma a sanar suas dúvidas e, ainda, participar das decisões (JCAHO, 2005).

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE NO BRASIL

A segurança do paciente é motivo de preocupação em todo o mundo, já que incidentes têm sido frequentes em ambientes hospitalares, sendo um problema de saúde pública global. O incidente pode atingir ou não o paciente. Caso não atinja, pode ser um *near miss*. O *near miss* é um incidente que não chegou a atingir o paciente durante o cuidado porque houve alguma intervenção que o evitou. O incidente, quando atinge o paciente, pode ou não causar dano. Quando não causa dano, é chamado de incidente sem dano e, quando causa, é chamado de evento adverso (LANZILLOTTI, 2016).

Estudos de Barros (2013) apontam que em países desenvolvidos, um em cada 10 pacientes sofre um evento adverso dentro de uma unidade hospitalar. Quanto aos riscos de infecções relacionados ao cuidado, em países em desenvolvimento os riscos são 20 vezes maior do que em países desenvolvidos. Dados do Brasil revelam que eventos adversos tem prevalência que varia de 6 a 18,7% (CAPUCHO et al.,2013; MENDES et al.,2009; PARANAGUÁ et al.,2013; MENDES et al., 2005) e incidência de 38,4% sendo estes valores superiores aos dados da situação global que comprovam prevalência de 10% (MENDES et al., 2005).

Nesse contexto, nos quais eventos adversos relacionados ao cuidado tem sido preocupação mundial, no Brasil o Ministério da Saúde deu passos importantes com a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) instituído pela Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013b). Este programa tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Seus objetivos específicos são: Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e fomentar a

inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013b).

Além da portaria MS/GM nº 529, 2013, a resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e estabelece a implantação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP). Uma das competências desses NSP são a implantação de protocolos de Segurança do Paciente, o monitoramento de seus indicadores, e o estabelecimento de barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde (BRASIL, 2013c).

Uma recomendação da OMS, e objetivo específico do PNSP é incentivar a inclusão da segurança do paciente no ensino de graduação e pós-graduação em saúde, trazendo mudanças curriculares importantes e construindo profissionais envolvidos nas práticas de segurança do paciente (BRASIL, 2014; BRASIL, 2013b).

O documento de referência para o programa nacional da segurança do paciente ainda traz a importância de práticas educacionais dentro de programas do Ministério da Saúde que são desenvolvidas em unidades educacionais de ensino superior, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), incorporando, por exemplo, conhecimentos de segurança do paciente na formação destes profissionais (BRASIL, 2014).

O PNSP com suas metas bem como os protocolos estabelecidos baseados nestas metas, a RDC n.36 2013, com a implementação do NSP, e a inclusão do tema segurança do paciente no ensino são algumas das medidas tomadas para prevenir erros e eventos adversos ocorridos no sistema de saúde (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c).

## 2.2 ERRO RELACIONADO AO MEDICAMENTO

Medicamentos são produtos farmacêuticos que tem finalidades profiláticas, curativas, paliativa e de diagnóstico. O uso destes produtos em unidades hospitalares é praticamente indispensável, e estes têm sido motivo de muita preocupação devido ao aumento da incidência de erros relacionados ao medicamento, representando uma triste realidade em hospitais de todo o mundo (ANDRADE, 2010).

Segundo Andrade (2010, p.280) erro de medicação é:

Qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, pode levar ao uso inadequado de medicamento. Este conceito implica que o uso inadequado pode ou não lesar o paciente, e não importa se o medicamento se encontra sob controle de profissionais de saúde, do paciente ou do consumidor. O erro pode estar relacionado à prática profissional, a produtos usados na área da saúde, a procedimentos, a problemas de comunicação, incluindo prescrições, rótulos, embalagens, nomes, preparações, dispensações, distribuições, administrações, educação, monitoramento e uso de medicamentos (ANDRADE, 2010, p.280).

Dados revelam que 30% dos danos que acontecem durante a internação está relacionado ao medicamento, trazendo prejuízos não só ao paciente, mas também prejuízos econômicos ao hospital (BERWICK et al., 1999; STEFI et al., 2001; ANDERSON et al., 2002). Este assunto é tão relevante que é tema do terceiro desafio global de segurança do paciente da OMS, intitulado “Medicação Sem Danos”, que tem como meta reduzir em 50% os danos graves e evitáveis relacionados ao medicamento, globalmente, nos próximos 5 anos. (WHO, 2017a; WHO, 2017b).

São várias as falhas e pontos fracos, que podem estar relacionados a falhas no uso do medicamento. A escolha inadequada da terapêutica e pouca informação dos medicamentos por parte do profissional de saúde desencadeiam uma série de erros que podem resultar em dano ao paciente. Além disso, propriedades inerentes ao medicamento como a rotulagem, embalagem, e o nome do medicamento são pontos importantes que podem induzir ao erro quando não possuem rótulos claros, e/ou embalagens e nomes semelhantes não são indiferenciados (ANACLETO et al., 2010).

Fatores ligados ao ambiente podem contribuir na ocorrência de erros, pois ambientes com distrações, com baixa luminosidade, barulhentos e de excesso de carga horária de trabalho aumenta as taxas de erros. A educação do paciente por parte do profissional também é de extrema importância, pois estes quando

encorajados a agir de forma ativa podem contribuir na diminuição dos erros (ANACLETO et al., 2010).

