

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS:
VIVÊNCIAS DOS PACIENTES QUANTO ÀS PRÁTICAS
ASSISTENCIAIS E ESTRATÉGIAS PARA SEU ENVOLVIMENTO NO
CUIDADO SEGURO

JÂNIA OLIVEIRA SANTOS

GOIÂNIA, 2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), 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.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese Outro*: _____

*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

Exemplos: Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

2. Nome completo do autor

JÂNIA OLIVEIRA SANTOS

3. Título do trabalho

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: VIVÊNCIAS DOS PACIENTES QUANTO ÀS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS E ESTRATÉGIAS PARA SEU ENVOLVIMENTO NO CUIDADO SEGURO

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

- a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);
 - b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.
- O documento não será disponibilizado 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.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **Ana Lucia Queiroz Bezerra, Usuário Externo**, em 26/11/2024, às 13:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jania Oliveira Santos, Usuário Externo**, em 27/11/2024, às 16:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4934509** e o código CRC **38B1D626**.

JÂNIA OLIVEIRA SANTOS

**ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS:
VIVÊNCIAS DOS PACIENTES QUANTO ÀS PRÁTICAS
ASSISTENCIAIS E ESTRATÉGIAS PARA SEU ENVOLVIMENTO NO
CUIDADO SEGURO**

*Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
DINTER em Enfermagem da Faculdade de
Enfermagem da Universidade Federal de Goiás com
a Universidade Federal do Tocantins, para obtenção
do título de Doutora em Enfermagem.*

Área de Concentração: A Enfermagem no Cuidado à Saúde Humana

Linha de Pesquisa: Gestão em saúde e em enfermagem.

Grupo de Pesquisa: Grupo de Estudos em Gestão dos Serviços de Saúde
GERHSEn - UFG

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Queiroz Bezerra

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Giselle Pinheiro Lima Aires Gomes

Goiânia, 2024

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

Santos, Jânia Oliveira
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: VIVÊNCIAS DOS
PACIENTES QUANTO ÀS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS E
ESTRATÉGIAS PARA SEU ENVOLVIMENTO NO CUIDADO SEGURO
[manuscrito] / Jânia Oliveira Santos. - 2024.
CXXXV, 135 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra ; co
orientadora Dra. Giselle Pinheiro Lima Aires Gomes.
Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de
Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Goiânia, 2024.

Anexos. Apêndice.
Inclui lista de figuras, lista de tabelas.

1. Participação do Paciente. 2. Segurança do Paciente. 3. Erros de
Medicação. 4. Conduta do Tratamento Medicamentoso. 5. Enfermagem.
I. Bezerra , Ana Lúcia Queiroz , orient. II. Título.

CDU 616-083



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE TESE

ATA NÚMERO 18 DA REUNIÃO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE DE JÂNIA OLIVEIRA SANTOS. Aos vinte e seis dias do mês de novembro de dois mil e vinte e quatro (26/11/2024), às 09h, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora Prof^ª. Dr^ª. **Ana Lúcia Queiroz Bezerra** (Orientadora/Presidente/PPGENFS-FEN/UFG), Prof^ª. Dr^ª. **Maria Alves Barbosa** (Membro Interno/PPGENFS-FEN/UFG), Prof^ª. Dr^ª. **Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá** (Membro Externo/UNB), Prof^ª. Dr^ª. **Adrielle Cristina Silva Souza** (Membro Externo/FEN/UFG) e Prof^ª. Dr^ª. **Karina Suzuki** (Membro Externo/FEN/UFG) sob a presidência da primeira, em sessão pública realizada no miniauditório da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás - FEN/UFG, para procederem à avaliação da defesa da Tese intitulada: “**ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: EXPERIÊNCIAS DOS PACIENTES QUANTO ÀS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS E ESTRATÉGIAS PARA SEU ENVOLVIMENTO NO CUIDADO SEGURO**”, de autoria de **Jânia Oliveira Santos**, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pela Prof^ª. Dr^ª. **Ana Lúcia Queiroz Bezerra**, Presidente da Banca Examinadora, que fez a apresentação formal dos demais membros. A seguir, a palavra foi concedida à autora da Tese que, em 40 minutos, apresentou seu trabalho. Logo em seguida, cada membro da Banca arguiu a examinanda, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação da defesa. Tendo em vista o que consta no Regulamento Geral dos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal de Goiás (Resolução CEPEC nº. 1847/2023) e no Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Resolução CEPEC nº. 1469/2017 ou CEPEC 1836/2023), a Tese foi: **APROVADA**, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de **DOUTORA EM ENFERMAGEM**, na área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA** pela Universidade Federal de Goiás. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na secretaria do programa, da versão definitiva da Tese, com as correções solicitadas pela banca e do comprovante de envio de artigo científico, oriundo desta Tese para publicação em periódicos de circulação nacional e/ou internacional no prazo de até 60 dias. A comissão examinadora teceu considerações sobre às diversas etapas do manuscrito e sugeriu a alteração do título. Proclamados os resultados pela Prof^ª. Dra. **Ana Lúcia Queiroz Bezerra**, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: VIVÊNCIAS DOS PACIENTES QUANTO ÀS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS E ESTRATÉGIAS PARA SEU ENVOLVIMENTO NO CUIDADO SEGURO



Documento assinado eletronicamente por **Ana Lucia Queiroz Bezerra**, Usuário Externo, em 26/11/2024, às 13:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Alves Barbosa, Usuário Externo**, em 28/11/2024, às 06:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá, Usuário Externo**, em 03/12/2024, às 14:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adrielle Cristina Silva Souza, Professor do Magistério Superior**, em 03/12/2024, às 15:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Karina Suzuki, Professora do Magistério Superior**, em 04/12/2024, às 23:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4934391** e o código CRC **4EDE6D23**.

Referência: Processo nº 23070.055821/2024-31

SEI nº 4934391

DEDICATÓRIA

Dedico a todos os pacientes que participaram da pesquisa e aos pesquisadores que se dedicam a estudar alternativas para reduzir os incidentes relacionados à assistência à saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram de modo direto ou indireto para minha formação ao longo da minha trajetória acadêmica e profissional.

Aos meus amados pais, Maria da Consolação Oliveira Santos e Delmício Santos de Almeida e a meus irmãos Jardânia Oliveira Santos e Jadeyson Oliveira Santos. Grata pelo incentivo, apoio, atenção, confiança e amor incondicional; vocês foram fundamentais ao longo desta trajetória.

A meu amado esposo Euler Taveira de Oliveira que sempre me apoiou em todos os momentos da minha formação profissional com zelo, paciência, presteza, atenção, dedicação e amor.

À minha orientadora Prof^a. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra que foi mais que orientadora; pelos sábios ensinamentos, pela humanidade e sensibilidade dedicadas nos vários momentos desta trajetória de doutoramento.

À magnífica reitora Dr^a Angelita Pereira de Lima reitora da UFG, ao vice-reitor senhor Dr^o Jesiel Freitas Carvalho, e aos demais membros administrativos que tornaram o Programa do DINTER UFT/UFG uma realidade.

Ao Magnífico reitor da UFT Dr^o Luis Eduardo Bovolato, ao vice-reitor o Dr^o Marcelo Leineker Costa e aos demais membros administrativos que tornaram o Programa do DINTER UFT/UFG uma realidade.

Aos coordenadores e demais membros do Programa do DINTER UFT/UFG que se empenharam ao longo destes anos para que este ocorresse e transcorresse com sucesso.

Aos coordenadores e demais membros dos grupos de pesquisa: GERHSEn - UFG (Grupo de Estudos em Gestão dos Serviços de Saúde) e do o LAB/GEST - UNB (Laboratório de Estudos em Gestão dos Serviços de Saúde), pelo grande aprendizado decorrente dos eventos e encontros científicos.

À minha coorientadora Prof^a. Dr^a. Giselle Pinheiro Lima Aires Gomes, pelas orientações e parceria.

Aos colegas de trabalho do curso de Enfermagem da UFT pelo incentivo e apoio ao longo da trajetória.

Aos colegas do DINTER pela troca de apoio ao longo desta trajetória.

A todos os usuários que participaram do estudo, personagens indispensáveis para que esta pesquisa se tornasse realidade.

À Camilla Capitelli Fernandes pela sensibilidade e competência dedicada a mim.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por financiar os Programas de Pós-graduação.

“Saiba que são suas decisões, e não suas condições, que determinam seu destino”.

(Anthony Robbins)

APRESENTAÇÃO

Sou natural de Tocantinópolis, interior do estado do Tocantins, onde residi até os 18 anos. Saí da pequena cidade em busca de um futuro promissor e me mudei para Goiânia no ano 1999, após concluir o ensino médio. Tinha como objetivo cursar enfermagem em uma universidade pública. Fiz curso pré-vestibular e em 2001 consegui a tão desejada vaga no Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG).

Graduei-me em Enfermagem em 2006 pela UFG, instituição que respeito e admiro. Nesta tive a oportunidade de uma formação integral, conheci e convivi com grandes professores, os quais foram fundamentais para a construção da minha identidade profissional e o despertar do meu interesse pela ciência da Enfermagem.

Meu interesse pelo tema desta pesquisa ocorreu de um trauma sofrido devido a um incidente relacionado ao uso de medicação, durante um estágio no período da minha graduação. No intuito de auxiliar a técnica de enfermagem no momento da medicação, peguei a bandeja com a concordância dela e ofereci ao paciente um comprimido via oral, o qual deveria ser administrado somente a metade. Só tomei conhecimento da dosagem correta enquanto fui questionada pela técnica, já que na bandeja não constava nenhuma orientação.

Fiquei muito assustada, tive muito medo do paciente sofrer algum tipo de dano. Comuniquei a professora imediatamente e juntamente com ela tomamos todas as providências necessárias para garantir a segurança daquele paciente. Informamos a equipe médica, fizemos os controles dos parâmetros clínicos do paciente e registros do incidente. Felizmente não houve dano ao paciente, entretanto foi um momento de angústia mas também de muito aprendizado.

O incidente mexeu comigo e despertou meu interesse em estudar sobre o tema: “segurança do paciente em relação a administração de medicamentos “. Desse modo, procurei a mesma professora, a qual desenvolvia pesquisa na área de segurança com medicamentos e a solicitei para ser minha orientadora no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) sobre o tema: “Erros na administração de medicamentos: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos profissionais da equipe de enfermagem de um hospital escola; pesquisa esta que nos rendeu algumas publicações de artigos

sobre o assunto. Após conclusão da graduação e ainda sem trabalhar como enfermeira, continuei realizando estudos em parceria com a professora e outros pesquisadores, e estes também resultaram em mais publicações científicas.

Dando continuidade à minha formação profissional, em 2010 concluí a especialização em Saúde e Segurança do Trabalhador. Segui estudando o tema com um TCC intitulado: “Conceito de erros de medicação a partir das definições dos profissionais da equipe de enfermagem”. No mesmo período iniciei minha carreira docente na Faculdade Estácio de Sá, em Goiânia, onde orientei TCC sobre segurança na administração de medicamentos.

Em 2010 me mudei para Palmas, retornando para o estado do Tocantins, após ser aprovada em concurso público, quando então passei a atuar como enfermeira assistencial. Em 2012 fui aprovada como professora substituta na Universidade Federal do Tocantins - UFT, dando continuidade na carreira docente. Como professora da UFT pude contribuir com a primeira turma de enfermagem, momento importante na minha vida profissional, pois relembro minha trajetória me recordo do quanto foi difícil deixar o meu estado em busca de uma universidade pública para estudar enfermagem. Vejo que a existência do curso de enfermagem em universidade pública no estado do Tocantins oportuniza aos jovens, enquanto estudantes, permanecerem mais próximos dos familiares.

Em 2014 finalizei a Especialização em Urgência e Emergência, com o trabalho cujo título era: “Uso de medicamentos potencialmente perigosos em unidade de urgência e emergência: um guia para prevenção de erros”. Posteriormente no mesmo ano fui aprovada no concurso para professora efetivo da UFT e comecei a desenvolver estudos sobre temas condizentes à segurança do trabalhador. Sendo assim, nunca deixei de destacar os aspectos relacionados à segurança na administração de medicamentos enquanto ministrava as disciplinas. Além disso segui ministrando palestras e participando de eventos e cursos de formação que se relacionavam ao tema.

Em 2017, dando continuidade à minha carreira profissional, concluí o Mestrado em Meio Ambiente e minha dissertação abordou o tema: “Descarte de resíduos resultantes da atividade de vacinação na rede municipal de Palmas-TO, uma abordagem com foco na saúde do trabalhador e na preservação do meio ambiente”

cuja qual também resultou em algumas publicações. Durante todos estes períodos segui participando de vários eventos relacionados ao tema segurança do paciente, com objetivo de me manter qualificada e atualizada.

Em 2020 fui aprovada na seleção do Doutorado Interinstitucional (DINTER) Universidade Federal de Goiás – Universidade Federal do Tocantins. Embora no mestrado tenha pesquisado sobre segurança do trabalhador, não conseguia me desvincular da temática relacionada à segurança na administração de medicamentos, motivação fortalecida pela relevância do tema e evidências da literatura de que os incidentes relacionados ao uso de medicação persistiam nos cenários globais das práticas de saúde. Frente a tal inquietação floresceu o desejo de retornar à temática para entender melhor o fenômeno e continuar contribuindo para uma melhor assistência de Enfermagem, através de estudos científicos que poderiam influenciar diretamente na redução dos incidentes com medicamentos. Pensando nisso, elaborei um projeto relacionado ao tema segurança na administração de medicamentos e fui inserida no projeto da orientadora com este tema, com foco na percepção dos pacientes, “sujeitos principais no processo do cuidado de Enfermagem”.

Desde o ingresso na UFG (em 2020), fui inserida no grupo de pesquisa liderado pela minha orientadora (aqui cabe o nome dela): o Grupo de Estudos em Gestão e Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem (GESHSEn-UFG) em parceria com o Laboratório de Estudos em Gestão dos Serviços de Saúde (LABGEST-UNB), em que participamos e organizamos diversos eventos relacionados à segurança do paciente.

Analisando o cenário da segurança na administração de medicamentos é possível observar na prática e na literatura, a persistência dos incidentes relacionados à medicação. O fenômeno do erro de medicação ainda persiste mesmo após o tema já ser objeto de discussão na perspectiva global e também já existir várias ações destinadas à prevenção.

A leitura dedicada ao tema evidenciou que uma das estratégias destacadas no cenário internacional para alcançar a segurança na administração de medicamentos é o envolvimento do paciente, entretanto no Brasil existe uma lacuna sobre o tema. Assim optamos em realizar um estudo que buscasse entender o fenômeno do envolvimento do paciente na segurança medicamentosa, pois acreditamos que este

envolvimento possa ser um dos atributos que faltam para que seja alcançada a real redução nos índices de incidentes.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	18
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	19
RESUMO	20
ABSTRACT	21
RESUMEN	22
1. INTRODUÇÃO	22
2. OBJETIVOS	30
2.1 Geral	30
2.2 Específicos:	30
3. REVISÃO DA LITERATURA	31
3.1 Administração de medicamentos, a responsabilidade da enfermagem	31
3.2 Segurança do paciente no contexto da administração de medicamentos	35
3.3 Envolvimento do paciente no cuidado seguro como estratégias para prevenção de erros de medicação	44
4. METODOLOGIA	54
4.1 Tipo de estudo	54
4.2 Cenário do estudo	58
4.3. Participantes do estudo	59
4.4 Critérios de inclusão e exclusão	59
4.5 Procedimentos para a coleta de dados:	59
4.6 Análise dos dados	62
4.7 Aspectos éticos	62
5. RESULTADOS	63
5.1. Caracterização dos participantes	63
5.2. Análise Qualitativa	66
5.2.1 - Categoria 1. Incidentes na administração de medicamentos, conceito e vivências	68
5.2.2 - Categoria 2. Práticas assistenciais que potencializam ou fragilizam o envolvimento de pacientes na etapa de administração de medicamentos	72

5.2.3 - Categoria 3. Estratégias dos pacientes para prevenção de incidentes na etapa de administração de medicamentos.....	78
5.2.4 - Categoria 4. Vivências dos pacientes para sua segurança durante a etapa de administração de medicamentos	80
6. DISCUSSÃO	84
7. CONCLUSÕES	100
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
9. REFERÊNCIAS	105
APÊNDICES.....	122
ANEXOS	125

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxo de verificação da administração segura de medicamentos.....	34
Quadro1 - Terceiro Desafio Global para Segurança do Paciente.....	39
Figura 2 - Modelo do queijo suíço de acidentes organizacionais.....	42
Figura 3 - Relações e distinções entre conceitos com foco no paciente como parceiro ativo em seus cuidados de saúde.....	46
Quadro 2 - Conceitos relacionados a participação do paciente no seu cuidado.....	45
Figura 4 - Modelo multidimensional de engajamento do paciente em seu cuidado de saúde.....	48
Figura 5 - Escala de engajamento do paciente, seus familiares e cuidadores.....	51
Figura 6 - Tipos básicos de projetos para estudo de caso.....	55
Figura 7 - Processo de desenvolvimento da pesquisa de estudo de caso.....	56
Quadro 3 - Etapas da realização do estudo de caso.....	57
Quadro 4 - Categorias elaboradas a partir classificação dos fatores que influenciam no engajamento de Carman (2013). Tocantins, 2024.....	66-67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CISP	Classificação Internacional para a Segurança do Paciente
CONAS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EA	Evento adverso
EAs	Evento adversos
EAM	Evento adverso com medicamento
EM	Erros de medicação
HGP	Hospital Geral de Palmas Dr ^o . Francisco Ayres
ISMP	Instituto Para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos
JCAHO	Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations
MS	Ministério da Saúde
NCCMERP	United States National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
QE	Quase-erro
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RAM	Reações adversas a medicamentos
SIHSUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
UFG	Universidade Federal de Goiás
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization
PES	Plano Estadual de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

INTRODUÇÃO: O envolvimento do paciente na administração de medicamentos ganhou destaque a partir da publicação do Terceiro Desafio Global para Segurança do Paciente em 2017. Incidentes relacionados às práticas de saúde nos cenários nacional e internacional, destacam ocorrências de erros de medicação e eventos adversos, mesmo diante das estratégias implementadas nas últimas décadas para a sua redução. Acredita-se que os pacientes, quando capacitados, têm condições de identificar e intervir para evitar o erro, se constituindo como importante barreira para prevenção de incidentes relacionados à administração de medicamentos. **OBJETIVO GERAL:** Analisar as vivências dos pacientes quanto às práticas assistenciais dos profissionais de enfermagem e estratégias pessoais para promover o seu envolvimento no cuidado seguro, na etapa de administração de medicamentos, durante a internação hospitalar. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso único, descritivo com abordagem qualitativa. Participaram 64 pacientes de um hospital público da Região Norte do Brasil. Os dados foram coletados no período de junho a agosto de 2022 por meio de entrevistas semiestruturadas. Foi utilizada estatística descritiva e análise de conteúdo segundo os pressupostos de Bardin. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Parecer nº 5.348.969. **RESULTADOS:** Dentre os participantes 72% era do sexo masculino; 25% tem entre 31 e 40 anos; 22% tem 61 anos ou mais. Desses, 67% concluíram o ensino fundamental; 11% tem nível superior e 3% não foi alfabetizado. A análise de conteúdo possibilitou a criação de quatro categorias temáticas: 1. Incidentes na administração de medicamentos, conceitos e vivências; 2. Práticas assistenciais da equipe de enfermagem que potencializam ou fragilizam o envolvimento de pacientes na etapa de administração de medicamentos; 3. Estratégias dos pacientes para prevenção de incidentes na etapa de administração de medicamentos e 4. Vivências dos pacientes para sua segurança durante a administração de medicamentos. Para os pacientes, incidentes na administração de medicamentos têm conceitos diversos e se relacionam às suas vivências; dentre as práticas assistenciais para potencializar o envolvimento do paciente na segurança da medicação, destacam-se as relações profissional/paciente e a comunicação como ferramentas para melhoria da qualidade da orientação sobre o uso seguro de medicamentos. Os fatores que fragilizam estão predominantemente relacionados à gestão do serviço de saúde, com destaque para a postura do profissional e comunicação. Como estratégias dos pacientes para prevenção de incidentes foram evidenciadas: questionar sobre as medicações e observar os procedimentos. Os pacientes predominantemente se sentem seguros em relação ao uso de medicamentos na internação, por confiarem na equipe multidisciplinar. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O estudo contribui para o contexto assistencial e organizacional ao possibilitar reflexões práticas sobre a participação do paciente no cuidado a partir de suas vivências, como barreiras na prevenção de incidentes e apontar estratégias adotadas para aumentar a sua segurança no cuidado na etapa de administração de medicamentos. As evidências explícitas no contexto deste estudo mostram caminhos a seguir especialmente pelo fortalecimento do processo de educação permanente da equipe multiprofissional, visando valorizar a prática do envolvimento do paciente para o cuidado seguro em ambiente hospitalar. **Palavras-chave:** Participação do Paciente, Segurança do Paciente, Erros de Medicação, Conduta do Tratamento Medicamentoso, Enfermagem