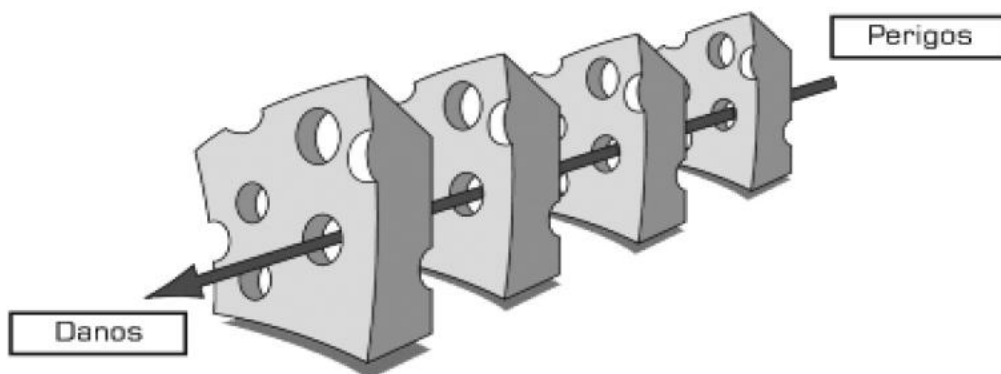
### 2.3 BARREIRAS NO CUIDADO DA SAÚDE POR JAMES REASON

Pensando na segurança do paciente como um sistema disposto em camadas que antecedem o personagem principal do cuidado, um psicólogo britânico chamado James Reason propôs uma teoria que compara a assistência ao paciente a um queijo suíço, trazendo grande contribuição no entendimento da ocorrência do evento adverso (REASON, 2000; REASON, 2009).

Para um dano atingir o paciente é necessário que uma sucessão de erros ocorra. Um evento adverso não ocorre apenas como fruto de um único erro, já que um sistema de saúde é complexo e composto por várias etapas. Pensando que o sistema de saúde possui múltiplas etapas e nessas etapas possuem barreiras de segurança, James Reason após inúmeras observações de incidentes propôs, a Teoria do Queijo Suíço (REASON, 2009).

Esse modelo revela falhas no sistema, e para Reason, os erros são representados pelos buracos do queijo (Figura 1) um único erro não é capaz de causar dano ao paciente, porém quando esses buracos estão alinhados, ou seja, quando há uma sucessão de erros, estes são capazes de causar dano ao paciente, chamado de erro ativo (REASON, 2000; REASON, 2009; WACHTER, 2013).

**Figura 1.** Modelo do queijo suíço de James Reason.



Fonte: Reason, 2009

A teoria do queijo suíço então descentraliza o erro, não responsabilizando apenas um único ato ou uma única pessoa pelo dano, mas a um conjunto de falhas

ocorridas no sistema. Para que essas fragilidades sejam barradas, é necessário que estes buracos diminuam e que haja camadas sobrepostas barrando esses erros (REASON, 2009; WACHTER, 2013).

A partir do modelo proposto por Reason é possível entender que existem várias camadas ou barreiras que antecedem o paciente, e para que o dano aconteça é necessário que o erro passe por todas essas camadas chegando assim no paciente. Essas barreiras podem ser relacionadas a estrutura e gestão de uma unidade hospitalar ou ligadas ao profissional de saúde responsável pelo cuidado (REIS et al., 2012; REASON, 2009; BRANCO, 2010).

Se todas essas barreiras falharem, ainda haverá mais uma, a última dentro da cadeia de barreiras da segurança do paciente, que é o próprio paciente. Este apesar de ser o personagem principal da assistência, muitas vezes não é colocado no centro do cuidado, nem tratado como parceiro, portador de voz e ativo no processo para melhoria da sua própria saúde (TADDEO et al., 2012).

#### 2.4 ENVOLVIMENTO DO PACIENTE NO CUIDADO

Apesar de parecer óbvio, o paciente deve estar no centro do cuidado, e ter voz ativa nesse processo, sendo assim é considerado última barreira na cadeia da segurança do paciente. Muitos pacientes não conhecem seus direitos, e se sentem intimidados na presença dos profissionais da saúde. Pela reação destes profissionais frente a perguntas e indagações quanto à assistência, ou pela linguagem muito complicada e técnica, não buscam informações sobre seu cuidado (BRASIL, 2014).

A comunicação é um item importante na relação profissional-paciente, e quando há essa deficiência ou quando a comunicação é de baixa qualidade, oferecem ambientes inseguros (RIDELBERG, 2014). O documento de referência para o PNSP disponibilizado pelo MS traz a definição sobre Política Nacional de Humanização, que é importante para a compreensão da importância do envolvimento dos usuários da saúde bem como a corresponsabilidade no seu cuidado.

A Política Nacional de Humanização define:

[...] humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde:

usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004).

Para que isso aconteça a OMS tem incentivado práticas que incluam pacientes como parte fundamental das ações do cuidado, compreendendo que o paciente quando envolvido nas estratégias de segurança, pode colaborar e ser peça chave na auto segurança sendo assim, a última barreira no processo de segurança do paciente. Essas práticas incluem programas como Pacientes pela Segurança do Paciente e o Speak up, criado pelo Joint Commission em 2005, que incentiva que o paciente faça perguntas durante o seu cuidado e tire dúvidas (WHO, 2004).

Uma das várias estratégias de envolver o paciente no cuidado é a comunicação simples e clara do profissional, estando abertos a perguntas e demais esclarecimentos que envolvam a assistência. Portanto a orientação dos pacientes e/ou acompanhantes oferecendo linguagem acessível e de qualidade faz com que incidentes diminuam e possíveis erros não aconteçam (WEGNER e PEDRO, 2012).

Martins e Araújo (2008) confirmam a importância do desenvolvimento da comunicação do profissional da saúde, e esta assim como as habilidades técnicas e especificidades de cada área do conhecimento são fundamentais para as boas práticas da profissão. Um conceito que envolve o paciente com parte ativa do processo de assistência em saúde é o empoderamento, usado não apenas como termo da área da saúde, mas envolve outras áreas do conhecimento como áreas sociais, política, administração, psicologia comunitária e outros (NARAYAN, 2002).

Empoderamento é uma estratégia que também envolve a comunicação do paciente com o profissional de saúde, empoderar o paciente significa desenvolver conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento que tornarão o paciente ativo nesse processo. Dessa forma, o número de incidentes e erros com danos poderão ser minimizados, quando barrados pelo próprio paciente (WEGNER e PEDRO, 2012).

Uma definição interessante sobre empoderamento é a dos autores Kleba e Wendausen (2009) onde o empoderar tem o significado explícito em seu próprio nome, que é o de poder, logo empoderar nada mais é do que dar poder ao paciente.

Estes autores ainda particularizam esse conceito àqueles que foram submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social, o que muitas vezes acontece dentro de uma unidade de saúde

Apesar das recomendações de órgãos da saúde e de pesquisas mesmo que tímidas evidenciando a importância do envolvimento do paciente no autocuidado, muitos profissionais desencorajam tal ação, e queixas de pacientes que não são ouvidas por estes profissionais ainda existem (BERGER et al., 2013).

Uma frase de um célebre médico canadense, William Osler já dizia “Ouça o paciente, ele está a dizer-lhe o diagnóstico”. Tal frase expõe a preocupação que ele tinha e o cuidado ao ouvir o paciente naquela época, o que também é muito importante nos dias atuais. O envolvimento do paciente pode não apenas melhorar a qualidade do serviço em saúde, como também levar a uma redução de custos e gastos em saúde, aumentando assim a eficiência do cuidado (HIBBARD e GREEN, 2013).

Diante do exposto, uma das maneiras de envolver o paciente também está ligada à orientação do profissional de saúde, pois estes quando entendem o paciente como parceiro e corresponsável no cuidado, portador de voz ativa, podem incentivar o envolvimento do paciente de forma positiva. A educação continuada em segurança do paciente é uma maneira de manter um ciclo de aprendizado contínuo, renovando assim tais conhecimentos (WEGNER e PEDRO, 2012).

Rodas de conversas entre profissionais, estudos de casos com relatos de eventos adversos, também são ações importantes para o compartilhamento de conhecimentos adquiridos e o aperfeiçoamento destes profissionais, favorecendo ações assertivas em situações futuras (WEGNER e PEDRO, 2012).

Fica claro que o envolvimento do paciente no seu próprio cuidado traz diversos benefícios na melhoria da qualidade do serviço em saúde (HIBBARD e GREEN, 2013).

Além disso, o paciente é considerado uma barreira, sendo a última capaz de barrar uma sucessão de erros que pode levar a um dano ao paciente. Diante desta perspectiva, a compreensão do paciente como parte do processo também é importante, logo o objetivo deste estudo é analisar a percepção dos pacientes internados como peça fundamental para interceptar erros relacionados a medicamentos.

## 2.5 GRUPO FOCAL

Grupo Focal (GF) é um método para coleta de dados, gerados a partir de relatos e experiências onde o que se analisa são falas dos participantes de tal grupo. Um mediador conduz a sessão a partir de perguntas norteadoras de um determinado assunto, que vão incentivar a participação e a discussão (PEDROSA e PEDRO, 2009). O GF reúne pessoas com pontos em comum que serão discutidos, mas também possibilita a coleta de informações de diferentes pessoas com opiniões e pontos de vista diferente (GATTI, 2005; RESSEL et al.,2008).

Esse tipo de grupo, diferente de uma entrevista, permite que os participantes pensem no que irão falar, ouvindo outras falas sobre o assunto, fundamentando melhor sua opinião e interagindo na discussão de forma reflexiva sobre o que esta sendo tratado. Se no grupo um dos participantes for mais comunicativo, pode permitir com que os demais participantes se sintam menos desinibidos a falar (TRAD, 2009). Por outro lado, um grupo focal, pode reprimir opiniões contrárias aos demais na discussão, ou inibir quando cercada por outras pessoas por causa da timidez, ou ainda o sentimento de inferioridade devido a um nível de escolaridade ou social inferior ao outro participante. Para evitar certo tipo de constrangimento Borges e Santos (2005) recomenda que os participantes não devam pertencer ao mesmo círculo de amizade ou de trabalho.

Os resultados de um grupo focal são as falas dos participantes que foram incentivadas a partir de perguntas norteadoras. Para análise de conteúdo do material estudado pode-se usar o método qualitativo de Bardin, que tem por objetivo a interpretação das comunicações do GF. A análise divide-se em três etapas: a) pré-análise; b) exploração do material e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007).

## 3. OBJETIVOS

### 3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as percepções de pacientes internados em um Hospital, como sendo a última barreira para evitar erros de medicação.

### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a importância percebida pelo paciente sobre a necessidade de se conhecer os medicamentos que faz uso.

- Descrever qual é a percepção que o paciente tem sobre seu protagonismo em sua própria segurança.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória, primária e descritiva de abordagem qualitativa com análise de conteúdo pelo método de Bardin, desenvolvido a partir do problema de pesquisa proposto em um Grupo Focal (GF) de Pacientes internados em hospital de Reabilitação em Goiás.

### 4.2 DESENHO DO ESTUDO

O Grupo Focal com os Pacientes foi realizado, em uma única sessão, em novembro de 2018, dentro das dependências do Hospital de Reabilitação na cidade de Goiânia-GO, onde os pacientes estavam internados. Foram recrutados pacientes de forma aleatória, em seus leitos, respeitando os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Fizeram parte do estudo todos àqueles que concordaram em participar, depois dos esclarecimentos.