ABSTRACT

INTRODUCTION: Patient involvement in medication administration has gained prominence since the publication of the Third Global Patient Safety Challenge in 2017. Incidents related to health practices in national and international scenarios, with emphasis on medication errors and adverse events, are independent of strategies implemented in recent decades to reduce them. It is believed that patients, when trained, are able to identify and intervene to avoid errors, constituting the last real barrier to preventing incidents related to medication administration. **GENERAL OBJECTIVE:** To analyze patients' experiences regarding nursing professionals' care practices and personal strategies to promote their involvement in safe care, in the medication administration stage, during hospitalization. **METHODOLOGY:** This is a single, descriptive case study with a qualitative approach. Sixty-four patients from a public hospital in the North Region of Brazil participated. Data were collected from June to August 2022 through semi-structured interviews. Descriptive statistics and content analysis were used according to Bardin's assumptions. The project was approved by the Research Ethics Committee, opinion No. 5,348,969. **RESULTS:** Most participants (72%) were male; 25% were between 31 and 40 years old; 22% were 61 years old or older. Of these, 67% completed the eighth grade; 11% had higher education and 3% were illiterate. Content analysis allowed the creation of four thematic categories: 1. Incidents in medication administration, concepts and experiences; 2. Nursing team care practices that enhance or weaken patient involvement in the medication administration stage; 3. Patient strategies for preventing incidents in the medication administration stage and 4. Patient experience for their safety during medication administration. Predominantly, patients understand the meaning of incidents in medication administration, and that they occur for various reasons; that among the care practices to enhance patient involvement in medication safety, professional/patient relationships and communication stand out as tools to improve the quality of guidance on the safe use of medications. The factors that weaken this are predominantly related to the management of the health service, with emphasis on the professional's attitude and communication. The following strategies were highlighted as patients' strategies for preventing incidents: asking about medications and observing procedures. Patients predominantly feel safe regarding the use of medications during hospitalization, because they trust the multidisciplinary team. **FINAL CONSIDERATIONS:** The study contributes to the care and organizational context by enabling practical reflections on patient participation in care based on their experiences as barriers to incident prevention and pointing out strategies adopted to increase their safety in care at the medication administration stage. The explicit evidence in the context of this study shows paths to follow, especially by strengthening the process of permanent education of the multidisciplinary team, aiming to value the practice of patient involvement for safe care in a hospital environment.

Keywords: Patient Participation, Patient Safety, Medication Errors, Medication Treatment Conduct, Nursing.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La participación del paciente en la administración de medicamentos ha ganado protagonismo desde la publicación del Tercer Desafío Global de Seguridad del Paciente en 2017. Los incidentes relacionados con las prácticas de salud en escenarios nacionales e internacionales, resaltan la ocurrencia de errores de medicación e incluso eventos adversos a pesar de las estrategias implementadas en los últimos años. décadas para reducirlo. Se cree que los pacientes, cuando están empoderados, son capaces de identificar e intervenir para prevenir el error, constituyendo una barrera importante para la prevención de incidentes relacionados con la administración de medicamentos. **OBJETIVO GENERAL:** Analizar las vivencias de los pacientes respecto a las prácticas de cuidado de los profesionales de enfermería y las estrategias personales para promover su participación en el cuidado seguro, en la etapa de administración de medicamentos, durante la hospitalización. **METODOLOGÍA:** Se trata de un estudio de caso único, descriptivo, con enfoque cualitativo. Participaron sesenta y cuatro pacientes de un hospital público de la Región Norte de Brasil. Los datos fueron recolectados en el período de junio a agosto de 2022 mediante entrevistas semiestructuradas. Se utilizaron estadísticas descriptivas y análisis de contenido según los supuestos de Bardin. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, dictamen nº 5.348.969. **RESULTADOS:** Entre los participantes el 72% eran varones; El 25% tiene entre 31 y 40 años; El 22% tiene 61 años o más. De ellos, el 67% completó la educación básica; El 11% tiene educación superior y el 3% es analfabeto. El análisis de contenido permitió la creación de cuatro categorías temáticas: 1. Incidentes en la administración de medicamentos, conceptos y experiencias; 2. Prácticas de cuidado del equipo de enfermería que potencian o debilitan la participación del paciente en la etapa de administración de la medicación; 3. Estrategias de los pacientes para prevenir incidentes durante la administración de medicamentos y 4. Experiencias de los pacientes para su seguridad durante la administración de medicamentos. Para los pacientes, los incidentes en la administración de medicamentos tienen conceptos diferentes y se relacionan con sus experiencias; Entre las prácticas de atención para mejorar la participación del paciente en la seguridad de los medicamentos, las relaciones profesional/paciente y la comunicación se destacan como herramientas para mejorar la calidad de la orientación sobre el uso seguro de los medicamentos. Los factores que debilitan están predominantemente relacionados con la gestión del servicio de salud, con énfasis en la postura del profesional y la comunicación. Cómo se evidenciaron las estrategias de los pacientes para prevenir incidentes: preguntando sobre medicamentos y observando procedimientos. Los pacientes se sienten predominantemente seguros sobre el uso de medicamentos en el hospital, porque confían en el equipo multidisciplinario. **CONSIDERACIONES FINALES:** El estudio contribuye al contexto asistencial y organizacional al posibilitar reflexiones prácticas sobre la participación de los pacientes en el cuidado desde sus vivencias, como barreras para la prevención de incidentes y señalar estrategias adoptadas para aumentar su seguridad en la administración de medicamentos. La evidencia explícita en el contexto de este estudio muestra caminos a seguir especialmente mediante el fortalecimiento del proceso de educación continua del equipo multiprofesional, con el objetivo de mejorar la práctica del compromiso del paciente para una atención segura en el entorno hospitalario.

Palabras claves: Participación del paciente, Seguridad del paciente, Errores de medicación, Conducta del tratamiento con medicamentos, Enfermería.

1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente na assistência à saúde tem sido foco de pesquisas e debates internacionais, desde a virada do século. Na atualidade ainda se configura em uma séria preocupação global de saúde pública. Melhorar a segurança do paciente no que se refere às práticas assistenciais, por meio de ações sistêmicas e sistematizadas, passou a ser prioridade global e ação de prioritária da *World Health Organization*, por meio de novas estratégias que favoreçam práticas assistenciais seguras (WHO, 2024 a).

No que se refere a cuidado em saúde é importante destacar a administração de medicamentos, procedimento essencial para reintegração da saúde, realizada rotineiramente em ambiente hospitalar e que representa um dos maiores índices de incidentes na atualidade. É um verdadeiro desafio para a enfermagem quando a construção da sua assistência deve ser definitivamente baseada em práticas seguras, visto que incidentes podem ocorrer e gerar danos ao paciente (Kohn; Corrigan; Donaldson, 2000).

Situações em que ocorrem erros ou falhas na assistência à saúde são denominados incidentes. Os incidentes, são circunstâncias ou eventos não esperados, decorrentes do cuidado prestado e não associado à doença de base, que pode resultar ou resulta em dano desnecessário ao paciente (WHO, 2009).

Quando atingem o paciente e resultam em dano ou lesão, os incidentes são denominados eventos adversos, estes podem afetar diretamente à saúde do paciente e sua experiência no cuidado hospitalar. Tais eventos não têm relação com as condições clínicas de base do paciente mas podem causar mortes, sequelas definitivas e transitórias, sofrimento psíquico, além de elevar o custo assistencial das instituições de saúde (Couto, *et al.*, 2018).

Eventos adversos relacionados à medicação estão entre os incidentes mais frequentes nos cuidados em saúde, com destaque para os erros de medicação e as reações adversas a medicamentos. O primeiro é previsível e decorrente de falhas; o segundo, resultante do uso de medicamentos, é imprevisível e ocorre dentro da dose usual de medicamento, além de não estar sob o controle da equipe de saúde (Anvisa, 2017a).

É possível reconhecer que nas últimas décadas foram realizados vários esforços

com o objetivo de reduzir os incidentes relacionados a medicação, tais como: criação do Conselho Internacional para Segurança do Paciente, formulação de políticas públicas, criação dos núcleos de segurança do paciente, elaboração de campanhas internacionais e nacionais entre outras (Forte *et al.*, 2018).

No entanto, segundo relatório atual da WHO (2024), 1 em cada 20 pacientes sofre danos evitáveis com medicamentos. Os erros de medicação continuam sendo a principal fonte causadora de danos ao paciente, (5%) destes estão em sua maioria relacionados à prescrição e (53%) atingem principalmente os países de baixa renda.

No Brasil a realidade não é diferente, dados publicados no VigiMed da ANVISA (disponíveis até 02 de março de 2023), mostram que foram notificados 155.401 eventos adversos com medicação, do total 76.194 foram classificados como eventos graves e 6.803 casos resultaram em óbito (ANVISA, 2023). Tais dados desvelam uma realidade que não pode ser ignorada pelas políticas públicas e pelos sistemas de saúde.

Estudos apontam que os incidentes decorrentes de erros ocorridos no processo de administração de medicamentos, persistem no cenário nacional e internacional, apesar de seu impacto negativo na segurança do paciente. (Collao *et al.*, 2019; Elliott *et al.*, 2021; Llapa-Rodriguez *et al.*, 2017; Aznar-Saliente; Roca-Aznar; Talens-Bolós; Herraiz-Robles *et al.*, 2017; Menegueti; Garbin *et al.*, 2017; Martins *et al.*, 2018).

Os erros de medicação trazem inúmeras consequências e constituem um grande problema de saúde pública, podem comprometer a segurança dos pacientes, causar danos, inclusive à morte, além de aumentar os custos em saúde (ANVISA, 2019).

Estudo realizado por Vilela *et al.* (2018), identificou que o custo anual estimado do erro de medicação ou evento adverso por medicação é de US\$ 617.493.770,36, variando de US\$ 83,32 a US\$ 5.095.640.000,00; os referidos gastos são desnecessários e impactam negativamente no serviço de saúde (Vilela *et al.*, 2018).

Tais ocorrências têm um resultado expressivo para os pacientes e instituições de saúde, sendo necessário que as instituições conheçam seus indicadores para que possam planejar ações e promover o cuidado seguro (MISIÁK *et al.*, 2020).

Os erros de medicação podem ser evitados e estão associados à prescrição ilegível, sistema de prescrição manual, sobrecarga de trabalho, falta de atenção e capacitação profissional, grande número de pessoas circulando no setor, interrupções no processo de administrar medicamentos, assim como a grande quantidade de medicamentos utilizados (Siman *et al.*, 2021). Outros fatores inerentes ao ambiente de

trabalho também contribuem para ocorrência de erros de medicação, tais como, dimensionamento inadequado de pessoal de enfermagem, recursos materiais defasados, baixa qualidade de insumos materiais e falta de normas e rotinas padronizadas (Biffi *et al.*, 2024).

Em um hospital pode existir cerca de 50 a 100 etapas pelas quais os medicamentos passam a partir do momento em que são prescritos até chegar ao paciente, passando por diferentes profissionais da equipe interdisciplinar: médicos, farmacêuticos, auxiliares de farmácia, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, entre outros. Os erros podem ocorrer em qualquer uma destas etapas e pode ser interceptado por qualquer membro da equipe que o identifique (Wachter, 2013). No entanto, a etapa de administração é a última barreira para evitar um erro de medicação derivado dos processos de prescrição e dispensação, aumentando, com isso, a responsabilidade do profissional que administra os medicamentos (MS, 2013a). É provável que este também seja um momento crucial para o paciente interagir com o profissional de modo a prevenir incidentes.

Frente à constante problemática dos eventos adversos relacionados à medicação e com o objetivo de reduzir tais ocorrências, em 2017 a OMS lançou mundialmente o Terceiro Desafio Global Para Segurança do Paciente, intitulado “Medicação sem danos”, tendo como foco: o sistema de medicação, o profissional de saúde, o paciente e medicamentos. O relatório destacou que nem sempre os pacientes têm informações sobre medicamentos, assim não estão contribuindo para tornar o uso do medicamento mais seguro e recomenda o empoderamento de pacientes e familiares para se envolverem ativamente nos cuidados, para que tenham a capacidade de tomar decisões de tratamento ou cuidado, fazer perguntas, identificar erros e efetivamente gerenciar seus medicamentos (WHO, 2017).

Vele destacar que a busca pelo envolvimento do paciente na segurança da assistência à saúde não é algo novo, tal proposta foi lançada pela WHO em 2005, com o tema “Pacientes Para a Segurança do Paciente”. A campanha tinha como objetivo destacar a importância de realizar esforços para capacitar pacientes, familiares e comunidades para desempenharem um papel ativo em seus próprios cuidados. Assim como incentivar as instituições de saúde a proporcionar um ambiente de cuidado propício para estabelecer parcerias entre pacientes e todos os envolvidos no processo de cuidar (WHO, 2005, 2017).

Apesar de existir a campanha internacional voltada ao envolvimento do paciente no que se refere à administração de medicamentos, a sua participação no processo assistencial só ganhou destaque, após a publicação do terceiro desafio global e segue como uma das estratégias prioritárias para a segurança do paciente. Assim, em 2022 a WHO definiu que “medicação sem danos” fosse tema do dia mundial da segurança do paciente (17 de setembro), objetivando conscientizar sobre o fardo relacionado a erros de medicação e práticas inseguras, envolver todas as partes interessadas nos esforços para reduzir incidentes, assim como capacitar pacientes e familiares para que estes sejam capazes de participar ativamente do processo e aumentar a implementação do terceiro desafio global (WHO, 2022).

Para destacar a importância do envolvimento do paciente nas ações de segurança do cuidado, em 2021 a WHO lançou o Plano Global Para Segurança do Paciente 2021-2030, que tem como princípio norteador e objetivos estratégicos, o envolvimento do paciente no seu cuidado (WHO, 2021).

Reafirmando o empenho em alcançar o envolvimento do paciente na sua segurança, em 2023 a WHO definiu que o dia mundial para segurança do paciente teria como tema, engajando os pacientes para a segurança do paciente e como slogan “Eleve a voz dos pacientes!”. Ele também reforçou a importância do Programa Pacientes para a Segurança do Paciente (WHO, 2023).

No Brasil as ações voltadas ao envolvimento do paciente para a seu cuidado seguro têm sido incorporadas às políticas públicas de saúde ao longo do tempo, apoiando as recomendações internacionais. Um marco referencial para segurança do paciente foi a publicação do Programa Nacional para Segurança do Paciente em 2013, que teve como um dos eixos, o envolvimento do cidadão para sua segurança (MS, 2013a).

Outro marco importante no país para o envolvimento do paciente na segurança do seu cuidado, foi o lançamento do Guia “Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Esse instrumento da ANVISA, trouxe uma série de orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes”, com o objetivo de orientar uma mudança na cultura dos serviços de saúde no que se refere à participação do paciente na segurança assistencial, ressignificando a importância da participação ativa do paciente (ANVISA, 2017b). Ainda para reforçar o incentivo à participação ativa do paciente no seu cuidado,

foi elaborado pela ANVISA o cartaz ilustrativo com 10 Perguntas-chave para melhorar a segurança do paciente nos serviços de saúde (ANVISA, 2021).

O envolvimento do paciente no seu cuidado pode ser entendido como o ato de garantir que o paciente participe da tomada de decisão sobre as questões relativas à sua saúde, incluindo participação ativa no planejamento, monitoramento e avaliação dos seus cuidados; além de execução de ações como o autocuidado e a autogestão do cuidado em saúde (Sahlström *et al* 2016; Hickmann; Richter; Schlieter, 2022).

Existem algumas etapas que precedem o envolvimento do paciente que incluem: letramento em saúde, capacitação, ativação e empoderamento. O envolvimento do paciente precede o engajamento, parte mais avançada do processo, que requer uma parceria mútua em que o paciente interage por meio de perguntas, estabelece o diálogo, recebe informações e adquire conhecimentos para tomada de ações e decisões. (Hickmann; Richter; Schlieter, 2022; Jerofke-Owen; Tobiano; Eldh, 2023).

Um aspecto central do envolvimento do paciente em sua segurança inclui definir uma aliança terapêutica sobre o domínio da participação do paciente (Hickmann; Richter; Schlieter, 2022). A OMS destaca que para alcançar cuidados de saúde seguros, é necessário informar, envolver e tratar os pacientes como parceiros em seus próprios cuidados (WHO, 2021).

O envolvimento do paciente é importante para a segurança do cuidado por promover o comprometimento do paciente com questões relacionadas ao seu próprio cuidado. Sharma *et al* (2018) destacam que de alguma forma o paciente sempre atuou na sua segurança e que o desafio atual é que os profissionais de saúde consigam estabelecer parcerias com os pacientes e cuidadores para que assim seja possível envolvê-los na assistência e nos sistemas de saúde.

Fica evidente que na última década, o envolvimento do paciente na segurança do cuidado na administração de medicamentos ganhou destaque, pois acredita-se que este, quando empoderado, pode ser capaz de identificar e relatar possíveis eventos, constituindo assim a última barreira capaz de prevenir ocorrências indesejadas (Sousa, 2019). Souza *et al* (2020) destacam que o envolvimento do paciente no cuidado não é uma ação habitual, uma vez que não existe um padrão de comportamento do paciente em relação ao tema.

Apesar da ênfase atribuída à importância do envolvimento do paciente para a segurança da medicação, o Relatório Global da Segurança do Paciente da WHO (2024)

destaca que o engajamento do paciente e o envolvimento de organizações de pacientes, foram áreas negligenciadas nos diversos países envolvidos e contribuíram para não alcançar as metas de segurança do paciente do terceiro desafio global.

Embora haja possibilidade real do paciente ser capaz de prevenir erros relacionados às práticas assistenciais, o mesmo ainda se apresenta pouco envolvimento neste processo (SHARMA et al., 2018). Tal fato pode ser em decorrência da escassez de estudos no Brasil, que abordem a temática do envolvimento do paciente na administração de medicamentos (Silva et al., 2016; Villar et al., 2020).