Um moderador, na presença de dois observadores, conduziu a sessão em face dos participantes que estavam dispostos na sala formando um círculo, permitindo assim a inclusão de todos os pacientes.

O moderador iniciou com um vídeo, que representava uma rotina de administração de medicamento durante a internação, logo após o término do vídeo, utilizando-se das seguintes questões norteadoras, 1)O que você faz quando é administrado um medicamento ou soro em você?; 2) O que vocês gostariam de saber sobre os medicamentos que tomam durante a internação?; 3) Como você acha que o paciente pode ser mais ativo na hora de administrar o medicamento?

O moderador do GF motivou e conduziu a manifestação espontânea dos participantes sobre seu protagonismo no processo de seu cuidado, mais especificamente no que se refere à medicação. A sessão teve duração de 60 minutos. Todas as falas foram gravadas, e posteriormente transcritas para software na forma de documentos com a extensão \*.rtf (*rich text format*) disponível no Microsoft Word.

#### 4.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos pacientes internados na unidade de reabilitação, com idade igual ou superior a 18 anos e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos aqueles que não conseguiam sair do leito, ou possuíam alguma limitação física ou fisiológica que o impedisse de ouvir, compreender ou falar.

#### 4.3. ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa obedeceu aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, propostas pelo Conselho Nacional de Saúde por meio da resolução nº466/2012, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, com o número CAAE: 96426618.5.3001.5083 e pelo Comitê de Ética CENTRO DE EXCELÊNCIA EM ENSINO, PESQUISA E PROJETOS "LEIDE DAS NEVES FERREIRA" - CEEPP-LNF/SEST-SUS/SES-GO com o número CAAE: 96426618.5.0000.5082.

Todos os participantes do estudo assinaram TCLE em duas vias.

#### 4.4. ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados seguiu a proposta de análise do conteúdo de Bardin (2016), em que as falas foram transcritas e organizadas para leitura e análise.

### 5. RESULTADOS

Participaram do GF 10 pacientes que estavam internados na Unidade de Reabilitação e se enquadraram nos critérios de inclusão. Para garantir o anonimato dos participantes, estes não foram identificados.

Alguns dados pessoais foram coletados a fim de caracterizar o grupo de pacientes estudado, como sexo, idade, escolaridade e o tempo de internação na unidade (Tabela 1).

**Tabela 1.** Perfil dos participantes do estudo em relação ao sexo, faixa etária, escolaridade e tempo de internação de uma unidade de reabilitação em Goiânia.

CARACTERÍSTICA DO PACIENTE		N	%
SEXO	Feminino	1	10
	Masculino	9	90
FAIXA ETÁRIA	18-25	4	40
	26-35	3	30
	36-45	3	30
ESCOLARIDADE	Analfabeto	-	-
	Ensino	2	20

	Fundamental Incompleto		
	Ensino Fundamental Completo	1	10
	Ensino Médio Incompleto	1	10
	Ensino Médio Completo	3	30
	Ensino Superior Incompleto	1	10
	Ensino Superior Completo	1	10
	Não informou	1	10
<b>TEMPO DE INTERNAÇÃO</b>	< 7 Dias	2	20
	7- 14 Dias	1	10
	15-21 Dias	3	30
	≥ 22 Dias	4	40

Fonte: Autor próprio

A população estudada foi composta em sua maioria por homens (n=9). Os participantes são uma população jovem com idade entre 18 a 45 anos, que possuíam em sua maioria o nível de escolaridade o ensino médio completo (n=3) e ensino fundamental incompleto (n=2), perfazendo um total de 50% dos pacientes. Os demais se encaixaram em outros níveis sendo um paciente em cada nível. O tempo de internação foi dividido em menor que 7 dias, de 7 a 14 dias, 15 a 21 dias e maior que 22 dias, sendo que os dois últimos, juntos, contemplam 70% dos pacientes.

O documento de análise é a transcrição das falas dos pacientes, que participaram do GF, a partir de perguntas norteadoras que motivaram tais falas. Esta transcrição encontra-se no Anexo I deste estudo. A partir daí fez-se a leitura flutuante do documento da pesquisa, que é o corpus da análise. A partir da formulação da hipótese: se o paciente é importante como barreira de erros de medicação, qual a percepção dele no processo ativo do cuidado? Foi feita a análise das falas dos participantes.

No GF, a mediadora iniciou com a apresentação de um vídeo e solicitou que os participantes se imaginassem na cena. Após o vídeo foram feitas 3 perguntas

norteadoras: O que você faz quando é administrado um medicamento ou soro em você? O que vocês gostariam de saber sobre os medicamentos tomam durante a internação? E como você acha que o paciente pode ser mais ativo na hora de administrar o medicamento?

Na primeira pergunta norteadora (O que você faz quando é administrado um medicamento ou soro em você?), nem todos os participantes responderam a indagação. Quatro dos dez pacientes se manifestaram e dentre estes, um paciente se mostrou bastante participativo nesse momento, tendo quatro momentos de fala.

As falas foram transcritas abaixo, e aquelas nas quais houve repetição de conteúdo não foram colocadas.

“Às vezes a gente está com tanta dor, que quer ficar calado e quer que administra logo, para acabar com a dor”.

“A maioria dos enfermeiros responde já aplicando o medicamento, raramente eles esperam para perguntar primeiro, mas acho assim, como o médico prescreveu para eles, então aí está tudo bem”

“É automático... todo dia toma medicamento, liga o automático, aí nem pergunta”

“O paciente às vezes tem vergonha de falar, de saber...”

“Eu olho o que tô tomando...”

Na segunda pergunta norteadora (O que vocês gostariam de saber sobre os medicamentos tomam durante a internação?) todos manifestaram sua opinião frente a pergunta. Três pacientes afirmaram saber qual os medicamentos tomam e para que servem, outros não demonstraram interesse em saber, como mostra as falas transcritas abaixo.