É necessário que as instituições se adequem às mudanças em relação à participação do paciente na farmacovigilância; assim a instituição deve focar em três fatores: cultura centrada no paciente; engajamento do paciente e proficiência em competências centradas no paciente (Sharma et al., 2018; Smith; Benattia, 2016).

Para envolver o paciente no seu próprio cuidado é necessário capacitar os profissionais para que estes desenvolvam competências e incorporem ações de incentivo à participação do paciente no seu contexto diário de cuidado (Sousa, 2019).

Vale enfatizar que apesar da equipe de enfermagem estar envolvida no processo de preparo e administração de medicamentos e de ser a última barreira profissional para evitar que o erro aconteça, observa-se ainda poucos estudos que abordam o papel da equipe de enfermagem e do enfermeiro no desenvolvimento de estratégia para prevenção de erros dentro do sistema de medicação (Mieiro et al., 2019).

No contexto do cuidado em saúde, a segurança do paciente é fundamental para qualidade da assistência em ambiente hospitalar e para alcançar tal objetivo a ciência sempre foi apontada como essencial. No entanto, na atualidade é recomendado que ocorra a combinação da expertise científica e da experiência do paciente para melhorar a segurança das práticas assistenciais (WHO, 2021).

A experiência do paciente é tudo que é reconhecido e lembrado individualmente a partir do cuidado que lhe é oferecido na instituição em que se encontra. Resulta da interação do indivíduo com o meio, profissionais, cultura organizacional, informações, capacidade de resposta, envolvimento do paciente, entre outros. Sofre influência de fatores individuais (crenças, valores, contexto cultural etc.) e das experiências vivenciadas pela sua rede de apoio. Todo cuidado oferecido pode oportunizar uma experiência única ao indivíduo (Wolf et al., 2014).

Frente ao exposto e ao fato da enfermagem ser a equipe profissional que predominantemente realiza a administração de medicamentos e desempenha o cuidado muito próximo ao paciente, também oportuniza à mesma, implementar ações para o envolvimento do paciente na segurança do seu cuidado, especialmente na etapa de administração de medicamentos.

Este estudo é relevante por tratar-se da primeira pesquisa no Brasil a abordar especificamente o envolvimento do paciente na segurança da administração de medicamentos, durante o seu período de internação hospitalar; considerando a sua vulnerabilidade e riscos de incidentes.

A questão que norteou o presente estudo surgiu do interesse do pesquisador pelo tema e sua observação acerca da importância de obter evidências científicas capazes de abarcar a necessidade da inclusão dos pacientes na etapa de administração de medicamentos, bem como de mostrar a importância das suas experiências sobre as estratégias dos profissionais de enfermagem para promoverem o envolvimento do paciente no processo.

Acredita-se que a identificação das experiências dos pacientes sobre suas práticas e suas vivências na etapa de administração de medicamentos, são de suma importância para conseguir um cuidado assistencial cada vez mais preciso e de qualidade.

Sendo assim, desenvolver esta pesquisa possibilita o entendimento do panorama do envolvimento do paciente na segurança da administração de medicamentos, fator que pode contribuir na implementação de planejamento de políticas educativas assertivas para minimizar ocorrências de incidente por meio da qualificação dos profissionais e da autonomia dos pacientes.

Espera-se que este estudo possibilite um melhor entendimento sobre as ações realizadas pela enfermagem para envolver o paciente na administração de medicamentos no cenário hospitalar de assistência à saúde.

Para tanto, propõe-se o seguinte questionamento: Os pacientes reconhecem seu envolvimento na etapa de administração de medicamentos para alcance da segurança do cuidado, no contexto da assistência à saúde em ambiente hospitalar?

É provável que o envolvimento do paciente no cuidado para a garantia da sua segurança enfrente dificuldade em cenários de assistência à saúde, em decorrência da

formação e conhecimento dos profissionais à cerca dessa temática; assim como o baixo suporte organizacional para a sua aplicabilidade.

Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam subsidiar discussões e contribuir para estudos futuros, impulsionando a produção científica sobre o contexto do envolvimento ativo do paciente para a garantia uma prática assistencial segura no processo de administração de medicação, assim como contribuir para entendimento de como o paciente pode ser envolvido na segurança da administração de medicamentos e sua importância nesse contexto. Além do exposto, que o presente estudo possa despertar mudanças no modelo de gestão dos serviços de saúde no que diz respeito ao envolvimento do paciente no seu tratamento para minimizar possíveis incidentes decorrentes das ações assistenciais.

2.OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar as vivências dos pacientes quanto às práticas assistenciais dos profissionais de enfermagem e estratégias pessoais para promover o seu envolvimento ativo no cuidado seguro, na etapa de administração de medicamentos, durante a internação hospitalar.

2.2 Específicos:

1. Conhecer as vivências do paciente quanto ao seu envolvimento em possíveis incidentes na etapa de administração de medicamentos.
2. Identificar os fatores intervenientes relacionados ao envolvimento do paciente na segurança do cuidado na etapa de administração de medicamentos.
3. Verificar se os pacientes reconhecem as ações dos profissionais de enfermagem para promover o seu envolvimento na segurança durante a etapa de administração de medicamentos.

4. Identificar quais as estratégias adotadas pelos pacientes para se envolver na segurança do cuidado, durante a etapa de administração de medicamentos.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Administração de medicamentos, a responsabilidade da enfermagem

A equipe de enfermagem tem como principal atribuição o cuidado direto com o paciente. Atribuição esta que necessita de uma visão ampla, conhecimentos técnico-científicos, éticos e legais, acerca do seu trabalho. No que se refere à assistência de enfermagem, a administração de medicamentos pode ser considerada uma das atribuições que exige **maior responsabilidade**, já que é realizada rotineiramente nas instituições de saúde e qualquer falha neste processo pode resultar em dano adverso ao paciente e sérias consequências ao paciente e aos profissionais (Santos; Hipólito; Rosa, 2020).

A administração de medicamentos de forma responsável deve ser encarada como um ato de extrema consciência social e humana, além de ser reconhecida como uma prática de alta complexibilidade do que apenas uma atribuição técnica profissional. As ações dos profissionais que administram medicamentos devem ser realizadas de modo a eliminar falhas, pois ações danosas podem incorrer legalmente em respostas judiciais no que diz respeito aos termos de elemento de culpa, a saber: imperícia, negligência ou imprudência (Coimbra; Cassiani, 2001).

O enfermeiro é o responsável legal pelo serviço de enfermagem, segundo Oguisso (2006), responsabilidade significa:

Responder pelos seus atos e/ou de outras pessoas envolvidas na realização de um determinado ato. Se esse ato implica em dano físico, moral ou patrimonial para alguém, haverá responsabilidade legal (civil, penal, ético-profissional) dos envolvidos (Oguisso, 2006 p. 70).

A responsabilidade do enfermeiro em relação à assistência à saúde abrange as dimensões civis - obrigação de responder por seus atos danosos, reparar, indenizar ou ressarcir alguém; penal - ato de responder por danos, lesões físicas ou maus-tratos causados a outros, e ética que diz respeito ao descumprimento do código de ética

profissional. Assim, falhas decorrentes da assistência de enfermagem podem resultar em penalidades de modo cumulativo (Lima, 2023). Oguisso e Zoboli (2006) também inclui neste contexto a responsabilidade funcional e o cumprimento de normas legais em respeito ao vínculo do profissional público ou contratual de trabalho.

Vale destacar que mesmo quando o enfermeiro delega alguma atribuição à algum membro da sua equipe assistencial, ele responde legalmente por ela, não podendo isentar-se da responsabilidade diante da ocorrência de algum incidente assistencial. Por isso, o enfermeiro deve zelar para que não ocorram falhas, pois frente a ocorrência de ações com danos, ele pode responder legalmente com base nos elementos de culpa, a saber: imperícia; que faz referência à falta de conhecimento ou habilidades técnicas para realizar uma determinada ação; negligência, configurada em deixar de fazer o que deveria ser feito ou imprudência: agir sem cautela, com imprudência ou afoiteza (Coimbra; Cassiani, 2001).

No que diz respeito a atuação do profissional de enfermagem, é importante destacar que a Resolução COFEN nº 564/2017, instituiu o novo Código de Ética do Profissional de Enfermagem e determina que o enfermeiro como membro da equipe de saúde, deve ofertar cuidado profissional seguro e livre de danos. Em relação à administração de medicamentos propriamente dita, o referido documento determina que a enfermagem é proibida de:

Art. 78 Administrar medicamentos sem conhecer indicação, ação da droga, via de administração e potenciais riscos, respeitados os graus de formação do profissional.

Art. 79 Prescrever medicamentos que não estejam estabelecidos em programas de saúde pública e/ou em rotina aprovada em instituição de saúde, exceto em situações de emergência.

Art. 80 Executar prescrições e procedimentos de qualquer natureza que comprometam a segurança da pessoa (COFEN, 2017 p. 30).

No que tange à administração de medicamentos, é importante enfatizar que o sistema de medicação é complexo e constituído de várias etapas as quais vão desde a prescrição (médico,) passa pela distribuição (farmácia) e pôr fim a ação de preparo, administração e monitoramento do medicamento (enfermagem: enfermeiros e técnicos de enfermagem). Estas etapas estão interligadas e envolvem a equipe multiprofissional da área de saúde, em que cada componente desempenha uma atribuição específica,

portanto as falhas podem acontecer em qualquer etapa do processo (Cassiani *et al.*, 2005).

Segundo o Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos da ANVISA, o enfermeiro deve supervisionar o preparo e a administração de medicamentos realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem, tal ação é considerada um procedimento operacional padrão para administração de medicamentos (ANVISA, 2013a).

Como responsável legal pelo serviço prestado pela equipe de enfermagem, o enfermeiro deve estar apto para atuar em todas as etapas que estão sob a responsabilidade da equipe de enfermagem. Na prática é observável o despreparo de parte destes profissionais no que se refere à execução de atividades relativas à administração de medicamentos, tais como: conhecimento de fármacos, aprazamento, interações medicamentosas, manuseio de bombas de infusão, entre outros (Santana, 2006).

Pesquisa realizada com enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) identificou que estes possuem pouco conhecimento sobre os medicamentos que mais usam e têm entendimento errado sobre o que é um erro de medicação (Gracia; Serrano; Garrido, 2019; Pereira *et al.*, 2021). Silva *et al.* (2023), também identificou falhas e fragilidades nas etapas de preparo e administração de medicamentos e destaca a importância da participação efetiva dos enfermeiros nestas etapas, a fim de garantir qualidade e segurança na assistência à saúde.

Estudo realizado por Tomasi *et al.* (2015) com objetivo de descrever a atuação do enfermeiro no processo de administração medicamentosa, identificou que os enfermeiros reconhecem que devem atuar apenas na supervisão da administração de medicamentos, porém tal ação só é realizada quando possível.

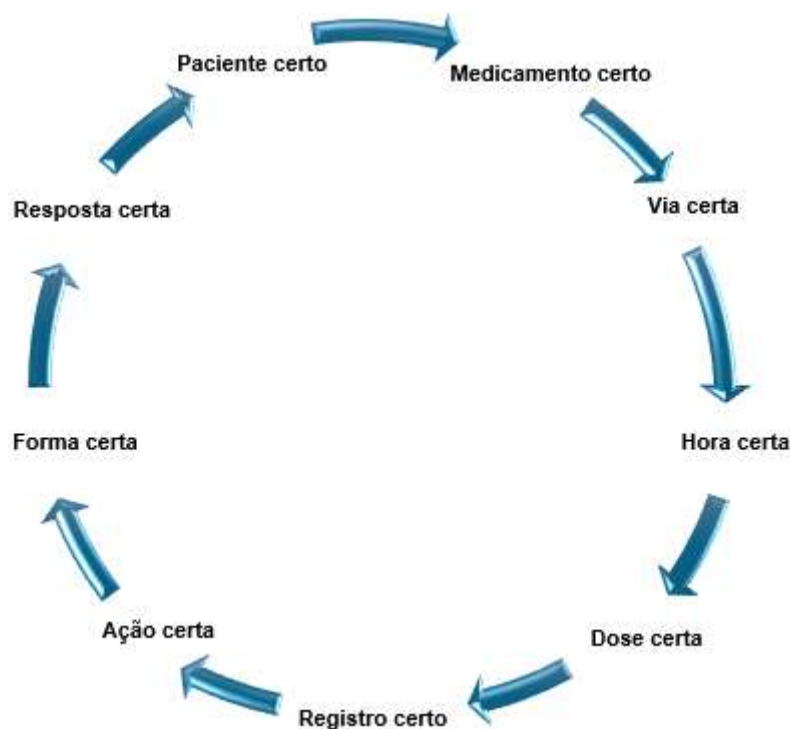
Paralelamente à divulgação destes dados está o aumento crescente de erros atribuídos à categoria, fato que se agrava quando não é possível definir o verdadeiro papel do enfermeiro na prevenção de erros. Sabe-se que tais profissionais supervisionam o seu pessoal durante os processos de preparação e administração de medicamentos, porém a sua atuação não fica bem definida dentro do sistema de medicação (Miasso *et al.*, 2006).

Tais evidências já incluem uma irresponsabilidade ética pois ao atuar com déficit de conhecimento, o profissional de enfermagem descumpra o Código de Ética

Profissional, no seu Art. 55 que destaca ser dever do profissional de enfermagem, em benefício da pessoa, família, coletividade e do desenvolvimento da profissão, aprimorar os seus conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos e culturais (COFEN, 2017).

Para a administração segura de medicamentos, o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos do Ministério da Saúde recomenda a implementação dos nove certos na administração de medicamentos, os quais incluem uma série de ações que devem ser verificadas antes de administrar um medicamento, de modo a garantir uma prática segura conforme figura abaixo (ANVISA, 2013a).

Figura 1 - Fluxo de verificação da administração segura de medicamentos



Fonte: ANVISA, 2013a

Estudo realizado por Mendes et al (2016), propõe a criação de um checklist como instrumento para administração segura de medicamentos. A lista de itens a serem verificados antes de administrar um medicamento incluem: nome dos medicamentos e as dosagens, nome completo do paciente, idade, sexo, quarto, o leito, existência de alergias, via de administração, materiais necessários, diluição correta, identificação correta dos medicamentos, horário certo, nome correto na pulseira de identificação,

presença de reações adversas (náuseas, vômitos, dor, sudorese), informações sobre o medicamento ao paciente e checagem após a realização de medicação.

Araújo et al (2019), validaram o instrumento para Avaliação da Segurança do Paciente na Administração de Medicamento (ASPAM) que serve para avaliar as condições geradoras de risco para ocorrência de eventos adversos com medicamentos. O instrumento é composto de 28 itens de verificação os quais são: utilizar no mínimo dois identificadores para confirmar o paciente, conferir o nome do medicamento na prescrição, levar ao leito apenas o medicamento do paciente, administrar medicação com ordem verbal só em situações de emergência, conferir a presença de alergias, identificar pacientes alérgicos de modo diferenciado “pulseiras e aviso no prontuário”, identificar a via de administração, verificar se a via prescrita é adequada para a medicação, lavar as mãos; utilizar materiais e técnica assépticas; preparar imediatamente antes de administrar, respeitar o horário, ajustar os horários às rotinas institucionais, conferir a dose, conferir a velocidade de infusão, a programação e a funcionalidade dos equipamentos, realizar dupla checagem dos cálculos, utilizar instrumentos de medida padrão, devolver as sobras à farmácia, fazer registro imediatamente após administrar o medicamento, registrar no prontuário ocorrências relacionadas aos medicamentos, notificar os incidentes, registrar os medicamentos preparados quando armazenados, esclarecer dúvidas com o prescritor, orientar o paciente sobre os medicamentos, checar a compatibilidade da forma farmacêutica, avaliar o efeito da medicação e informar ao prescritor sobre os efeitos dos medicamentos administrados.

Vale destacar que os referidos instrumentos verificam o envolvimento do paciente na segurança medicamentosa de modo passivo, carecendo de ações para envolver o paciente ativamente no processo. Também fica evidente que o enfermeiro assim como a equipe de enfermagem precisa estar empenhado na realização de ações que propiciem segurança em relação ao uso de medicamentos. Tal compromisso está intimamente relacionado à sua responsabilidade profissional.

3.2 Segurança do paciente no contexto da administração de medicamentos

A segurança na administração de medicamentos tem sido uma preocupação mundial em decorrência dos danos causados às pessoas, com consequências diversas

e muitas vezes letal. Apesar dos inúmeros estudos realizados sobre o tema, o problema ainda persiste e merece atenção no cenário internacional e nacional.

Estudo realizado na Inglaterra estimou que anualmente ocorrem 237 milhões de erros de medicação em qualquer etapa do processo (prescrição (21,3%), transição (1,4%), dispensação (15,9%), administração (54,4%) e monitoramento (7,0%); sendo que 38,4% ocorreu na atenção primária e 66 milhões destes são clinicamente significativos e causaram 1.708 mortes (Elliott *et al.*, 2021).

No cenário da América Latina, estudo realizado no Chile em 2019, identificou que entre 34 a 111 pessoas morrem a cada ano devido a eventos adversos relacionados à medicação, sendo que bebês em lactação, crianças pequenas, adolescentes e pessoas com mais de 80 anos de idade, são as mais propícias à ocorrência de danos (Collao *et al.*, 2019).

No Brasil, estudo realizado por Meneguetti *et al* (2017), em um hospital universitário, identificou 204 erros na administração de medicamentos e 10 quase erros, notificados em um período de seis meses de pesquisa. No mesmo ano, Aznar-Saliente *et al* (2017), identificou que a maior parte dos eventos adversos notificados estavam relacionados a medicamentos um total de 78,4 %, sendo que 66,7% representaram erros de medicamentos; 2,7% decorreram em reações adversas ao medicamento e 73,6% dos erros eram potenciais e evitáveis.

A análise de 55.604.537 internações hospitalares no SIH-SUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS) entre 2008 e 2012, feita por Martins *et al* (2018) identificou que 273.440 (0,49%) destas estavam relacionadas a pelo menos um EAM (Evento adverso com medicamento), resultando em 2.528 (0,92%) óbitos. Tais dados reforçam que os incidentes relacionados à medicação persistem nos diversos cenários de assistência à saúde.

No contexto do processo de medicação é importante conhecer os conceitos básicos de incidentes que integra a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente na prática dos serviços e cuidado, visto que o entendimento de termos e conceitos relevantes no domínio da segurança orientam à compreensão e análise deste contexto (WHO, 2009).

Um incidente de segurança do paciente é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário a um paciente; possui causas multifatoriais, mas não se relacionam com a doença ou condição subjacente do

paciente e estão intimamente associados ao cuidado ou serviços prestados ao paciente (WHO, 2009).

Os erros de medicação estão entre os incidentes decorrentes da assistência à saúde mais frequentes e podem ou não causar danos ao paciente (físicos ou psicológicos). Quando causam danos, são conhecidos como eventos adversos como exemplo (transfundir uma bolsa de sangue no paciente errado, levando o mesmo a óbito. Se atingem o paciente mas não causam danos são denominados incidentes sem danos (infundir uma bolsa de sangue no paciente errado, no entanto o sangue era compatível). Os incidentes que não atingem o paciente são denominados near miss (conectar uma bolsa de sangue no paciente-errado, perceber a falha e intervir antes de infundir o sangue). Ainda neste contexto é importante destacar que existem circunstâncias notificáveis e estas ocorrem quando existe um potencial de dano significativo, porém o dano não ocorreu (desfibrilador com defeito em uma unidade que destinada-se ao atendimento de pacientes críticos e se precisar ser utilizado não está disponível) (NCCMERP, 1998; WHO, 2009).

Segundo o United States National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) o erro de medicação pode ser definido como: qualquer evento evitável que pode causar ou levar ao uso inadequado de medicamentos ou danos ao paciente, enquanto o medicamento está sob o controle do profissional de saúde, do paciente ou do consumidor. Tais eventos podem estar relacionados à prática profissional, aos produtos para o cuidado de saúde, aos procedimentos e aos sistemas, incluindo prescrição, comunicação, rótulo dos produtos, embalagem, nomenclatura, composição, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso (NCCMERP, 1998).

Outro conceito importante relacionado a erros de medicação, diz respeito ao direito do paciente em ser informado sobre a ocorrência de incidentes. Quando a comunicação do evento é realizada de modo sistematizado, o mesmo é denominado *disclosure*. O *disclosure* é a resposta adequada, transparente e empática a um incidente que causa danos ao paciente, bem como é uma ferramenta de efetivação dos seus direitos. Portanto, deixar de informar ou fazê-lo de modo precário é um desrespeito aos pacientes e/ou familiares (Albuquerque, 2022).

Quando um erro acontece é importante que o paciente e familiares entendam o que aconteceu, como isso pode afetá-los e o que será feito para reduzir qualquer

impacto em sua saúde e ainda evitar que o incidente aconteça novamente; é um momento oportuno para um pedido de desculpas e de compaixão dos profissionais de saúde envolvidos (WHO, 2024 b).

Ao divulgar os erros não se deve apenas informar falhas nos aspectos éticos do cuidado, mas, restabelecer a relação profissional-paciente que pode ser fragilizada pelo ocorrido. Estudos mostram que nem sempre os pacientes são informados sobre erros de medicação, sendo, portanto, necessário reforçar tais ações de forma ativa e realizar treinamento sobre o assunto com todos os envolvidos (Swinfen; Labuschagne; Joubert, 2023).

Para realizar o disclosure é necessário estabelecer o princípio e a prática de abertura e transparência em todos os cuidados de saúde, inclusive por meio da divulgação de incidentes de segurança do paciente para pacientes e famílias (WHO, 2024b). Os erros relacionados a administração de medicamentos podem ser revertidos e seu entendimento pode fortalecer o sistema de medicação e a segurança do paciente.

O marco referencial para o estudo dos erros relacionados às práticas de saúde, foi a publicação do relatório do Institute of Medicine (EUA), intitulado “*To err is human: building a safer health system*”, tal estudo identificou que por volta de 44.000 a 98.000 americanos morreram em 1997, devido a erros médicos, neles incluídos os de medicação (Kohn; Corrigan; Donaldson, 1999).

Nos anos consecutivos, as questões relacionadas a erros decorrentes da assistência à saúde e à segurança do paciente, incluindo a segurança na administração de medicamentos, tornaram-se mais evidentes e passaram a ganhar pauta nas discussões internacionais da *World Health Organization* e das políticas de saúde de diversos países. Assim, em 2004, a 57ª Assembleia Mundial da Saúde apoiou a criação da Aliança Global Para Segurança do Paciente, com a finalidade de melhorar a assistência à saúde. Tal iniciativa repercutiu na criação do 1º Desafio Global para Segurança do Paciente no ano de 2005 com o tema “cuidado limpo é o cuidado seguro”. O Desafio apresentou como estratégia, a redução de infecções associadas aos cuidados de saúde, “principal causa de danos relacionados à saúde no mundo”, com foco na lavagem das mãos para prevenir infecções (WHO, 2005). Ainda destacou como fatores de risco para infecção: hemoderivados e seu uso, **práticas de injeção e**

imunização, água potável, saneamento básico e gestão de resíduos e procedimentos clínicos, com destaque para os cuidados de emergência (WHO, 2005).

Em sequência às ações referentes à segurança do paciente, em 2008 a WHO lançou o segundo desafio global, intitulado “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” o qual preconiza a adoção de uma lista de verificação para segurança cirúrgicas, incluindo ações direcionadas aos recursos cirúrgicos e ambiente; prevenção de infecção do sítio cirúrgico; anestesiologia segura; equipes cirúrgicas eficientes; mensuração da assistência cirúrgica, principais problemas relacionadas às ocorrências de incidentes naquele período (WHO, 2008). Pouco focou em ações específicas relacionadas à administração de medicamentos.

Apesar do tema relacionado a medicamentos já estar presente entre as ações realizadas no primeiro desafio global, “quando se fala da segurança relacionada aos procedimentos e injetáveis” e no segundo desafio, quando este recomenda “o uso de métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos e prevenção de reação adversa a drogas ou reação alérgica à medicação sabidamente de risco ao paciente”, tais ações não causaram o impacto desejado no que se refere à redução de danos decorrentes do uso de medicamentos (WHO, 2005; WHO, 2008).

Assim, em 2017 com o tema “Medicação Sem Danos” foi lançado o Terceiro Desafio Global Para Segurança do Paciente e tinha como meta reduzir 50% dos danos graves e evitáveis decorrentes do uso de medicamentos nos cinco anos seguintes. Este desafio priorizou em toda sua essência, intervenções referentes a medicamentos (WHO, 2017).

As etapas do Terceiro desafio estão discriminadas no quadro 1.

Quadro 1 - Terceiro Desafio Global para Segurança do Paciente

Avaliar a natureza e o escopo dos danos evitáveis e fortalecer os sistemas de monitoramento para detectar e rastrear esses danos.
Criar um plano de ação com foco nos pacientes, profissionais de saúde e países membros para facilitar a implantação de melhorias na prescrição, preparo, dispensação, administração e monitoramento de medicamentos.
Desenvolver guias, documentos, tecnologias e ferramentas para dar suporte à criação de sistemas de utilização de medicamentos mais seguros que resultem na diminuição da ocorrência de erros de medicação.

Engajar os principais envolvidos, parceiros e indústria, para sensibilizá-los quanto aos problemas de segurança no uso de medicamentos, levando-os a atuar ativamente em busca de formas de reduzir os problemas relacionados a medicamentos.

Empoderar pacientes, familiares e cuidadores para que participem ativamente e de forma engajada nas decisões relacionadas aos seus cuidados em saúde, fazendo perguntas, identificando erros e gerenciando ativamente seus medicamentos

Fonte: (WHO, 2017)

O Terceiro Desafio Global Para Segurança do Paciente deu visibilidade à “segurança de medicamentos” e “ao envolvimento do paciente no processo de medicação”, ao destacar que é necessário empoderar pacientes, familiares e cuidadores, para que façam perguntas, identifiquem erros e façam uso correto de seus medicamentos; podendo então contribuir para segurança da medicação (WHO, 2017).

Dando sequência às inúmeras ações realizadas para mitigar a ocorrência de incidentes, em 2019 a WHO estabeleceu o dia 17 de setembro como o Dia Mundial da Segurança do Paciente, marcado anualmente nas agendas globais com o intuito de aumentar a conscientização e o envolvimento do público, melhorar a compreensão e o trabalho global em prol da solidariedade e as ações dos Estados-Membros para promover a segurança dos pacientes (WHO, 2019).

Para reforçar a importância da temática no ano de 2022 a WHO definiu o Dia Mundial da Segurança do Paciente, teve como tema central "Medicação sem Danos" e publicou o Plano de ação global para a segurança do paciente (2021-2030) que tem como princípios: envolver pacientes e familiares como parceiros em cuidados seguros, usar conhecimento científico e experiência do paciente para melhorar a segurança; princípios estes que vão ao encontro com a proposta deste estudo (WHO, 2022).

No cenário nacional, as ações relacionadas à segurança na administração de medicamentos iniciaram-se em 2002 quando a ANVISA, criou a Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, que tinha como finalidade notificar eventos adversos e queixas técnicas referentes à tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância (ANVISA, 2002).

Um marco importante em relação às ações direcionadas à segurança do paciente ocorreu no ano de 2013, com a publicação da Portaria Nº 529, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (MS, 2013a). No mesmo ano também foi publicada a RDC nº 36, que institui

ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. No seu artigo Art. 8º, são indicadas as estratégias de gestão do risco nas atividades desenvolvidas pelos serviços de saúde: o inciso VII destaca a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos e o inciso XVI, que é necessário estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada (MS, 2013b).

Dando continuidade às ações voltadas à segurança do paciente no Brasil, em 2020 o CONAS lançou o Projeto de Aprimoramento da Gestão da Segurança do Paciente no Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Tal projeto tinha como objetivo instrumentalizar representantes das SES e do Distrito Federal sobre os conceitos teóricos e ferramentas práticas para que desenvolvessem diretrizes, objetivos e metas relativas à segurança do paciente, para inserção no PES 2020-2023 e assim reforçar as ações de segurança em suas regiões (Chaves, 2020).

O observável esforço em todas as instâncias de saúde em nível internacional e nacional para a prevenção dos incidentes relacionados às práticas de saúde, é de suma importância e pode ter relação com o fato de que as notícias sobre erros, negligências e eventos adversos causam grande alarme social e se espalham por todos os âmbitos da sociedade, inclusive entre os próprios profissionais da saúde (MS, 2013a).

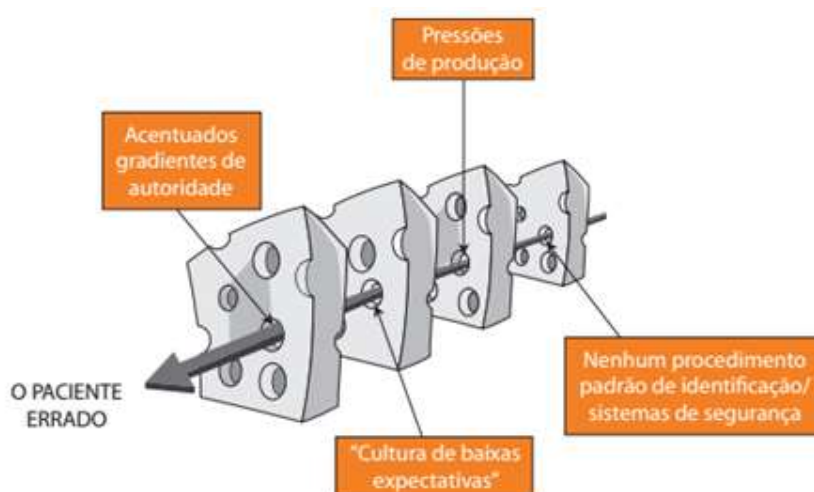
No que se refere à medicação o erro pode ser abordado de duas maneiras: a abordagem pessoal e sistêmica. A pessoal considera os erros como resultados de atos inseguros cometidos por pessoas; a visão sistêmica mostra que os homens são vulneráveis e que todas as organizações, incluindo aquelas de excelência em segurança, convivem com um percentual de erros. Quando os erros são abordados como consequências e não causas, remetem todo o sistema a assumir a responsabilidade (Rosa; Perini, 2003).

Os erros e danos de medicação estão frequentemente relacionados às falhas ou disfunções em sistemas, processos e procedimentos no ambiente de trabalho. Assim todos os erros de medicação são preveníveis; os erros raramente são causados por negligência humana (WHO, 2017). Portanto, é importante reforçar a importância em implementar ações sistêmicas de prevenção de erros de medicação.

Atualmente a abordagem sistêmica é a mais aceita, ela reconhece que o ser humano comete erros e que os sistemas estão expostos, portanto a antecipação da notificação do erro faz com que os sistemas sejam mais seguros. Nesta perspectiva, o modelo do queijo suíço de acidentes organizacionais do psicólogo britânico James

Reason (1990), vem servindo de referência na implementação de sistemas seguros. Ele pressupõe que em organizações complexas os erros devem ultrapassar várias camadas, como uma combinação de fatores que leva a favorecer para que os erros ocorram. Assim, o foco deve ser eliminar os buracos do queijo suíço, ou seja, criar barreiras para que os erros não aconteçam (Wachter, 2013). A figura abaixo representa o pensamento sistêmico do modelo do queijo suíço.

Figura 2 – Modelo do Queijo Suíço de Acidentes Organizacionais



Fonte: Reason (1990 apud Wachter , 2013)

Tal modelo resulta da ideia do pensamento sistêmico, pois reconhece que o sistema de medicação é complexo e para evitar a ocorrência de erros de medicação é necessário avaliar todas as etapas pelas quais o medicamento passa e ter o entendimento que o erro ocorre de modo isolado; o erro pode ser interceptado em qualquer uma das etapas e a prevenção só será possível quando entende-se que tal ligação entre as diversas etapas do sistema, predispõe ao erro de medicação (Medeiros; Santos, 2019).

Outro fator de grande relevância para a assistência segura é a implementação de uma cultura da segurança que pode ser entendida como um fenômeno local, em que os indivíduos sintam-se confiantes em apontar os riscos potenciais ou falhas reais, sem medo de sofrer algum tipo de punição (Wachter, 2013). O mesmo autor destaca que:

Culturas seguras são aquelas em que as pessoas voluntariamente se manifestam quando observam situações e comportamentos de risco, a hierarquia é relativamente plana, os colaboradores seguem normas críticas de segurança e a necessidade de produção é balanceada com a de segurança (Wachter, 2013 p 271).

A cultura da segurança positiva abrange as seguintes dimensões: frequência de eventos notificados, percepção de segurança, expectativas e ações da direção (supervisão da unidade, serviço que favorece a segurança), aprendizagem organizacional (melhoria contínua), trabalho em equipe na unidade (serviço), abertura para comunicação, feedback e comunicação sobre erros, resposta não punitiva aos erros, dimensionamento de pessoal, apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente, trabalho em equipe entre unidades, problemas em mudanças de turno e transições entre unidades e serviços (Andrade *et al.*, 2017).

Estudo realizado por Campelo (2021) identificou que existem falhas na cultura de segurança e que é necessário desenvolver tal cultura, pois, a cultura punitiva dificulta a notificação dos incidentes; tais mudanças são essenciais para que os sujeitos sintam-se seguros e possam contribuir para implantar ações que previnam eventos adversos (Costa *et al.*, 2018). Na prática, ainda é visível a prevalência da cultura punitiva de notificação de eventos adversos, fator que contribui para que os profissionais não notifiquem os eventos que vivenciam (Soares *et al.*, 2019).

Existe a necessidade de desenvolver uma gestão culturalmente consciente, em especial nas denominadas organizações complexas (tais como hospitais), e adotar uma mentalidade que caminhe para uma cultura da qualidade (Lourenço, 2017).

A cultura da instituição reflete na qualidade do cuidado e qualidade-segurança é um atributo indissociável para avaliar os serviços de saúde, assim todos os atores (gestor, usuário e profissional) assumem um papel importante para disseminar tal cultura (Lima *et al.*, 2023).

A experiência do paciente é um componente importante para a avaliação da qualidade do serviço de saúde, tal percepção faz parte do modelo proposto por Donabedian que inclui: estrutura (ambiente físico, materiais disponíveis e recursos humanos para a prestação de cuidados de saúde); processo (atividades: interações, comunicação, tempo de espera etc.) e resultado (efeito propriamente dito do cuidado em saúde). Estratégia importante para entender a cultura e a qualidade do serviço em saúde da instituição é identificar como os pacientes experienciam o cuidado ofertado

(Costa *et al.*, 2020b; Lima *et al.*, 2023). É necessário repensar a prática profissional para que mudanças reais na cultura institucional possam dar vozes aos sujeitos e engajá-los no cuidado seguro.

3.3 Envolvimento do paciente no cuidado seguro como estratégias para prevenção de erros de medicação

Na perspectiva de garantir uma assistência segura e prevenir erros decorrentes da assistência à saúde, a participação dos pacientes, familiares e cuidadores têm se destacado nas políticas internacionais e nacionais de segurança do paciente. No contexto da medicação sem danos, a WHO preconiza que estes devem ser empoderados sobre o processo de medicação e a segurança na administração de medicamentos, a fim de contribuir para a prevenção de erros; já que são considerados a última chance real de interceptação de erros na administração de medicamentos (WHO, 2017). Os pacientes devem ser vistos como o centro das práticas em saúde e considerados um importante barreira para a prevenção de erros no processo de utilização de medicamentos (ISMP, 2019).

No Brasil a publicação da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, representou um marco para o envolvimento do paciente. O artigo 3º inciso II destaca como objetivo específico o envolvimento dos pacientes e familiares nas ações de segurança do cuidado (MS, 2013a).

Apesar da legislação vigente e do empenho para incluir o paciente como sujeito ativo do seu cuidado, estudo realizado por Costa *et al.* (2020a), identificou que a participação do paciente nas ações para sua segurança ainda é incipiente e que é necessário evoluir nesta perspectiva para garantir avanços em relação à temática.

O envolvimento do paciente e da família deve ser parte integrante da segurança do paciente e um pilar das práticas assistenciais, deve nortear as ações em todos os níveis de cuidados de saúde, desde a elaboração de políticas e planejamento, gestão, até a supervisão de desempenho (WHO, 2021).

É consensual que a promoção da participação e do envolvimento do paciente e da família, nos mais variados níveis dos cuidados de saúde, representa benefícios para os pacientes, os profissionais de saúde e as organizações (Sousa, 2014). No entanto, ainda são poucas as iniciativas para envolver o paciente no cuidado seguro.

Em se tratando do envolvimento do paciente em seu cuidado é preciso assimilar alguns conceitos fundamentais, imprescindíveis para o entendimento do tema. O quadro abaixo sintetiza tais conceitos.