“Eu nunca pergunto nada, o que for trazendo para mim eu já tomo logo e só...”

“As enfermeiras sempre me falam para que serve o medicamento, eu não pergunto nada não, minha esposa que toma conta. ”

Alguns pacientes disseram ter interesse em saber sobre efeitos adversos e colaterais que o medicamento pode trazer, e ainda o tempo para que o mesmo tenha efeito.

“Eu gostaria de saber se aquele medicamento vai dar certo, se vai demorar muito ou é rápido”.

“Seria bom saber se o medicamento vai causar mal, ele pode ajudar em alguma coisa, mas prejudicar em outra”.

“Se tem contraindicação, se tem efeito colateral”.

Também falaram o que eles observam na hora da administração do medicamento. Alguns disseram observar se o medicamento vem embalado, a cor e se é o mesmo medicamento que tomam todos os dias.

A terceira pergunta norteadora (Como você acha que o paciente pode ser mais ativo na hora de administrar o medicamento) foi pouco entendida pelos participantes e muitos se abstiveram de responder. Um total de 6 participantes não sabiam ou não quiseram responder, dos que responderam um grupo não compreendeu a pergunta e suas falas não responderam a indagação feita. Dois destes tipos de falas foram descritas abaixo.

“Perguntar se o medicamento pode tomar com estomago vazio e tem complicação”.

“Eu sou muito brincalhão, o médico chegando vou brincando. Eu pergunto para que o remédio serve, se eu posso comer daqui a pouco”.

Outros grupos responderam com falas que continham o conteúdo da pergunta norteadora, em relação a ser mais ativo no momento da administração.

“Eu acho que deveria interagir mais com a enfermeira que está administrando o medicamento...”

“Perguntar para a enfermeira se ela está administrando o medicamento certo...”

Os participantes não contribuíram com mais nenhuma fala e a sessão foi encerrada.

## 6. DISCUSSÃO

O envolvimento do paciente no seu cuidado é objetivo desejável para um cuidado mais seguro e efetivo. Além disso, esse envolvimento pode levar a um menor custo na assistência à saúde, devido à redução de gastos, uma vez que muitos recursos são despendidos para minimizar erros que poderiam ter sido evitados com a participação do paciente (HIBBARD; GREEN,2013).

Os erros evitáveis que mais acontecem em um hospital estão relacionados à administração dos medicamentos. Estes podem ser passíveis a danos ou não, e um

dos maiores prejuízos destes erros é a morte do paciente (MENDES et al.,2005). Se o envolvimento do paciente no cuidado é importante, inclusive no que diz respeito ao seu medicamento, avaliar qual tem sido a percepção do paciente como barreira para evitar erros associadas ao uso de medicamentos é indispensável para diagnosticar a compreensão desta população.

Fox e Reeves (2015) argumentam haver uma relação entre o nível de escolaridade, classe social e faixa etária, onde grupos mais fragilizados tendem a ser menos participativos no envolvimento da compreensão das suas doenças, e se sentem inferiorizados e menos confortáveis ao questionarem um profissional de saúde. O perfil dos participantes deste estudo é composto em sua maioria por homens (90%), 40% estão na faixa etária de 18 a 25 anos, e tem por escolaridade o nível básico de ensino, ou seja, não concluíram o ensino médio.

Os níveis de escolaridade e idade estão bem representados nesse estudo, com participantes em todas as etapas, logo é difícil correlacionar grupos socioeconômicos e etários com a participação no autocuidado. Na primeira questão norteadora, percebeu-se pelas falas destes pacientes internados, que durante a internação devido ao estado debilitado e de fragilidade em que se encontraram estes muitas vezes não questionam sobre seus medicamentos. São delicados e a única coisa que desejam é que a dor passe.

Depois de algum tempo de internação e a medicação já se tornar algo habitual no cotidiano de internação, estes pacientes já não questionam/observam o que está sendo administrado. Outro motivo é a vergonha de questionar o profissional de saúde, sendo assim dizem confiar no prescritor, que na maioria das vezes não é o mesmo que administra, ou seja, não se preocupam quanto a sua medicação.

A segunda questão norteadora, o que vocês gostariam de saber sobre os medicamentos que tomam durante a internação? Um grupo afirmou já saber qual medicamento toma e para que serve tal medicamento. Outro grupo não demonstrou nenhum interesse em saber sobre a medicação que tomam, pois na percepção destes, o medicamento que o profissional de saúde administra neles é aceito de forma passiva, sem nenhum questionamento.

Esse comportamento pode ocorrer por motivos como os relatados pelos participantes na primeira questão norteadora, o paciente está com dor na hora da administração, o medicamento é um hábito no cotidiano da internação, vergonha de perguntar ao profissional da saúde ou simplesmente a falta de interesse em

participar do seu cuidado. Um terceiro grupo manifestou interesse em saber se o medicamento que fazem parte do seu tratamento causa algum efeito adverso ou colateral, e sobre a efetividade e eficácia do tratamento medicamentoso.

Analisando o que foi falado na terceira questão norteadora, como você acha que o paciente pode ser mais ativo na hora de administrar o medicamento, o paciente pouco observa e participa do cuidado, especificamente no que diz respeito administração do medicamento, assim pouco sabem como agir de forma ativa nesse processo. Pela não compreensão da problemática, a maioria dos participantes se absteve de responder, e outros não souberam responder aquilo que foi proposto, desviando do assunto tratado. Essa última questão foi a menos compreendida e não houve uma resposta que satisfizesse o questionamento levantado.