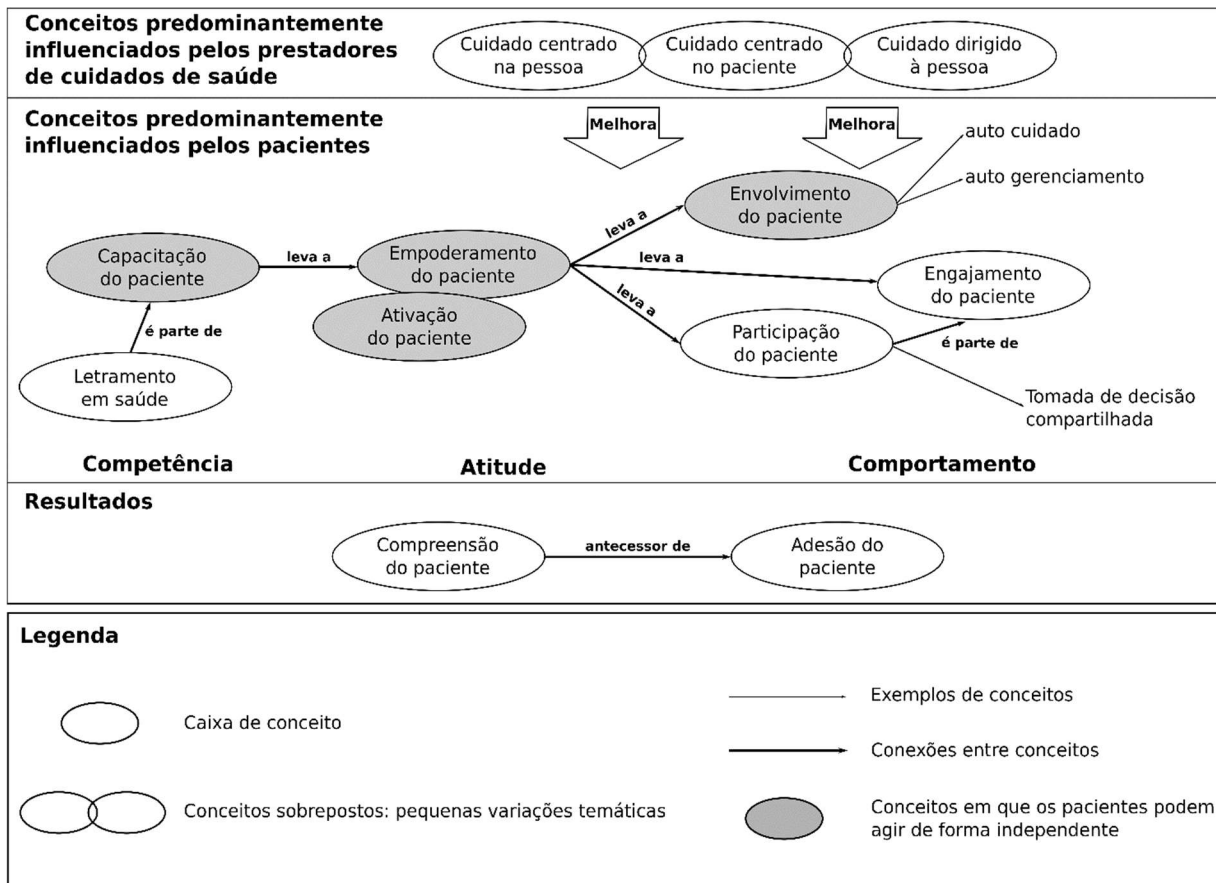
Quadro 2- Conceitos relacionados a participação ativa do paciente no seu cuidado

Conceito	Definição
Capacitação do paciente	É a aquisição geral de habilidades e conhecimentos para engajar-se na área da saúde.
Ativação do paciente	Indica a confiança e habilidade do paciente para envolver-se no seu cuidado em saúde e o desencadear de uma atitude mental.
Empoderamento do paciente	É o processo pelo qual as pessoas adquirem um maior controle sobre as decisões e ações que afetam sua saúde.
Envolvimento do paciente/Participação do paciente	Ações realizadas de modo a maximizar o potencial e as oportunidades de participação do paciente no seu cuidado para que sejam capazes de desempenhar autocuidado, autogestão e autocontrole das ações relativas à sua saúde.
Engajamento do paciente	São ações que os profissionais desenvolvem para motivar os pacientes a desempenharem um papel ativo em seu cuidado em saúde. É uma parceria mútua do profissional com o paciente.
Conceito	Definição
Cuidado centrado no paciente	É o cuidado que respeita e responde às preferências, necessidades e valores do indivíduo e garanta que os valores do destinatário dos cuidados orientem todas as decisões clínicas.

Fonte: Elaborado pelo Autor, (2024) apud Hickmann; Hichter; Schlieter, (2022); WHO, (2017); Jerofke-Owen; Geórgia Tobiano, (2022); Vahdat *et al.*, (2014)

Estes conceitos estão inter-relacionados e também associados com a participação do paciente em seu cuidado e seu nível de envolvimento. Hickmann, Richter e Schlieter (2022), elaboraram um mapa conceitual que mostra a relação entre estes conceitos, como mostra a figura abaixo.

Figura 3: Relações e distinções entre conceitos com foco no paciente como parceiro ativo em seus cuidados de saúde.



Fonte: Tradução do Autor (2024), adaptado de Hickmann; Richter; Schlieter (2022)

A Figura 3 mostra a relação existente entre os vários conceitos relacionados ao envolvimento do paciente em seu cuidar, suas correlações e nível de engajamento conforme evolução do envolvimento do paciente.

O processo de envolvimento engloba dois conceitos principais, ativação e engajamento. A ativação vem antes do engajamento do paciente e se refere a uma atitude mental que o paciente tem ao se envolver no seu próprio cuidado. Ela está relacionada principalmente à capacidade cognitiva e comportamental. Neste caso, as questões cognitivas, sociais e emocionais interferem na disposição que esse paciente ou seu acompanhante possuem, em dar respostas às demandas relacionadas ao processo de hospitalização e plano terapêutico. O engajamento é um conceito complexo e envolve uma visão holística em relação ao desenvolvimento cognitivo para que o paciente seja capaz de envolver-se com sua saúde, considerando aspectos relacionados ao pensar, sentir e agir do indivíduo os quais garantam a estes, a capacidade de gerir o seu estado de saúde (Graffigna, 2015).

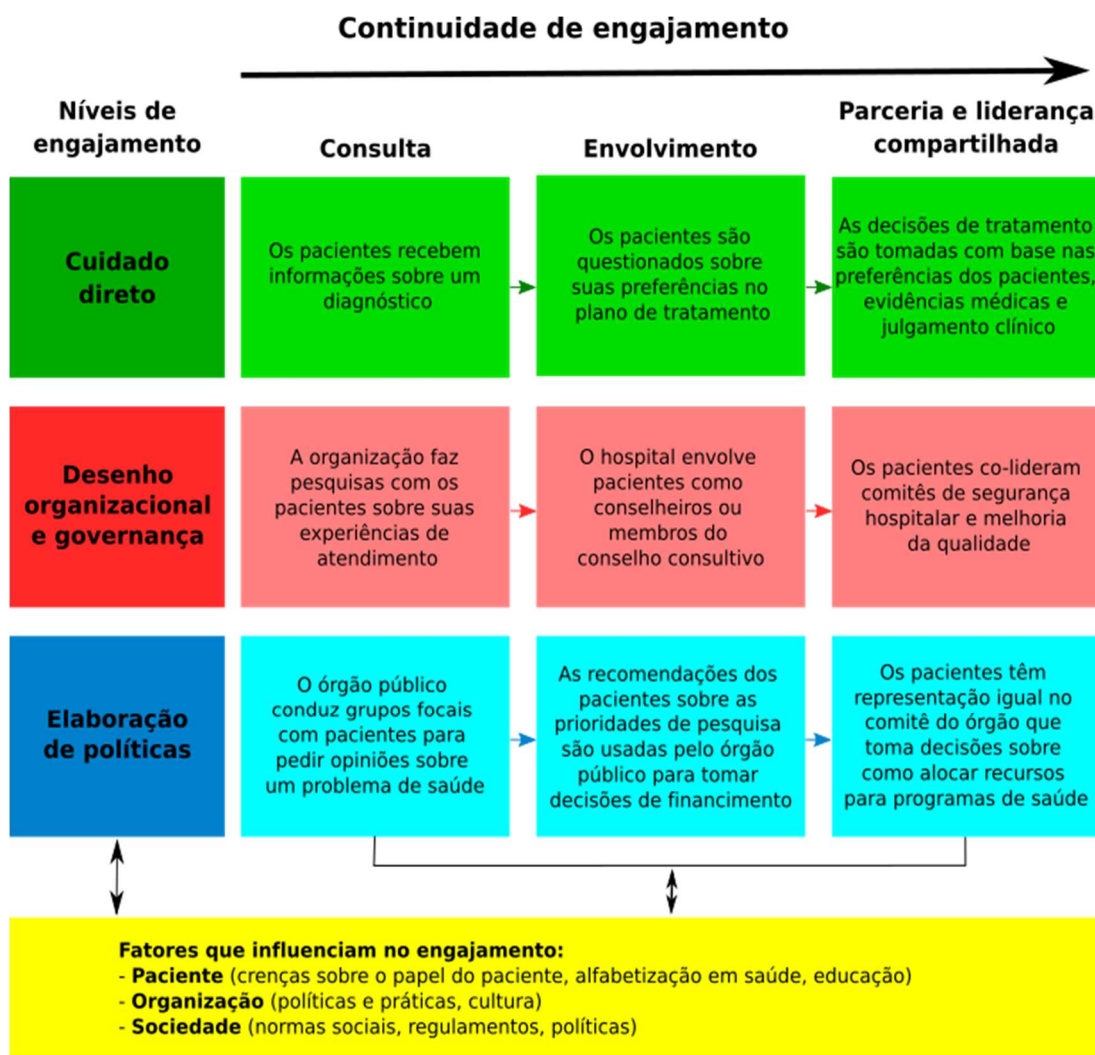
Quando pacientes/familiares e acompanhantes detêm informações relacionadas ao cuidado e ao estado de saúde do paciente, são capazes de identificar falhas no processo e assim contribuir com a equipe de saúde na prevenção de eventos adversos e no desenvolvimento de uma cultura da segurança. Nesse contexto, a comunicação se constitui como uma ferramenta importante desse processo (Cruz; Pedreira, 2020).

Sousa e Mendes (2019), destacam que existem vários fatores determinantes para o envolvimento do paciente, tais como: características demográficas, idade, gênero, nível de educação (letramento em saúde), e a rede de apoio existente. O alto nível de letramento, presença de rede de apoio (cuidador/familiares), existência de crenças, adoecimento por doenças menos incapacitantes e a influência do profissional de saúde, favorecem o envolvimento do paciente no seu cuidado, sendo que indivíduos jovens e do sexo feminino envolvem-se com mais facilidade (Sousa; Mendes, 2019).

O envolvimento do paciente em seu cuidado é um processo complexo e envolve inúmeras estratégias e é influenciado por vários fatores. As estratégias que favorecem o envolvimento do paciente no cuidado são comunicação aberta e afetiva entre paciente e profissional de saúde, realização de grupos educativos, orientações verbais, disponibilização de impressos (manuais e/ou cartilhas explicativas), elaboração de plano de cuidado junto ao paciente, capacitação dos pacientes para a percepção dos riscos, desenvolvimento da autonomia do paciente e envolvimento da família e do cuidador (Carvalho *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2016).

A figura 4 representa uma proposta de estrutura multidimensional para o envolvimento do paciente e da família nos cuidados em saúde.

Figura 4 – Modelo Multidimensional de engajamento do paciente em seu cuidado de saúde



Fonte: Tradução do Autor (2024), adaptado de Carman, *et al* (2013)

Esta estrutura reconhece que os níveis de engajamento do paciente em seu cuidado em saúde articulam-se com as ações realizadas em cada etapa do processo assistencial. Três fatores que influenciam no engajamento destacam-se: pacientes, organizações e sociedade, evidenciando que as ações necessárias para conseguir esse engajamento envolvem vários atores, os quais devem trabalhar em conjunto para atingir esse objetivo (Carman *et al.*, 2013).

Os fatores relacionados ao paciente são: motivação, disposição e capacidade para se envolver com os diferentes níveis de conhecimentos, atitudes e crenças. Este pode ser influenciado pela sua experiência com o sistema de saúde, autoeficácia, sua capacidade funcional (letramento em saúde), estado de saúde e o seu nível de dependência (Carman *et al.*, 2013).

As características de uma organização que influenciam na capacidade dos pacientes se envolverem são: política de presença contínua do familiar no hospital, realização de rondas médicas e interdisciplinares à beira leito do paciente, presença do enfermeiro com passagem de plantão à beira leito, planejamento de alta centrado no paciente e acesso do paciente aos registros de saúde (Carman *et al.*, 2013).

Os pacientes e organizações também são influenciados pelas normas sociais; regulamentos de compradores, políticas nacionais, estaduais e locais. Estas podem fazer com que os pacientes considerem-se capazes de contribuir para melhoria de seus cuidados, possibilitando-os escolher com quais organizações desejam interagir e contribuir na elaboração de políticas em geral (Carman *et al.*, 2013).

Para que ocorra o engajamento do paciente e seus familiares no cuidado, também é necessário que as organizações melhorem a comunicação entre profissionais e pacientes e realizem ações educativas voltadas aos pacientes, familiares e profissionais. Dessa maneira torna-se possível firmar parcerias, o que representa ser peça central na formulação de políticas institucionais que objetivem o cuidado seguro e a qualidade da assistência (Villar; Martins; Rabello, 2022).

Sousa e Mendes (2020) comentam que existem os seguintes obstáculos para o profissional de saúde atuar de modo a envolver o paciente no seu cuidado: atitudes e crenças pessoais (resistência a mudanças), tipo de doença, falta de tempo para educação, especialidade do profissional, desejo de manter o controle, medo de mudanças e treinamento insuficiente ou inexistente (Sousa; Mendes, 2019).

É importante ressaltar que os pacientes e sua família necessitam estar seguros quando buscam auxílio no serviço de saúde e os profissionais podem ser facilitadores dessa segurança, por meio da adoção de melhores práticas em saúde (Wegner *et al.*, 2016).

Na prática em saúde são destacados cinco momentos críticos, em que a participação do paciente, seu familiar ou cuidador, podem favorecer a redução de risco de danos associados ao uso de medicamentos, quais sejam: no início do uso, durante o uso, na adição, na revisão e na suspensão de um medicamento (ISMP, 2019).

Quanto ao uso de medicamentos é possível observar que este processo é multidisciplinar e que o desenvolvimento e a implantação de programas e estratégias de prevenção de erros de medicação devem ocorrer de forma integrada entre todos os setores do sistema de saúde, dos profissionais envolvidos e pacientes (ANVISA, 2019).

No que se refere à administração de medicamentos, é correto afirmar que é uma ação multidisciplinar, no entanto o trabalho da equipe de enfermagem se destaca por atuar no preparo e administração dos medicamentos, etapa final do sistema de medicação. Por isso, quase sempre recebe o ônus do erro, o qual pode ter ocorrido em outras etapas do sistema. Por outro lado, a enfermagem detém a oportunidade e responsabilidade de interceptar os possíveis erros (Miasso *et al.*, 2006).

Apesar de tamanha responsabilidade desempenhada pela enfermagem no processo de administração de medicamentos, o papel do enfermeiro “responsável legal pela equipe de enfermagem”, parece estar obscuro dentro do sistema de medicação. Estudo realizado em hospitais de São Paulo com objetivo de analisar os sistemas de medicação, no que concerne aos processos de prescrição, dispensação, preparo e administração de medicamentos, em unidades de psiquiatria, não conseguiu observar a participação dos enfermeiros no preparo e administração de medicamentos em ambos os hospitais (Souta *et al.*, 2016).

Souza *et al* (2020), destacam que para envolver o paciente no seu próprio cuidado é necessário capacitar os profissionais para que estes desenvolvam competências e incorporem ações de incentivo à participação do paciente no seu contexto diário de cuidado. Assim, os enfermeiros devem assumir um papel central na identificação, desenvolvimento e implementação de soluções relacionadas à administração de medicamentos, a fim de garantir uma assistência segura (Millichamp; Johnston, 2020).

Em se tratando de envolver o paciente no tocante à medicação sem danos, o enfermeiro, assim como os demais profissionais de saúde, devem contribuir para o engajamento, empoderamento e na divulgação de informações sobre medicamentos, encorajando a integração dos pacientes com os membros da equipe incentivando que estes atuem como consultores/colaboradores do serviço em saúde, condições importantes para a prevenção de eventos adversos com medicamento (ISMP, 2019).

Oliveira *et al* (2016), enfatizam que a melhoria das práticas assistenciais pressupõe a promoção de mudanças na atitude profissional. Sendo assim, a educação do profissional de saúde é necessária para o envolvimento do paciente no cuidado seguro. Costa (2020a) ressalta que para promover o envolvimento do paciente na segurança de seus cuidados, é necessário o preparo dos profissionais. O mesmo estudo constatou que os profissionais não incentivam os pacientes a cooperarem na

segurança da medicação, apesar dos pacientes e acompanhantes mostrarem-se dispostos a envolverem-se no processo.

Estudo realizado por Kim *et al* (2018), enfatizam que as principais estratégias para engajar o paciente e suas famílias na segurança de medicamentos são: educação (livreto, módulo de aprendizado, programa de treinamento, tecnologia de informação em saúde ou portais de pacientes) e a reconciliação medicamentosa (uso de cartões de reconciliação de medicamentos, o paciente trazer medicamentos para consultas, registros eletrônicos de medicamentos para feedback e comunicação e envolvimento de farmacêuticos e enfermeiros). O mesmo estudo propõe o uso de um instrumento (figura 5) para avaliar o nível de envolvimento do paciente e de seus familiares na administração de medicamentos (Kim *et al.*, 2018).

Figura 5 - Escala de engajamento do paciente, seus familiares e cuidadores.



Fonte: Kim *et al.* (2018) *apud* ISPM (2019)

O ápice deste instrumento representa o maior nível de envolvimento possível, a base menor, no centro, é o empoderamento. No entanto, a informação constitui a base da pirâmide, ponto de partida para alcançar as demais estratégias visto que quando adquirem conhecimentos, os sujeitos empoderam-se e podem formar as parcerias necessárias para tomada de decisão sobre seu cuidado em saúde. Este instrumento

também será utilizado neste estudo para classificar as estratégias utilizadas para envolver/engajar os pacientes.

Fica evidente que a educação é um ponto importante do processo de envolvimento do paciente. O uso da educação como prática de prevenção e promoção da saúde para envolver o paciente não é algo recente, tal proposta foi destacada pela carta de Ottawa (1986), a qual enfatiza que os sujeitos devem assumir o controle sobre sua saúde e sobre o meio ambiente, por meio do acesso à informação, apoiados pela educação para saúde (WHO, 1986). No que se refere à educação nos serviços de saúde destacamos duas vertentes importantes no contexto da segurança do paciente: educação em saúde e a educação na saúde, a fim de envolver profissional, paciente e familiar.

A educação em saúde é definida como a capacitação dos indivíduos e comunidade para controlarem seus próprios determinantes de saúde, através da criação ou do desenvolvimento da autonomia e por meio das competências de ação. Atualmente a educação em saúde é vista como uma condição essencial para a promoção da saúde e o profissional de saúde assume um papel coadjuvante (Feio; Oliveira, 2015). A educação em saúde objetiva desenvolver nas pessoas um sentido de responsabilidade, como indivíduo, membro de uma família e de uma comunidade, para com a saúde tanto individual como coletivamente (BVS, 2024).

As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos de atores prioritários: os profissionais de saúde, por meio da valorização da prevenção e promoção, os gestores, entendendo que os profissionais envolvidos necessitam de apoio e a população que necessita ser empoderada por meio de conhecimento e assim assumir o controle de seu processo de saúde (Falkenberg *et al.*, 2014).

A base da educação na saúde enfatiza as práticas de Educação Permanente em Saúde (EPS), visando identificar as principais lacunas de conhecimento dos profissionais, assim como as necessidades advindas da realidade laboral e traçar um plano para qualificação dos processos de trabalho em saúde (Falkenberg *et al.*, 2014).

Lima *et al.* (2020), destacam que a EPS favorece a integração e o diálogo: trabalhadores x trabalhadores, trabalhadores x usuários e tem o poder de transformar a cultura institucional e social. Trata-se de uma prática importante a ser incorporada nas ações de promoção à segurança do paciente. A incorporação da educação permanente como estratégia para melhorar ou aumentar a segurança do paciente

compõe um dos eixos do PNSP. Fica evidente que a educação é um caminho crucial para promoção da segurança e do envolvimento do paciente, assim como para a melhoria da qualidade da assistência em saúde (MS, 2013b).

A educação é de fato um caminho importante para o envolvimento do paciente na segurança em relação ao uso de medicamentos, no entanto, contribui com apenas parte do processo. São estratégias de nível 1 e 2 de envolvimento do paciente na administração de medicamentos, de acordo com o instrumento proposto por Kim *et al*, (2018); quando informados os pacientes obtêm condições de alcançar o empoderamento, para que sejam capazes de obter parceria na assistência à saúde e integração com a equipe multiprofissional, alcançando níveis altos de envolvimento (níveis, 3, 4 e 5 respectivamente) (Kim *et al.*, 2018).

A WHO (2017) destaca que sistemas e processos de medicação são complexos e muitas vezes não são adequadamente compreendidos e projetados para diminuir riscos e evitar a ocorrência de danos. Nesse sentido é necessário repensar a prática assistencial da enfermagem, incluindo ações relacionadas com administração de medicamentos, de modo que estas sejam fundamentadas nas melhores evidências científicas disponíveis, a fim de garantir práticas seguras.