Diante das respostas dos participantes deste estudo, como barreira para se evitar erros de medicação, percebe-se que poucos se mostraram ativos no cuidado no momento da administração dos medicamentos, e ninguém compreendem o que é ser ativo na hora de administrar o medicamento. Um fator determinante para que o envolvimento do paciente não ocorra é a falta de compreensão de termos muito técnicos, portanto é necessário que o profissional utilize de linguagem simples e acessível, além de incentivar a corresponsabilidades e a participação na tomada de decisões no tratamento medicamentoso (MEAD et al., 2002; OLSSON et al., 2013; EKMAN et al., 2011).

Uma pesquisa sobre a participação do paciente na higienização das mãos entre os profissionais de saúde (OLIVEIRA e PINTO, 2018), revelou que 93,3% dos profissionais entrevistados consideraram importante a participação dos pacientes em lembrá-los da higienização das mãos. Essa prática demonstra a importância do envolvimento do paciente, e o quanto ele precisa estar atento quando recebe cuidados dentro de uma unidade de saúde.

Esse estudo também revelou o sentimento por parte destes profissionais quando são lembrados por um paciente de higienizar as mãos, 48% relataram que se sentiriam desconfortáveis; 45,3%, confortáveis; e 6,7%, muito confortáveis. Isso pode ser um fator limitante, já que um paciente atento no seu cuidado e que chama a atenção de um profissional da saúde pareça ser incapacidade e descuido por parte do profissional habilitado, o que tornaria uma situação desconfortável e até perderia a credibilidade do cuidado.

Apesar disso, o paciente ativo impede que danos aconteçam e empoderá-lo só melhora o serviço. Assim como os pacientes que lembram os profissionais sobre a higienização das mãos, pacientes que monitoram a administração de seus medicamentos podem melhorar o serviço e minimizam a chance de erros.

## 7. CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou identificar a percepção que um grupo de pacientes internados em um hospital tem acerca de seu protagonismo para interceptar erros relacionados a medicação. O grupo estudado a partir de um grupo focal, foi uma parcela singela de um grupo bem maior de pacientes internados nessa mesma unidade de saúde, mas atendia o mínimo exigido a um grupo focal. O grupo estava bem representativo quanto a idade e escolaridade, e estes fatores não influenciaram nas falas já que estas pouco se diferenciaram e as percepções foram muito parecidas.

O paciente pouco conhece sobre os medicamentos que recebem no hospital, confia no prescritor e administrador do medicamento, mas tem receio em questionar o profissional da saúde. Pelo estado de fragilidade em que se encontra não se interessam em estar atentos aos seus medicamentos. Além disso, um fator preocupante é que esse mesmo paciente não sabe como ser ativo e participativo no seu processo de cuidado. Não sabem da necessidade desta questão e na maioria das vezes não é incentivado pelo profissional da saúde, já que ser participativo parece ser inconveniente.

Portanto, o profissional da saúde, ao entender a necessidade e importância do envolvimento do paciente na administração do medicamento, deve atuar incentivando-o a ser mais ativo e participativo no seu cuidado, para que erros na administração da medicação seja minimizada ao máximo, maximizando assim a qualidade do serviço em saúde.

## REFERÊNCIAS

ANACLETO, A.TÂNIA, et al.,2010.**Erros de medicação**. Pharmacia Brasileira – Janeiro/ Fevereiro 2010.

ANDERSON, J.G; JAY, S.J, ANDERSON, M; HUNT T.J. Evaluating the capability of information technology to prevent adverse drug events: a computer simulation approach. **J Am Med Inform Assoc**. 2002;9(5):479-90.

ANDRADE, ÉRIKA MIYAMOTO KUNII. Erros de Medicação. In: FERRACINI, FÁBIOTEIXEIRA; FILHO, WLADMIR MENDES BORGES. **Prática farmacêutica no ambiente hospitalar: do planejamento à realização**. 2. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2010.cap. 23, p. 279-287.

BARROS, C.G. **Segurança do paciente como prioridade nas organizações hospitalares**. Apresentação do Hospital Albert Einstein, 2013, São Paulo.

BRANCO FILHO JRC. **Construindo um modelo de segurança do paciente**. Prát. hosp. 2010 Mar-Abr;(74): 8-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: orientações para cirurgia segura da OMS. Rio de Janeiro: **Ministério da Saúde**, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de Medicamentos. **ANVISA, FIOCRUZ e FHEMIG**, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Portaria n.º 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário oficial da União**: Brasília, 2013b, p.2.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. RDC nº 36 de 25 de julho de 2013. Institui Ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário oficial da União**: Brasília, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. 1ª edição, 2014.

BERGER, Z; FLICKINGER, TE,;Pfoh E, Martinez KA, Dy SM. Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: a systematic review. **BMJ Qual Saf.**, 2013.

BERWICK, D.M; LEAPE, L.L. Reducing errors in medicine. **BMJ**. 1999;319(3):136-7.

BORGES, C.D.; SANTOS, M.A.; Aplicações metodológicas da técnica de grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. **Rev.SPAGESP**, v.6, n.1, 2005.

BUENO, ANDRESSA ALINE BERNARDO; FASSARELLA, CÍNTIA SILVA. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**. Vol. 6, n. 1, 2012.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

CARVALHO, V. T.; CASSIANI, S. H. Erros na medicação e conseqüências para Profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, 2002, v. 10, n. 4, p. 523-529.

CAPUCHO, HC; ARNAS, ER, CASSIANI, SHBD. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Rev Gaúcha Enferm**. 2013; 34(1):164-72.

EKMAN I, SWEDBERG K, TAFT C, LINDSETH A, NORBERG A, BRINK E, et al. Person-centered care: ready for prime time. **Eur J Cardiovasc Nurs**. 2011; 10(4):248-51.