Garantir a segurança do paciente na assistência médica é um componente essencial para fomentar o direito à saúde. Nesse sentido, em 18 de abril de 2024 a WHO lançou a Carta de Direitos de Segurança do Paciente na Cúpula Ministerial Global sobre Segurança do Paciente, que abrange 10 itens relacionados à direitos de segurança do paciente, importantes para mitigar riscos e prevenir danos inadvertidos. Os direitos incluem: cuidados oportunos, eficazes e adequados; processos e práticas de assistência seguros; equipe qualificada e competente; produtos médicos seguros e uso seguro e racional; instalações de saúde seguras e protegidas; dignidade, respeito, não discriminação, privacidade e confidencialidade; informação, educação e tomada de decisão apoiada; acessibilidade a prontuários médicos; ser ouvido e ter uma resolução justa e **direito ao envolvimento do paciente e da família** (WHO, 2024a).

Para conhecimento do envolvimento do paciente nas práticas assistenciais relacionadas à administração de medicação, foi desenvolvida uma metodologia com abordagem qualitativa que está descrita no próximo capítulo.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caso único descritivo com abordagem qualitativa. A escolha do método, assim como a natureza da abordagem foi motivada pela natureza do fenômeno que se pretende estudar, o envolvimento do paciente na medicação sem danos, a partir do pressuposto metodológico proposto por Yin (Yin, 2015).

Historicamente falando, os estudos de caso têm suas origens nas ciências humanas e sociais ao final do século XIX e início do século XX, com Frédéric Le Play, na França, e Bronislaw Malinowski e com membros da Escola de Chicago, nos Estados Unidos, a partir dos estudos da sociologia e antropologia (André, 2013).

O estudo de caso é uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo em profundidade, no seu contexto de mundo real, quando os limites entre os fenômenos e o contexto não são claramente definidos. É um método de pesquisa amplamente utilizado em várias áreas do conhecimento, entre elas a enfermagem, na qual o pesquisador busca entender “o caso” a partir da análise de várias fontes de evidências, quais sejam: documentos, artefatos, entrevistas e observação (Yin, 2015).

O estudo de caso é tratado como uma forma de organizar, coletar, apresentar e analisar os dados empíricos, preservando o caráter único do objeto social em estudo (Brito *et al.*, 2019).

Andrade (2017), destaca que os fenômenos complexos existentes no cotidiano da enfermagem, possibilitam ao pesquisador da área, a escolha do estudo de caso como método de pesquisa nos seus diversos campos de atuação.

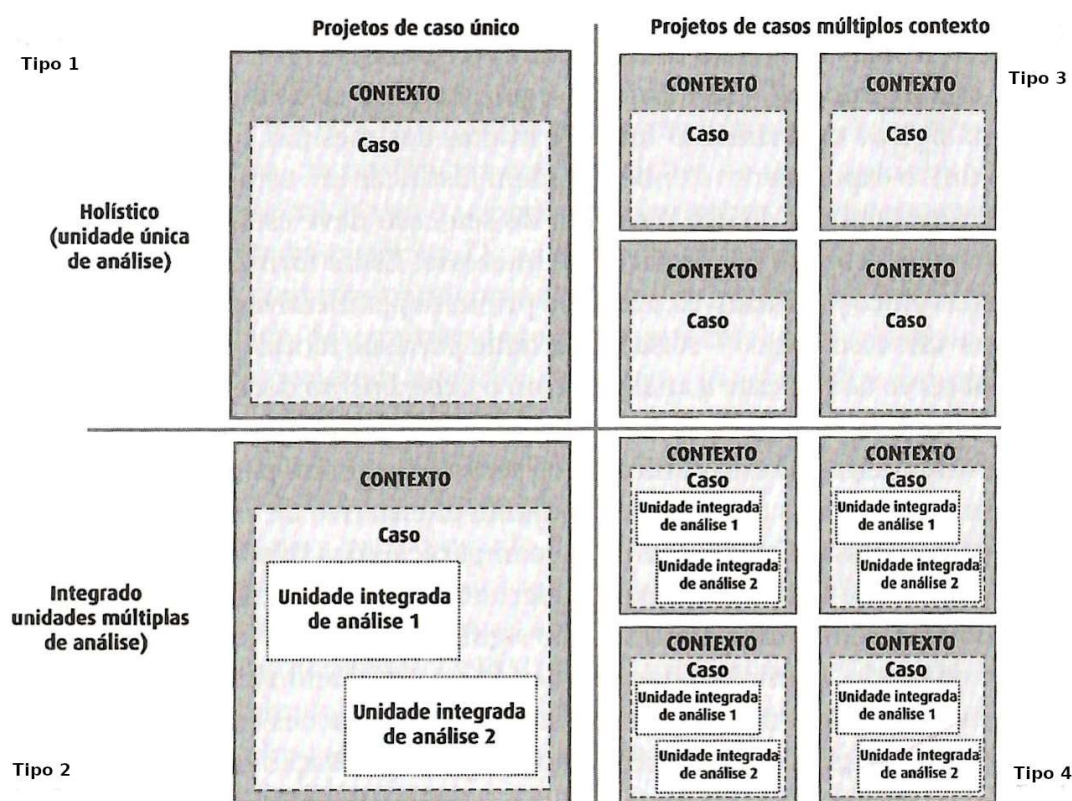
Os estudos de caso são classificados em **explicativos ou causais**: os que explicam algumas circunstâncias presentes no fenômeno; **exploratórios**: nos quais as questões exigem uma descrição robusta de um fenômeno social e **descritivos**: que aprofundam a descrição de determinada realidade/fenômeno.

Em relação aos projetos, eles podem ser **estudos de caso único**: consiste em ter um caso crítico, peculiar, comum, revelador ou longitudinal; **estudos de casos múltiplos** que envolvem vários casos, os quais são mais bem aceitos; ser **estudos de caso único do tipo holístico** em que as subunidades de análise não são identificadas.

Os projetos também podem ser **integrados**: consistem em estudos de caso que envolvem mais de uma unidade de análise, as quais são selecionadas por meio de agrupamentos e são definidas a partir da pergunta de pesquisa; para que seja possível ter o controle sobre os eventos reais e o grau de enfoque sobre os eventos contemporâneos (Yin, 2015).

A imagem abaixo apresenta os tipos básicos de projetos para estudo de caso proposto por Yin (2015).

Figura 6 - Tipos básicos de projetos para estudo de caso



Fonte: Yin (2015)

O presente estudo é caracterizado por ser de caso único e holístico e busca entender o fenômeno na instituição pesquisada, local aonde ainda não foram realizados estudos empíricos sobre o tema.

No que diz respeito ao envolvimento do paciente na segurança do cuidar, é possível observar que existe uma lacuna na formação profissional sobre o tema no Brasil (Villar *et al.*, 2020; Ferraz, 2021). Tal lacuna do conhecimento também engloba o tema envolvimento do paciente na segurança da administração de medicamentos,

assim, a descrição das informações será reveladora para entender o fenômeno do envolvimento do paciente na medicação sem danos.

A opção pelo estudo de caso único foi motivada pelo entendimento de que o envolvimento do paciente na segurança da administração de medicamentos é um fenômeno comum nas práticas assistenciais. Segundo Yin (2015), para o entendimento de fenômenos comuns, nos quais é necessário captar as circunstâncias e as condições cotidianas que irão fornecer informações importantes, para contextos teóricos e aprendizados com potenciais benefícios para a sociedade, viabiliza-se o estudo de caso único (Yin, 2015).

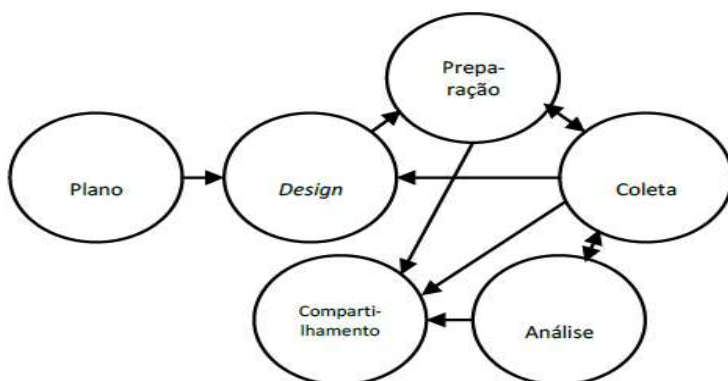
Foi caracterizado como holístico por entender que as características das unidades têm perfil semelhante em relação à estrutura física, gestão da assistência, gestão e distribuição dos medicamentos e perfil de atendimento ao paciente, características que possibilitaram uma visão única com vários sentidos das unidades estudadas, “um contexto único de estudo”; assim foi analisada a natureza global do fenômeno na instituição.

Yin (2015), destaca que o estudo de caso holístico é vantajoso quando as subunidades lógicas não podem ser identificadas ou quando a teoria subjacente ao estudo de caso é de natureza holística.

A escolha pelo estudo descritivo foi feita por entendermos que a descrição de um fenômeno responde à questões do tipo: que fenômeno é este? Quais as dimensões ou características dos fenômenos? O que é importante a respeito do fenômeno? (Polit; Beck, 2019). Questões estas que se adequam perfeitamente a este estudo.

Ainda de acordo com Yin (Yin, 2015), um estudo de caso deve seguir as etapas descritas na figura abaixo.

Figura 7 - Processo de desenvolvimento da pesquisa de estudo de caso



Fonte: Yin (2015)

O quadro a seguir sintetiza as ações realizadas em cada uma das etapas do estudo de caso, a partir da perspectiva proposta por (Yin, 2001; 2015).

Quadro 3 - Etapas da realização do estudo de caso

Plano	Pressupõe a escolha do método de estudo de caso, compreensão do método. Definição do fenômeno contemporâneo de estudo e das questões (como? Ou por quê?) relevantes para entendê-lo.
Design	Definição das unidades de análise, desenvolvimento das proposições teóricas, categorização do estudo de caso, definição o tipo de projeto, elaboração do projeto de pesquisa e teste do projeto.
Preparação	É a preparação do pesquisador/material/documentação para a realização da coleta dos dados e do estudo piloto.
Coleta	É a coleta de dados propriamente dita, utilizando as várias estratégias de coleta.
Análise	Organização e exibição dos dados, observação de padrões, <i>insights</i> e conceitos, categorização e tabulação dos dados, elaboração da estratégia de análise conforme as técnicas de análise.
Compartilhamento	Realização dos relatórios que trazem as conclusões do estudo ao público.

Fonte: Yin (2001; 2015)

Como proposta metodológica também foi utilizada a abordagem qualitativa, recomendada quando o objeto de estudo não pode ser analisado de modo quantitativo. O pressuposto é que há uma relação dinâmica entre o mundo real e os sujeitos que interagem de modo interdependente com os objetos, possuídos de significados, o que proporciona um vínculo inseparável entre o mundo objetivo e a subjetividade dos sujeitos. Nesta relação, o sujeito que observa o fenômeno faz parte dele e os interpreta com a finalidade de entendê-lo (Chizzotti, 2000). Esta abordagem pressupõe que o conhecimento é resultado da interação social dos sujeitos nos diversos cenários onde estão inseridos, ambiente de trabalho, de lazer e na família, e à medida que eles transformam as suas realidades são por ela transformados (André, 2013).

Vale enfatizar que para realização desta pesquisa foram seguidos os critérios de rigor metodológicos propostos por Lincoln e Guba, (1985) que incluem: credibilidade (veracidade dos resultados da pesquisa); transferibilidade (grau pelo qual os resultados de um estudo qualitativo podem ser aplicados ou generalizados, “descrição rica e densa”), dependabilidade (está diretamente relacionado à consistência e confiança da pesquisa, medida pela qual a variação pode ser localizada ou explicada ou seja é a

“auditabilidade”), confirmabilidade (neutralidade do pesquisador, “ausência de viés”) (Guba, 1985 apud Moreira, 2018; Velloso; Tizzoni, 2020).

Para a descrição das etapas do estudo foi utilizado o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). O referido instrumento é guia que possui 32 itens distribuídos em três domínios: **equipe de pesquisa e reflexividade** (características pessoais incluindo: entrevistador/facilitador, credenciais, ocupação, gênero, experiência e treinamento, relacionamento com os participantes, relacionamento estabelecido, conhecimento do participante sobre o entrevistador e características do entrevistador); **conceito do estudo** (estrutura teórica incluindo: os itens de: orientação metodológica; seleção de participantes, incluindo os itens: de amostragem, método de abordagem, tamanho da amostra, não participação; cenário, incluindo os itens: cenário da coleta de dados, presença de não participantes, descrição da amostra; coleta de dados, incluindo os itens: guia da entrevista, repetição de entrevistas, gravação audiovisual, notas de campo, duração, saturação de dados e devolução de transcrições); **análise e resultados** (análise de dados, incluindo os itens: número de codificadores de dados, descrição da árvore de codificação, derivação de temas, software, verificação dos participantes e o relatório incluindo os itens: citações apresentadas, dados e resultados consistentes, clareza dos principais temas, clareza de temas secundário) (Souza *et al.* , 2021).

4.2 Cenário do estudo

Os cenários do estudo foram as unidades de especialidades clínica e cirúrgica de um hospital da região norte do Brasil. Trata-se de um hospital geral que serve de referência estadual, atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde, sendo também referência no atendimento de saúde de alta complexidade da população local e estados circunvizinhos.

A Instituição é campo de estágio para vários centros formadores de profissionais da área de saúde da região. Integra a Rede Nacional de Hospitais Sentinela da Agência Nacional de Vigilância (ANVISA), para notificação de queixas técnicas e efeitos adversos relacionados a produtos de saúde.

A sua estrutura organizacional possui Diretoria Clínica, Diretoria de Enfermagem, Gerência de Vigilância de Riscos, Controle de Infecção, Educação Continuada e Núcleo de Segurança do Paciente (GVR/NSP). Esses serviços estão

ancorados, nos últimos anos, na orientação do Núcleo de Segurança do Paciente e conta com diversas medidas para o alcance de melhoria da qualidade da assistência e segurança do paciente.

O hospital dispõe de 505 leitos de internação distribuídos em unidades de: Pronto socorro adulto (70) e pediátrico (31), bloco cirúrgico (26), Unidade de Terapia Intensiva (UTI): adulto (37) e pediátrica (10), hemodinâmica (05), especialidades clínicas e cirúrgicas (326) (SES-TO, 2021).

4.3. Participantes do estudo

Todos os participantes internados no período da pesquisa foram convidados a participar do estudo, no entanto apenas 64 pacientes aceitam participar. A seleção ocorreu por conveniência, com amostra não probabilística dos pacientes que estavam internados nas unidades de clínicas médica e cirúrgica, no período da coleta de dados.

Os participantes foram abordados pelo pesquisador na unidade onde estavam internados sobre a pesquisa e convidados a participar; só foram coletados dados dos que concordaram em participar.

Alguns pacientes demonstraram medo de participar e de sofrer algum tipo de retaliação por parte da equipe e ou instituição, motivo que predominantemente justificou a recusa em participar da pesquisa.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo os pacientes com idade a partir de 18 anos que estavam internados há pelo menos 24 horas, em uso de medicamento (de qualquer tipo), que estavam conscientes e com capacidade de entender e responder as perguntas do entrevistador.

Não participaram do estudo os pacientes que não conseguiam se comunicar verbalmente, que tinham surdez referida e ou alterações do nível de consciência registrados no prontuário ou relatados verbalmente pela equipe de saúde/acompanhante nas últimas 24 horas e por fim, pacientes que estavam em isolamento, pelo risco de contaminação cruzada.

4.5 Procedimentos para a coleta de dados:

A coleta de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2022, por meio de entrevistas guiadas por um instrumento semiestruturado, consultas nos prontuários e registros da enfermagem.

O instrumento de coleta de dados possui questões fechadas sobre a caracterização dos participantes, informações obtidas por meio de consulta nos prontuários, tais como: sexo, idade, escolaridade, profissão, procedência, comorbidades, diagnóstico atual, código do paciente, tempo atual de hospitalização. E questões abertas com informações relativas à segurança na etapa de administração de medicamentos: 1. Na sua internação, você se sente seguro durante a administração de medicamentos? Por quê? 2. Você é envolvido/ orientado/ estimulado/ incentivado pelos profissionais de enfermagem para participar da administração de medicamentos? Descreva como a equipe de enfermagem lhe incentiva, orienta, envolve, estimula a participar da administração de medicamentos? 3. Descreva como você faz para não cometerem erros de medicação na sua internação; 4. Quais as facilidades e dificuldades para você se envolver na administração de medicamentos? (Apêndice I).

Após a realização de todos os trâmites éticos necessários para início da coleta de dados, o instrumento foi submetido a um teste piloto com 08 participantes que se enquadraram nos critérios de inclusão e estavam internados em unidades que não participaram do estudo. Thomas et al (2018) destacam a importância de realizar o teste piloto do instrumento, a fim de verificar se este encontra-se compreensível ao participante e se é capaz de exibir os resultados em conformidade com os objetivos do estudo, ou seja, que respondam às perguntas de pesquisa (Thomas; Oenning; Goulart, 2018).

Após aplicação, os achados e impressões foram avaliados pelas pesquisadoras para ajustes no instrumento. Os ajustes realizados no instrumento foram exclusivamente para adequar a linguagem das perguntas ao nível de compreensão do paciente. Os dados dos participantes do estudo piloto não foram incluídos nos resultados.

Antes das entrevistas foram consultados documentos da unidade utilizados na passagem de plantão, a fim de verificar a existência de relato de alteração do nível de consciência, assim como de pacientes em situação de isolamento. Os prontuários foram utilizados para confirmar os diagnósticos (termo médico), uso de medicamento,

registro de alteração do nível de consciência, tempo de internação e ou dados da caracterização geral do sujeito, motivos de isolamento entre outros).

Após a apresentação do pesquisador, os pacientes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e após o aceite foi realizada a leitura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE), realizados esclarecimento de quaisquer dúvidas (ao entrevistado) e assinatura do documento impresso em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador (APENDICEII).

As entrevistas foram conduzidas pela própria pesquisadora (mestre, “com doutorado em andamento”, experiência em pesquisa qualitativa, e treinamento para realizar entrevista). A mesma é pesquisadora da área de segurança do paciente e não possuía quaisquer tipos de vínculo com as unidades em estudo e ou com os pacientes.

As entrevistas duraram cerca de 20 minutos e foram realizadas de forma presencial, individual, à beira leito, já que a maioria absoluta estava acamada, com restrição de movimentos, necessitando de repouso, em uso de acesso venoso, bombas de infusão e ou outros dispositivos. Foram realizadas nos turnos matutino, vespertino e noturno.

Os acompanhantes foram solicitados a aguardar fora do quarto durante a realização da coleta dos dados. Sempre que a equipe de saúde ou outros entravam no quarto o pesquisador pausava a entrevista para preservar a privacidade do entrevistado.

O registro das falas foi feito de forma manual e imediata (via smartfone), em seguida a entrevistadora fez a leitura verbal para que os participantes fizessem a verificação e garantissem a credibilidade das informações coletadas. A opção pelo registro manual ocorreu pelo fato de que no piloto do estudo todos os participantes manifestaram receio de que suas falas pudessem ser identificadas e assim fossem prejudicados/punidos de alguma maneira pela instituição, mesmo após garantia total por parte do pesquisador, de anonimato em relação aos participantes.

Estudo realizado por Silva et al (2006), aponta que de fato existem evidências de que o uso do gravador pode inibir os participantes da pesquisa.

A coleta foi finalizada após o pesquisador identificar que as falas dos participantes começaram a se repetir, critério que foi determinante para interrupção da coleta e configuração do tamanho da amostra.

4.6 Análise dos dados

Os dados relacionados à caracterização geral dos participantes foram editados utilizando o Excel. A interpretação dos resultados das questões subjetivas seguiu o pressuposto da análise de conteúdo de Bardin. As entrevistas foram organizadas e em seguida analisadas manualmente pelos pesquisadores de acordo com o pressuposto da análise de conteúdo e incluiu as etapas de pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Bardin, 2016).

A pré-análise iniciou-se no momento em que o pesquisador deparou-se com o “conteúdo da coleta”, em seguida foi realizada a organização dos dados: transcrição na íntegra das entrevistas, seguida de leitura flutuante, para organização das idéias por significados (padronização e classificação por equivalência) e para posterior análise minuciosa das falas e interpretação dos achados.

Em seguida os achados passaram pela fase de exploração do material, as frases em destaque foram identificadas e sintetizadas, em busca de compreendê-las para a elaboração de hipóteses e temas que atendam aos objetivos a partir dos achados. E por fim, na última fase da análise de conteúdo, as frases em destaque nas falas foram agrupadas e hierarquizadas de acordo com os temas que emergiram, os resultados obtidos e interpretados para que estes fossem significativos (falantes) e válidos, atendendo o objeto do estudo, assim emergiram as categorias temáticas.

Os dados encontrados foram classificados para identificação do nível de envolvimento do paciente na segurança da medicação e dos fatores que dificultam o envolvimento dos pacientes a partir do instrumento proposto por Kim *et al.* (2018) e Carman *et al.* (2013). A revisão por pares foi realizada pelos 03 pesquisadores participantes do estudo (pesquisadoras da área de segurança do paciente de longa data, sendo 02 doutoras e 01 doutoranda), que discutiram os dados encontrados.

Durante toda a coleta e análise dos dados os pesquisadores prezaram pela garantia da reflexividade em relação aos dados.

4.7 Aspectos éticos

O projeto desta pesquisa foi vinculado ao Grupo de Estudos em Gestão e Recursos Humanos em Saúde Enfermagem (GERHSEn) da Faculdade de

Enfermagem (FEN/UFG), seguiu as recomendações da Resolução 466 do Ministério da Saúde (2012). Esta pesquisa também está respaldada pela Lei nº 14874, de 28 de maio de 2024, que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (Brasil, 2024). O projeto foi encaminhado para apreciação da Secretaria de Estado da Saúde. Após autorização (Anexo II), foi anexado na Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Universidade Federal do Tocantins (UFT) e aprovado sob parecer nº 5.348.969 e CAAE nº 54377621.1.0000.5519 (Anexo I). Após todas as autorizações necessárias, o projeto foi apresentado à Coordenação de pesquisa do hospital e ao Núcleo de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente, para suas ciências. As unidades foram informadas sobre a presença dos pesquisadores que só tinham autorização para permanecer no local nos dias e horários preconizados.

Para manter o sigilo os pacientes foram identificados pela letra E seguida da sequência numérica de realização das entrevistas. Ao finalizar, nem o próprio pesquisador é capaz de identificar os pacientes que participaram do estudo.

A participação foi voluntária. Os dados estão guardados no banco de dados do pesquisador, com acesso restrito à pesquisadora. Os participantes foram informados que a qualquer momento poderiam desistir da pesquisa e solicitar a retirada de seus dados.

5. RESULTADOS

5.1. Caracterização dos participantes

Participaram da pesquisa 64 pacientes usuários do serviço de saúde. A maioria dos participantes é do sexo masculino 46 (72%). Quanto à faixa etária, 16 (25%) têm entre 31 e 40 anos e 14 (22%) têm mais de 61 anos. Em relação ao nível de escolaridade, 43 (67%) cursou o ensino fundamental e 02 (3%) não foram alfabetizados. Quanto às atividades profissionais exercidas pelos participantes se destacaram: lavrador com 12 (19%), aposentado 05 (8%).

Em relação à procedência, a maior parte dos participantes, 35 (55%) são provenientes do interior do estado do Tocantins, sendo a maioria dos municípios de Aparecida do Rio Negro e Confresa, 29 (45%) eram de Palmas, capital do estado.

Dentre as comorbidades prévias à internação, a maior parte dos participantes, 40 (63%) dos participantes, não referiu algum tipo de patologia, 24 (37%) citaram ter pelo menos uma comorbidade sendo, 19 (30%) Hipertensão Arterial Sistêmica, 05 (8%) cardiopatias, 4 (6%) diabetes Mellitus. Quanto ao motivo da internação, a maioria 34 (53%), referiu lesões traumáticas, seguidas de 08 (13%) câncer, 07 (11%) insuficiência renal e 07(11%). O tempo médio de internação foi de 22 dias. 01 paciente estava internado a 183 dias. Conforme os dados representados na Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos participantes do estudo.

Variáveis	Pacientes (N=64)	(%)
Idade (anos)		
> 20 anos	03	04
21-30	10	16
31-40	16	25
41-50	12	19
51-60	09	14
> 61	14	22
Sexo		
Masculino	46	72
Feminino	18	28
Escolaridade		
Não alfabetizada	02	03
Ensino fundamental	43	67
Ensino médio	12	19
Ensino superior	07	11

Variáveis	Pacientes (N=64)	(%)
Profissão		
Lavrador	12	19
Aposentado	05	07
Motorista	05	07
Vaqueiro	03	05
Pedreiro	03	05
Auxiliar de serviços gerais	03	05
Do lar	03	05
Outras	30	47
Procedência		
Palmas	29	45
Aparecida do Rio Negro	4	6
Confresa	3	5
Cristalândia	2	3
Fátima	2	3
Miracema	2	3
Ponte alta do Tocantins	2	3
Porto Nacional	2	3
Outras	18	29
Presença de comorbidades prévias		
Sim	40	63
Não	24	37
Comorbidades		
Hipertensão arterial sistêmica	19	30
Diabetes mellitus	04	06
Cardiopatias	05	08
Outras	36	56

Variáveis	Pacientes (N=64)	(%)
Motivo da Internação		
Lesões traumáticas	34	53
Câncer	08	13
Insuficiência renal	07	11
Outras	15	23
Tempo de Internação (dias)		
0-10	24	38
11-20	17	26
21-30	07	11
31-40	10	16
> 40	06	09

Fonte: Sistematização própria (2024)

5.2. Análise Qualitativa

A análise do conteúdo das entrevistas dos participantes possibilitou a codificação e criação de quatro categorias elaboradas a partir do pressuposto de Bardin (2016). Em seguida foram classificados os fatores que influenciam no engajamento (pacientes, organizações e sociedade) de acordo com a classificação de Carmam (2013).

Quadro 4 - Categorias elaboradas a partir do pressuposto de Bardin (2016), e classificação dos fatores que influenciam no engajamento de acordo com Carman (2013). Tocantins, 2024.

Categorias Temáticas	Unidades de Contexto	Unidades de Registro	Fatores que influenciam no envolvimento
1. Incidentes na administração de medicamentos, conceitos e vivências.	✓ Significado sobre incidentes no processo medicamentoso;	✓ Conhecimento sobre incidentes;	Organização: ✓ Gestão de pessoas

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vivências de incidentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação de incidentes pelos pacientes; ✓ Paciente como barreira para a ocorrência de incidente; ✓ Comunicação do erro pelos profissionais de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cultura organizacional ✓ Postura do profissional.
<p>2. Práticas assistenciais da equipe de enfermagem que potencializam ou fragilizam o envolvimento de pacientes na etapa de administração de medicamentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ações dos profissionais que potencializam engajamento; ✓ Ações dos profissionais que fragilizam o engajamento; ✓ Fatores relacionados a instituição; ✓ Fatores relacionados ao próprio paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Passando orientações sobre a medicação. ✓ Estimulando o engajamento e a participação do paciente. ✓ Realizando comunicação; ✓ Passando Informação sobre medicamentos em uso; ✓ Qualidade da assistência; ✓ Nível de conhecimento do profissional; ✓ Postura do profissional ✓ Suporte organizacional; ✓ Letramento dos pacientes; 	<p>Organização:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestão de pessoas ✓ Cultura organizacional <p>Pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cultura do Paciente ✓ Aprendizagem dos pacientes
<p>3. Estratégias dos pacientes para prevenção de incidentes na etapa de administração de medicamentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Questionando sobre as medicações; ✓ Atenção ao procedimento de administração de medicamentos; ✓ Se omitindo de participar. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Perguntando sobre as medicações em uso; ✓ Prestando atenção o procedimento de administração de medicamentos; ✓ Confiando na equipe; ✓ Falta de conhecimento sobre medicamento; ✓ Desejo de não participar. 	<p>Organização:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestão de pessoas ✓ Cultura organizacional <p>Pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cultura do Paciente

<p>5. Vivências dos pacientes para sua segurança durante a administração de medicamentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Convivendo em ambientes seguros; ✓ Vivenciando a insegurança hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sentimento de segurança; ✓ Sentimento de insegurança; ✓ Confiando na equipe multidisciplinar; ✓ Recebendo orientações sobre a medicação; ✓ Melhorando o estado de saúde. ✓ Falta de comunicação; ✓ Medo de incidentes. 	<p>Organização:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestão; ✓ Cultura organizacional ; ✓ Postura do profissional.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: A autora

5.2.1 - Categoria 1. Incidentes na administração de medicamentos, conceito e vivências.

A categoria refere-se ao conceito de incidente que os pacientes têm formulado em seus pensamentos e às experiências de incidentes com medicação vivenciadas por eles durante o seu período de internação hospitalar.

Partindo do pressuposto de que as informações geram conhecimentos e são ferramentas que podem favorecer o envolvimento do paciente no uso seguro de medicamentos, buscamos identificar qual o conceito de incidentes que estes têm formulado em seus pensamentos.

Assim os pacientes, usuários do serviço de saúde, foram questionados com relação à compreensão de incidentes na administração de medicamentos e nas suas falas abordam falhas na medicação como o uso inadequado do medicamento, troca de paciente, falhas técnicas, falha em relação à dose, ao horário, falta do medicamento na instituição, a manifestação de reações adversas, a prescrição de medicação inadequada ao problema de saúde e falhas na comunicação.

“É quando têm a prescrição no papel e a enfermeira aplica em outra pessoa. A enfermeira, técnica têm que conferir no prontuário o leito e saber direitinho” (E5)

“E quando eles colocam algo que não eram para você tomar, ou confundem o medicamento e trazem algo que não era para você” (E 63)

“É tipo, o Drº passar o remédio certo e eles “ os técnicos”, pegam o remédio errado. Aí dá o erro” (E60).

“É dar as medicações erradas e a pessoa passar mal, falta de atenção” (E47).

“Erro de medicação é o seguinte, é me dar um medicamento que não é meu, é para outro paciente ou me dar um medicamento que não é para o meu problema” (E29).

“O erro de medicação e não dar o remédio no horário certo. Ou então confundir o remédio e dar o remédio errado” (E57).

“Eu acho assim, é erro se o médico prescrever o medicamento e enfermeira fizer outro, trocar a medicação; também é quando o paciente tem alguma comorbidade, têm problema de saúde e o médico não solicita exames e passa qualquer medicamento. Aí é um erro fatal a pessoa pode até morrer devido a este medicamento errado ou ter alguma sequela” (E33).

“... é tomar a medicação que não precisa, não trocar quando não está adequada. É não tomar o medicamento certo” (E43).

“Existem vários tipos, a pessoa não pergunta se têm problema com aquela medicação, ou uma medicação que te faz mal, eles não avisam” (64).

“É dar um remédio para a gente que faz mal. As vezes o medicamento é errado e faz mal” (E23).

“Um erro e quando você interna e acaba fazendo a medicação que você é alérgica. Ou o médico passa medicação errada, ou o médico passa a medicação e o profissional faz na pessoa errada” (E3).

“E falta de comunicação entre o paciente o médico o enfermeiro, entre o sistema de saúde” (E36).

“Seria, erro na quantidade, troca de remédio é...! mesmo o médico pode passar remédio errado. Tipo eu tomei tramal e tinha alergia e não sabia” (E31).

No que diz respeito à vivência do incidente em suas experiências, predominantemente os pacientes informaram que nunca vivenciaram incidentes relacionados à medicação, os demais sujeitos relataram a ocorrência de falhas de processo e de administração de medicamentos propriamente dita.

Os incidentes conhecidos como near miss, eventos adversos potenciais em que de fato o erro ocorreu, porém foi interceptado em tempo de não atingir o paciente, foram citados como erros de medicação. Os destaques foram: troca de medicamentos, troca de pacientes, falhas técnicas.

“...no dia que dei entrada para a consulta, entrou uma senhora diabética e trocaram as fichas. Iam fazer em mim a medicação que era dela. Eu perguntei que medicamento é? ela falou que era para diabetes, eu falei que não tinha diabetes e acabou não fazendo” (E3).

“... ela trocou os vidros de remédio o remédio era o mesmo. Aí ela foi e destruiu. O outro colega que viu ficou apavorado. Trocou só os nomes. Não teve consequências” (E21).

“... eles vieram com um remédio e era outro, foi destruído, a funcionária percebeu antes de fazer” (E24).

“... A enfermeira levou uma medicação para outro paciente e deu para eu tomar, aí eu vi que era para outro paciente. Ainda bem que eu estava atenta. Não cheguei a tomar, estava com o nome de outra pessoa, eu avisei, ela tomou um susto e pegou de volta e foi levar para a paciente certa. Outro dia a enfermeira ia colocando um soro que não era para mim, eu percebi e perguntei, já vai trocar o soro novamente? aí ela viu que era para outro e deixou o que estava, tinha acabado de colocar” (E29).

“Ela me deu o comprimido eu pedi água ela me entregou o litro de álcool do quarto. Eu não tomei dei fé na hora” (E59).

“...colocaram um soro que não era para mim. Eu vi que não era meu nome aí eu falei e ela tirou. Não cheguei a tomar. Não teve nada tirou logo” (E16).

Os relatos dos participantes evidenciaram ainda a ocorrência de incidentes sem danos, tais como: troca de nome de paciente, de horário e omissão.

“... uma vez começou a correr um medicamento que tinha o nome de outra paciente. Eu percebi, a enfermeira tirou e pediu desculpas. Se eu não estivesse atenta tinha tomado medicação de outra pessoa” (E43).

“... o médico passou omeprazol na veia para ajudar na úlcera. Ontem quando a técnica veio aplicar o soro eu perguntei sobre o omeprazol

das seis horas e ela falou que eu já tinha tomado e eu não tinha tomado; estava no prontuário que sim. Eu cobrei e fui tomar na tarde. Hoje quando a enfermeira veio fazer eu perguntei e o Omeprazol? a técnica falou que estava checado também, tomei as oito e cinquenta depois que a coordenação ligou para a moça que estava responsável por mim” (E25).

“Eu passei o dia todinho sem a tomar a medicação. Aí no final do dia passaram avisando que o relatório estava desorganizado na troca do turno da noite para o da manhã. Ninguém durante o dia fez a visita. Tomo dipirona 4 vezes dia e o clexane uma vez a tarde. Só fui tomar a noite” (E38).

Os participantes relataram também eventos adversos na administração de medicação, os incidentes foram: falhas na monitorização de injetáveis.

“Eu fui tomar um antibiótico e ele correu rápido. Me deu um choque, um frio, eu não estava sentindo nada antes. Aí a enfermeira veio e disse que era por causa do acesso venoso velho. Aí me deram um soro na veia e melhorei de imediato” (E27).

“...o soro correu rápido eu tive tremedeira, dor no corpo, juntas e nervos. Eu fechei de imediato e pedi para ver minha pressão, estava alta. Estava 150x90. Não sou hipertenso” (E 58).

Em relação à comunicação de incidentes vivenciados pelos participantes, ficou evidente que tal prática não é comum na instituição e que não existe um protocolo para realização do “*disclosure*”.

Entretanto, os pacientes que vivenciaram incidentes foram informados de modo informal de sua ocorrência, sendo a enfermagem citada como a categoria profissional que esteve presente em todos os informes.

“A enfermeira veio me comunicar que tinham passado os quartos errados pra ela, estava cuidando de outros pacientes e não de nós” (E38).

“... se eu não fosse atrás ficava prejudicando. Tinha que ter um mecanismo para o paciente confirmar. Para não ficar no impasse” (E25).

“... trocou meu nome no receituário. Não aplicou nem nada. Não teve nenhuma consequência. A enfermeira me comunicou” (E46).

“O profissional pediu perdão porque viu que o medicamento correu rápido” (E27).

“A médica veio me pedir desculpa é a profissional saúde também” (E3).

“Ninguém falou. Eu vi que o nome do remédio era outro” (E 24).

Neste estudo os pacientes foram capazes de conceituar incidentes, identificar a ocorrência de possíveis eventos adversos e de prevenir e ou mitigar as suas complicações. Apesar de conceituar incidentes, de modo individual, eles predominantemente tendem a associá-los a um único fator causal. Vale enfatizar a importância da educação em saúde junto aos pacientes hospitalizados; já que a aquisição de informação constitui um avanço que pode potencializar o envolvimento do paciente nas práticas assistenciais.

5.2.2 - Categoria 2. Práticas assistenciais que potencializam ou fragilizam o envolvimento de pacientes na etapa de administração de medicamentos

A categoria trata das práticas assistenciais relacionadas à administração de medicação que são desempenhadas pela equipe de enfermagem e que podem potencializar ou fragilizar o envolvimento dos pacientes na administração de medicamentos.

Os pacientes entrevistados relataram que os profissionais de enfermagem utilizam pelo menos uma prática assistencial que facilita o seu envolvimento na segurança da administração de medicamentos. Os fatores destacados como

potencializadores têm relação com a cultura organizacional, postura do profissional e do paciente, as quais são: comunicação, relato de reações adversas, relato de eventos adversos relacionados à terapia medicamentosa e questionamentos sobre as medicações. Alguns participantes não souberam informar nenhuma estratégia que pudesse facilitar o seu envolvimento.

Os relatos descritos destacam o fator comunicação como potencializador no envolvimento do paciente no cuidado durante a administração de medicação. A comunicação também transmite sensação de segurança ao paciente.

“É explicar por que está tomando o remédio e para que eles servem. Eles explicam e têm muita paciência com a gente”. (E15)

“Ter acessibilidade, eles passar informações antes de te aplicar”. (E64)

“A boa comunicação dos profissionais de saúde. Gosto que todos que vieram aqui tratam a gente como pessoa, como humano é muito bom...” (E3)

“Eles incentivam a tomar o remédio certinho. Se fizer errado a gente não se sente bem”. (E24)

“Ter interação e comunicação da equipe da equipe de enfermagem, que é com quem a gente tem mais contato”. (25)

“Falam que têm que tomar na hora certa, para que serve o remédio. Alguns falam”. (E59)

“...Sempre elas chegaram elas falam qual remédio ou vou tomar se é da pressão ou se é para outras coisas. Têm equipe que trabalha por amor e carinho, aí facilita”. (E22)

“las falam assim este remédio aqui é para estômago, febre, antibiótico, o horário do próximo. Que qualquer coisa que eu sentir é para chamar e comunicar”. (E27)

“No começo, sim orientam. Agora eu já sei para que serve o remédio. Aí só quando muda eles falam qual é o remédio é quando aumentam a dosagem”. (E57)

“Quando falam das medicações, eles esclarecem as dúvidas que existem, trocam e tira dúvidas”. (E5)

“Eu pergunto o que é isso aí e para que serve? Quando eu vejo que vai me prejudicar eu não tomo. Não sou obrigada a tomar”. (E31)

“Eu pergunto, se não dá efeito colateral igual já aconteceu antes; se for uma medicação nova”. (E56)

“Eu pergunto qual é a medicação...quando não fala eu tomo a iniciativa de perguntar”. (E19)

“Eu estou confiando aí é só você dar o braço para ele. Eu sempre pergunto. Algumas não falam”. (E13)

Alguns relatos evidenciam que os profissionais de enfermagem orientam os pacientes sobre o uso da medicação, a observarem e relatarem a ocorrência de reações adversas, alergias, e também explicam o resultado do uso do medicamento durante a terapia medicamentosa. Tais orientações foram citadas como estratégias que potencializam o envolvimento do paciente na prática assistencial durante a permanência no ambiente hospitalar.