FOX A, REEVES S. Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. **J Interprof Care**. 2015; 29(2):113-8.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

HIBBARD J, GREEN J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. **Health Aff**. 2013; 32:2207-14. doi:10.1377/hlthaff.2012.1061

**Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. “Speak Up”**[Internet]. USA; 2005. Disponível em:[http://www.jointcommission.org/assets/1/18/speakup\\_amb.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/speakup_amb.pdf). Acesso: 16 de Setembro de 2019.

**Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). “Speak Up”**[Internet]. USA; 2005 [cited 2014 jan 15]. Available from:[http://www.jointcommission.org/assets/1/18/speakup\\_amb.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/speakup_amb.pdf). Acesso: 16 de Setembro de 2019.

KLEBA, M. E.; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 733-743, 2009.

KOHN, L.T; CORRIGAN, J.M, DONALDSON, M.S, eds. **To err is human: building a safer health system**. Washington, D.C.: National Academy Press, 2000.

LANZILLOTTI, L.S; ANDRADE, C.L.T; MENDES, W; SETA, M.H. Eventos adversos e incidentes sem dano em recém-nascidos notificados no Brasil, nos anos 2007 a 2013. **Cad. Saúde Pública** 32 (9), 2016.

MARTINS, B. M.; ARAÚJO, T. C. C. F. **Comunicação no contexto de reabilitação: o encontro entre enfermeiro e paciente.** *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 26, n. 53, p. 109-116, abr./jun. 2008.

MENDES, M. C. P. et al. História da Farmacovigilância no Brasil. **Rev. Bras. Farm.** 89(3): 246-251, 2008.

MEAD N, BOWER P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. **Pat Educ Couns.** 2002; 48(1):51-61

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007

MENDES, W; MARTINS, M; ROZENFELD, S; TRAVASSOS, C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int J Qual Health Care.** 2009;21(4):279-84.

MENDES, W; TRAVASSOS, C; MARTINS, M; NORONHA JC de. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev Bras Epidemiol.** 2005;8(4):393-06.

NARAYAN, DEEPA. **Empoderamiento y reducción de la pobreza: libro de consulta.**Coimbra: World Bank, Alfa Ômega, 2002.

OLSSON L-E, JAKOBSSON UNG E, SWEDBERG K, EKMAN I. Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials - a systematic review. **J Clin Nurs.** 2013; 22(3/4):456-65.

PARANAGUÁ, TTB; BEZERRA, ALQ; SILVA, A.E.B.C, AZEVEDO, Filho FM de. Prevalence of no harm incidents and adverse events in a surgical clinic. **Acta Paul Enferm.** 2013;26(3):256-62.

PEROSA, CT.; PEDRO, E.N.R.; Perspectivas de jovens universitários da região norte de Rio Grande do Sul em relação a paternidade. **Rev. Esc. Enf. USP.** v.43, n.2, p. 300-6, 2009.

REASON, J. T. **Human error.** 20<sup>a</sup> ed. New York: Cambridge University Press, 2009. 302 p.

REASON, J. **Human error:** models and management. *Brit med journal*,n. 320, p. 768-770, 2000.

REIS, C.T; MARTINS, M; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Ciênc saúde coletiva** 2012.

RESSEL, L. B.; BECK, C. L. C.; GUALDA, D.M. R.; HOFFMANN, I. C.; SILVA, R. M.; SEHEM, G. D.; O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto Contexto Enferm**, v.17, n.4, p. 779-86, 2008.

REASON, J. **Human error**. 8th ed. New York: Cambridge University Press; 1990.

RIDELBERG, M; ROBACK, K; NILSEN, P. Facilitadores e barreiras influenciar a segurança do paciente em hospitais suecos: um estudo qualitativo de percepção das enfermeiras. **BMC Nurs**. 2014; 13: 23

SENDERS, J.W. My adventures as a hospital patient. **Qual Saf Health Care** [Internet]. BMJ Publishing Group; 2002 Dec [cited 2018 May 6]; 11(4):365-6; discussion 366-8. Available from:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12468699>

STEFEL, ME. To err is human: building a safer health system in 1999. **Front Health Serv Manage**. 2001;18(1):1-2.

TADDEO PS, GOMES KWL, CAPRARA A, GOMES AMA, OLIVEIRA GC, MOREIRA TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc saúde coletiva**. 2012;17(11):2923-30.

TRAD LB. Grupos Focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. **Physis**. 2009;19(3):777-96.

WACHTER, R. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. 2ª Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 478p

WAGNER, E.H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? **Effective Clinical Practice**. 1998; 1(1):2-4.

WEGNER, W; PEDRO, E.N.R. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2012; 20(3):427-34

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) The International Classification for Patient Safety (ICPS): taxonomy – more than words. **Geneva: WHO**, 2009

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Clean Care is Safer Care**[Online], 2015. Available from: <http://www.who.int/gpsc/5may/en/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Patients for Patient Safety: forward program [Internet]. **Genebra (SW)**; 2004 [cited 2014 jan 05]. Available from:[http://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/en/](http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO launches global effort to halve medication-related errors in 5 years. **Geneva: World Health Organization, 2017a.**

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. **Geneva: World Health Organization, 2017b.**

## ANEXOS I - TRANSCRIÇÃO DAS FALAS DOS PARTICIPANTES NO GRUPO FOCAL

**Primeira questão norteadora: O que vocês fazem quando é administrado um medicamento ou soro em você?**

**Paciente 1:** Quando estava lá no 1, eu sempre perguntava que medicamento é, antes deles colocarem em mim. E teve até uma época que deu alergia e eles pararam de dar.

**Paciente 2:** Só peço para aplicar e pronto!

**Paciente 1:** Às vezes o paciente está tão incomodado que quer que administra logo, e não pergunta.

**Paciente 3:** ...é isso, às vezes a gente está com tanta dor, que quer ficar calado e quer que administra logo, para acabar com a dor.

**Paciente 1:** A maioria dos enfermeiros responde já aplicando o medicamento, raramente eles esperam para perguntar primeiro, mas acho assim, como o médico prescreve para eles, então aí está tudo bem.

**Paciente 3:** Se der errado o médico que é o culpado.

**Paciente 2:** Sei, eu leio o nome, para ver se está certinho.

**Paciente 4:** Sei, eu olho o que tô tomando. Eu tô tomando um azulzinho.

**Paciente 3:** motivo é automático, todo dia toma medicamento, liga o automático, aí nem pergunta.

**Paciente 1:** o paciente as vezes tem vergonha de falar, de saber...

**Segunda questão norteadora: O que vocês gostariam de saber sobre os medicamentos que toma durante a internação?**

**Paciente 2:** Eu já sei para que são.

**Paciente 3:** Eu já sei, o medicamento que toma já sei para que são, ele serve para dor, aí eu já sei mais ou menos. Quando eles trocam eu gostaria de saber.

**Paciente 5:** Eu gostaria de saber se aquele medicamento vai dar certo, se vai demorar muito ou é rápido.

**Paciente 2:** É só perguntar para o farmacêutico, ele responde.

**Paciente 6:** Não soube/quis responder.

**Paciente 4:** Eu sei tudo, eu sei para que é.

**Paciente 1:** Seria bom saber se o medicamento vai causar mal, ele pode ajudar em alguma coisa mas prejudicar em outra.

**Paciente 7:** Eu nunca pergunto nada, o que for trazendo para mim eu já tomo logo e só...

**Paciente 8:** Se tem contraindicação, se tem efeito colateral.

**Paciente 9:** Eu não queria saber nada.

**Paciente 10:** As enfermeiras sempre me falam para que serve o medicamento, eu não pergunto nada não, minha esposa que toma conta.

**Paciente 10:** quando estou só eu pergunto para o que é, que remédio que é, o nome eu olho

**Paciente 9:** observo só o formato e a cor dele

**Paciente 8:** observo o aspecto, se já veio aberto, se vem na cápsula, se na hora que ela abre está na embalagem

**Paciente 7:** observo se é o mesmo que tomo todo dia, a cor dele

**Paciente 1:** a cor, o tamanho e as vezes o gosto

**Paciente 4:** o meu tem cheiro forte, a cor e o tamanho

**Paciente 6:** sabor e cheiro

**Paciente 5:** se está bem embalado

**Paciente 2:** se está bem embalado

**Paciente 3:** observo se a enfermeira está com os equipamentos corretos.

**Terceira questão norteadora: Como vocês acham que o paciente pode ser mais ativo na hora de administrar o medicamento?**

**Paciente 3:** Eu acho que deveria interagir mais com a enfermeira que está administrando o medicamento. Às vezes a gente está estressado que a gente acaba não tendo paciência

**Paciente 2:** eu não sei

**Paciente 5:** Não sei

**Paciente 6:** eu não sei não

**Paciente 4:** perguntar para a enfermeira se ela está administrando o medicamento certo, eles perguntarem o nome para saber se estão dando para a pessoa certa

**Paciente 1:** eu sou muito brincalhão, o médico chegando vou brincando. Eu pergunto para que o remédio serve, se eu posso comer daqui a pouco

**Paciente 7:** vou passar (não quis responder)

**Paciente 8:** perguntar se o medicamento pode tomar com estomago vazio e tem complicação. (Não entendeu a pergunta)

**Paciente 9:** sem palavras (não soube responder)

**Paciente 10:** não soube responder

## ANEXOS II - PERFIL DOS PACIENTES DO GF 27/11/2018

### **F.O.S**

- Admissão: 09/11/2018;
- Tempo de internação: 18 dias
- Ensino Médio Incompleto
- DN: 25/01/1991
- Idade: 27 anos

### **A.G.S**

- Admissão: 07/11/2018;
- Tempo de internação: 20 dias
- Ensino Médio Completo
- DN: 25/05/1983
- Idade: 35 anos

### **C.B**

- Admissão: 14/11/2018;
- Tempo de internação: 13 dias
- Ensino Médio Completo
- DN: 30/04/1976
- Idade: 42 anos

### **J.C.M.C**

- Admissão: 22/11/2018;
- Tempo de internação: 5 dias
- Ensino Fundamental Incompleto
- DN: 26/08/1976
- Idade: 42 anos

### **H.R.S**

- Admissão: 09/10/2018;
- Tempo de internação: 49 dias
- Ensino Fundamental Incompleto
- DN: 09/07/1995
- Idade: 23 anos

### **R.L.A.O**

- Admissão: 23/11/2018;
- Tempo de internação: 4 dias
- Superior Incompleto
- DN: 28/06/1999
- Idade: 19 anos

**Z.F.S**

- Admissão: 26/10/2018;
- Tempo de internação: 32 dias
- Ensino Fundamental Completo
- DN: 08/07/1993
- Idade: 25 anos

**L.G.P**

- Admissão: 29/10/2018;
- Tempo de internação: 29 dias
- Não informado a escolaridade
- DN: 28/04/1988
- Idade: 30 anos

**B.C.S**

- Admissão: 30/10/2018;
- Tempo de internação: 28 dias
- Ensino Médio Completo
- DN: 12/10/1978
- Idade: 40 anos

**A.D.S**

- Admissão: 07/11/2018;
- Tempo de internação: 20 dias
- Ensino Superior Completo
- DN: 06/06/1994
- Idade: 24 anos