“Eles pedem para informar se sentir mal, se o remédio não está dando certo, se tiver reação alérgica”. (E35)

“Às vezes, eles pedem para tomar cuidado com o soro quando for ao banheiro para não perder o ponto de acesso e se tiver alguma reação ir lá avisar”. (E13)

“Pede para a gente se abrir sobre o que está sentindo. Se sentir qualquer coisa falar com eles. Para tomar o remédio em dias, na hora certa” (E42).

“Eles chegam e falam é o medicamento tal para a paciente tal. Pedem para falar se estiver sentindo qualquer coisa” (E45).

“Eles perguntam como estou, se eu sentir mal após tomar o remédio é para avisar para elas, explicam tudinho. Todos os remédios que vão dar explicam”. (E48)

“Eles falam, eu estou colocando um dipirona na veia, um antibiótico tal. Falam qual é o medicamento. Algumas falam estou aplicando dipirona para dor. Se sentir algo comunicar para eles. Perguntam se tem alergias”. (E63)

“Eles pedem para perguntar sempre que for administrar um medicamento. Por que estou tomando o medicamento tal?”. (E14)

Os pacientes também citaram fatores relacionados a aspectos da organização da estrutura institucional e de seus recursos humanos que potencializam ou fragilizam o seu envolvimento no processo assistencial durante a hospitalização:

“Organização dos relatórios para não deixarem de vir visitar a gente e passar as orientações”. (E38)

“Às vezes por ter contato pessoal há muito tempo isso facilita. O contato está acima de qualquer coisa. Quanto mais contato mais fácil fica” (E28).

“Deve vir da parte deles. Prestar atenção no prontuário e não deixar as coisas passarem. “Quando se trata de doenças de um dia para o outro é muita coisa...” (E58)

“... Eu acho que tem que ser comunicativos dar abertura até para as pessoas tímidas”. (E41)

Algumas falas destacam que não existe um ambiente institucional propício para o engajamento dos pacientes e incentivo para que sintam confiança necessária para envolverem-se ativamente no processo de administração de medicamentos.

“Eu vejo assim, existem dois extremos atenuantes, têm profissionais excelentes aí troca o plantão e já prejudica. Têm funcionários que transmitem confiança outros não... na verdade, eles não gostam que perguntem nada. Parece uma ofensa ou falta de confiança na equipe”. (E25)

“Achar liberdade para ser aberto e perguntar alguma coisa, para falar alguma coisa”. (E51)

“Incentivo da parte deles. Eu sou leigo na coisa e com o incentivo deles a gente interage melhor”. (E54)

“Eles só chegam e falam que têm que fazer a medicação, alguns nem o nome falam.” (E7).

Foram mencionados pelos pacientes fatores que fragilizam o seu envolvimento: a postura do profissional e a comunicação, especialmente no acolhimento durante a prática assistencial.

“É quando já vêm atender com ignorância não sabe falar com a gente. Aqui têm pessoas boas para atender e já tem outros que são grosseiros”. (E22)

“Quando é fechado ao diálogo dificulta, e na correria do dia a dia, eles explicam e a gente não aprofunda na pergunta no questionamento por ver que estão na correria. (E29)

“A pessoa tem que dar vazão para a gente questionar. Eu acho que eles deveriam estar passando informações. São duas na equipe de plantão, deveria ter um tempo para orientar e explicar... orientar sobre os medicamentos, tem gente leiga. Deveríamos ser mais esclarecidos neste sentido”. (E33)

“Eu queria que umas não fossem assim valentonas, a gente se sente meio invadido na hora”. (E56)

“Eu acho que têm muitos técnicos e enfermeiros que são mal-humorados e você não se sente aberto para perguntar. Eu acho complicado. A maioria te trata como um nada, não têm paciência”. (E63)

“Tem gente que é carismática, outras não então você fica receosa”. (E47)

“Alguns enfermeiros serem arrogantes”. (E32)

“Falta de coragem. Têm umas que vem trabalhar desanimada e com preguiça”. (E30)

“Eu acho que tem que ter uma boa conversa, é um entrosamento de quem cuida com você. Você tem medo de perguntar é dar mal resposta”. (E63)

“A gente fica com medo de pergunta e eles acharem ruim”. (E42)

“...Para não ser invasivo. E para evitar criar um mal-estar ou desentendimento com a pessoa que está te atendendo”. (E25)

Os participantes também citaram fatores relacionados à organização institucional no tocante aos quantitativo de pacientes internados, dimensionamento de pessoal, carga de trabalho profissional, déficit de insumos e relações interprofissionais que podem fragilizar a comunicação e conseqüentemente, o seu envolvimento na medicação.

Os relatos expressam a presença dos fatores referidos.

*“Falta de tempo dos profissionais, elas falam que tem muito paciente”.
(E18)*

“...às vezes o remédio chega mais tarde ou cedo. O tempo é curto, as vezes faz e já vai saindo para outro lugar. (E24)

“A falta de abertura, que dificulta, tem dia que elas estão aperreadas aí. Um dia destes tinham só duas”. (E35)

“Falta de abertura da equipe. Não tem contato da equipe. Acho que isso é da cultura... Na verdade, eles não gostam que perguntem nenhum pouco. Parece uma ofensa ou falta de confiança na equipe” (E25).

“... é a correria do dia a dia, eles explicam e a gente não aprofunda na pergunta no questionamento por ver que estão na correria”. (E29)

“Tipo assim, as coisas aqui dentro são limitadas. Mais o que faz com o SUS é uma crueldade. Ela a enfermeira falou para eu ter cuidado com o acesso porque não têm no hospital. Tipo assim, se sair o acesso vai ficar sem medicação”. (E4)

“Existe dificuldade de comunicação: do médico com a enfermagem, escriturário... entre profissionais. Dá para perceber que têm muita omissão”. (E58)

“Eles não têm tempo para falar alguma coisa eu nunca conversei com o enfermeiro. Só pergunta se está bem? eu respondo. Acho que estão cansadas. Falta atenção com o paciente. Vem só para dar a medicação. Só os estagiários e assistente social que perguntam”. (E43)

Foram relatados fatores relacionados à postura do paciente que pode fragilizar o seu envolvimento no processo medicamentoso, tais como: timidez, falta de interesse em participar, o próprio processo de adoecimento, assim como as próprias limitações decorrentes da internação.

“Falta de interesse da minha parte. A minha confiança, faz com que eu não entre em detalhes”. (E62)

“Eu não sou de investigar, perguntar fico no meu canto. Eu me ajudo o suficiente para não perguntar”. (E49)

“É a gente fica calado com uma dúvida e não pergunta nada”. (E50)

“Ficar calado dificulta, gera constrangimento. (E41)

“O psicológico de estar vários dias na cama, todos os dias na cama, a pausa na vida para estar curando determinada doença. Se não tiver psicológico a gente entra em depressão”. (E37)

“O ser humano por si próprio já é acomodado, ainda mais quando está enfermo. Aí só vai se tocar de alguma coisa quando acontece”. (E56)

Foi possível observar que algumas das práticas recomendadas nos protocolos nacionais e internacionais para administração segura de medicamentos foram apontadas pelos pacientes de “modo intuitivo”, como fator que transmite segurança em relação ao uso de medicamentos, sinalizando que estes reconhecem a importância do profissional sempre utilizar tais recomendações para prevenção de incidentes relacionados à medicação e que estão capacitados para realizar tal tarefa.

Para que o paciente se sinta encorajado a se envolver no processo de uso seguro de medicamentos é importante que o profissional propicie esta oportunidade.

Fica evidente que nem todos que atuam na instituição realizam ações capazes de potencializar a participação ativa do paciente na administração de medicamento e que algumas práticas assistenciais realizadas podem inclusive fragilizar o envolvimento dos pacientes. Não foi possível identificar que existe um ambiente institucional propício ao envolvimento do paciente. Para minimizar os danos dessa realidade, os pacientes tentam ações para promover a sua inserção no tratamento e evitar possíveis incidentes relacionados às práticas assistenciais

5.2.3 - Categoria 3. Estratégias dos pacientes para prevenção de incidentes na etapa de administração de medicamentos

A categoria aponta as estratégias pessoais dos pacientes durante a sua permanência no ambiente hospitalar para envolverem-se na etapa de administração de medicamentos, com a finalidade de prevenir incidentes relacionados à medicação. Essas estratégias são condutas espontâneas e proporcionaram oportunidade para o paciente participar do seu cuidado, na etapa de administração de medicação. As estratégias relatadas foram: questionar sobre a medicação, demonstrar atenção aos procedimentos; alguns dos entrevistados citaram que utilizam mais de uma estratégia (questionam e observam).

Alguns dos participantes relataram que ficam atentos ao procedimento de administração de medicamentos, a fim de identificar algumas falhas no processo e prevenir incidentes.

“Eu sempre fico prestando atenção em qual é o remédio que eles vão me dar ...” (E59)

“Eu olho logo para ver se não têm algum remédio estranho no meio e só depois tomo”. (E49)

“Eu observo, presto atenção. Na maioria das vezes eles falam, e eu já sei qual é o remédio”. (E63)

“Eu fico prestando atenção quando elas chegam, eu vou perguntando qual o nome do remédio e se é para mim mesmo. Porque todos têm o nosso nome e o leito”. (E16)

... Eu observo bem o que estou tomando... Porque está com meu nome, eu pergunto sempre.” (E43)

“Eu pergunto que remédio é, fico de olho. É aí que acontece os erros a falta de atenção da gente também”. (E3)

As falas dos participantes também revelaram que alguns deles não utilizam estratégias pessoais para garantir a sua segurança, possivelmente por falta de conhecimento para questionar, confiança na equipe e medo de gerar desentendimento com o profissional.

“Eu só tomo, eu não sei para questionar quem têm que entender”. (E53)

“Faço nada. É orientado pelos médicos a gente confia”. (E51)

“Eu penso o seguinte, se eles estão me dando o remédio eles sabem para que vai servir. Não pergunto”. (E52)

“Não faço nada. Para não ter desentendimento com o profissional”. (E6)

“Eu faço nada. Chegam com o trem na mão, eu peço a Deus para que façam o certo”. (E41)

“Eu os deixo fazer. Faço nada. Se eles errarem eu estou ferrado”. (E42)

Fica evidente que os pacientes são capazes de desenvolver estratégias pessoais para envolverem-se na administração de medicamentos, a fim de reforçar a sua sensação de segurança. Tais ações além de contribuir diretamente para sua segurança, apontam que estes podem estar mais favoráveis a aceitar as práticas assistenciais de envolvimento/engajamento realizadas pela equipe de enfermagem.

Vale enfatizar que alguns pacientes relataram inseguranças para envolverem-se na segurança da administração de medicamentos, sensação fortemente influenciada por falta de conhecimento sobre medicamentos. Assim, é importante reforçar a importância do letramento em saúde (base do envolvimento) para que estes sintam-se confortáveis e capacitados a participar da segurança da medicação.

5.2.4 - Categoria 4. Vivências dos pacientes para sua segurança durante a etapa de administração de medicamentos

Esta categoria busca identificar as vivências dos pacientes quanto a sensação de segurança no ambiente hospitalar em relação ao uso de medicamentos e quais os fatores que lhe transmitem tal segurança.

Nesse sentido, os participantes da pesquisa predominantemente relataram que sentem-se seguros durante a administração de medicamentos e confiam no trabalho

da equipe multiprofissional. A confiança está relacionada ao entendimento de que as pessoas estão devidamente qualificadas para realizar assistência à saúde e por não manifestarem reações adversas aos medicamentos.

“... Os médicos são confiáveis é... as técnicas que vem aplicar os medicamentos faz da melhor forma”. (E4)

“... Não é possível que eles vão fazer remédio errado, eu confio na equipe.” (E17)

“...As pessoas fazem as coisas certinhas os enfermeiros, técnicos...” (E24)

“Elas vêm, e têm o nome certinho quando elas vêm fazer na gente, isso para mim me dá segurança.” (E34)

“Porque eu estou no meio dos profissionais de saúde. Confio no profissionalismo, a saúde brasileira está mais evoluída.” (E 42)

“A gente senti confiança... Porque eu vejo competência no atendimento”. (E54)

“Eu acho assim, que em todas as áreas as pessoas que estão aqui devem ter feito um treinamento aí eu sinto segurança”. (E13)

“As enfermeiras parecem que já são bem capacitadas, tem bastante tempo de serviço. Apesar de que errar é humano. (E62)

“Porque eu não passo mal com eles e a medicação e passada por uma médica que eu senti competência”. (E56)

“Não é possível que elas vão errar. Confio nos profissionais”. (E21)

Ao procurar uma instituição de saúde é desejado que o indivíduo recupere o seu estado de saúde. Alguns dos participantes destacaram que a melhora clínica decorrente do tratamento medicamentoso desperta a sensação de segurança em relação ao uso dos medicamentos.

“... A gente usa medicamentos para tratar determinadas moléstias. Aí se você sente uma dor e faz o medicamento, aí você vê que resolveu a dor que você estava sentindo”. (E37)

“... A vontade de ficar bom. Está tomando o remédio está dando resultado se está doendo alivia”. (E46)

“Porque estou sentindo bem, estou me tratando. Não estou sentindo mal.” (E (E47)

“Porquê da forma que cheguei eu não andava e agora estou bem”. (E 53)

Outros entrevistados também relataram inseguranças em relação à administração de medicamentos e tais inseguranças têm relação direta com a falta de informação, de comunicação, falta de melhora clínica e medo de incidentes.

“... não, eles chegaram botam o remédio e não perguntaram. Porque para mim têm que perguntar. Ela tem que falar, este remédio aqui é para tal coisa. O certo é ela falar o que é”. (E11)

“Não me sinto seguro. Eu não sei o que estou bebendo, eles têm que falar é para dor, para que serve...”. (E23)

“Às vezes. Eu tenho medo de dar remédio errado para mim é eu morrer, passar mal”. (E30)

“Não. Porque tipo... os remédios não estão fazendo efeito em mim, eu já pedi para trocarem e ainda não trocaram. Para o médico, ele enrolou e esqueceu. Na maioria das vezes é assim aqui”. (E36)

“Cem por cento não! Eu sou um ser humano cético demais, eu desconfio de tudo, o ser humano é falho demais, uma hora pode errar”. (E32)

“...não. Tenho medo de ter uma falha do enfermeiro”. (E38)

“Eu tenho medo de estar tomando muito medicamento pelo tempo que estou internada. Tenho medo de melhorar uma coisa mais afetar outra”. (E63)

As falas exibem idéias que reforçam a importância da utilização dos protocolos para prática segura de administração de medicamentos, da educação continuada e da educação permanente para melhorar a qualificação dos profissionais de saúde. Instintivamente os pacientes tendem a confiar no trabalho da equipe da saúde.

A vivência dos participantes mostra que as estratégias de engajamento do paciente na etapa de administração de medicamentos estão voltadas às orientações relacionadas aos medicamentos, assim são classificadas no nível 1 da escala de engajamento proposta pela Kim (2018). Os pacientes recebem informações sobre seus medicamentos, mas não são orientados sobre como envolver-se em seus cuidados, ações estas que estão na base do processo.

Fica evidente que as práticas assistenciais apontadas pelos participantes do estudo não condizem com as ações que devem ser realizadas rotineiramente no hospital, conforme preconiza os protocolos nacionais (da ANVISA). Faltam orientações da enfermagem aos pacientes antes desta administrar as medicações, rotina que nem sempre é cumprida no cotidiano da instituição. Dessa forma, não é possível afirmar que essa prática é realizada com a finalidade de envolver os pacientes. Apesar de representar extrema importância para contribuir com o envolvimento do paciente no seu próprio cuidado, a falta de orientações deixa claro que o envolvimento do paciente não parece fazer parte da cultura institucional.

O estudo mostrou que os pacientes predominantemente reconhecem as ações que os profissionais desenvolvem para alcançar o seu envolvimento na segurança da administração de medicamentos, eles também percebem que tais ações nem sempre são realizadas da maneira correta e que são poucas as oportunidades que a instituição oferece para envolver o paciente na segurança da administração de medicamentos.

As várias barreiras encontradas relacionam-se principalmente às questões organizacionais de acordo com Carman (2013), fato que reflete a escassez de suporte organizacional para que os profissionais realizem as ações de envolvimento do paciente na segurança do cuidar durante a administração de medicamentos; esse suporte também não parece fazer parte da cultura institucional.

6. DISCUSSÃO

Os resultados encontrados apontam as principais experiências dos pacientes quanto as ações dos profissionais de enfermagem e experiências pessoais para promover o seu envolvimento no cuidado seguro na etapa de administração de medicamentos durante o período de internação hospitalar.

A maioria dos sujeitos internados eram do sexo masculino 72% e estudaram até o ensino fundamental 67%, como atividade laboral 19% eram lavradores e somente 3% eram professores; 55% eram procedentes do interior do estado do Tocantins. O tempo médio de internação foi de 22 dias, 01 paciente estava internado a 183 dias.

Estudo realizado por Fleck *et al.* (2021), que buscou analisar a percepção do paciente sobre a adesão dos profissionais de saúde às barreiras de segurança na administração de medicamentos identificou como tempo médio de internação 8,05 dias. Período bem inferior aos encontrados neste estudo.

O período de internação prolongado pode estar relacionado ao número significativo de indivíduos que relataram ser portadores de doença crônica antes da internação. Silva *et al.* (2018) identificou que os fatores contribuintes para a internação prolongada em sua maioria foram usuários que possuíam doenças crônico-degenerativas como diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, entre outras.

Os longos períodos de internação de pacientes em unidades hospitalares podem estar relacionados à presença de maior incidência de erros relacionados a assistência à saúde e eventos adversos (Barbosa *et al.*, 2021). Possivelmente os pacientes que experienciaram a hospitalização por longos períodos tiveram a oportunidade de observar as ações dos profissionais de saúde e conseqüentemente identificaram a ocorrências de maior número de incidentes. Isso também pôde favorecer a oportunidade ao indivíduo de submeter-se às ações realizadas pelos profissionais para envolvê-los na segurança da medicação.

O principal motivo de internação foi causas externas, tal achado pode ter relação com o predomínio de indivíduos do sexo masculino na população em estudo. Batista; Júnior; Dantas (2021), que buscaram caracterizar as internações hospitalares por causas externas ocorridas no Brasil, identificaram que ocorreram 1.240.252 internação,

sendo que a maioria destas foram de homens (67,5%), com faixa etária entre 20 e 29 anos (17,7%). No tocante à saúde do homem, Sousa et al (2020), identificou que entre as principais causas de danos à saúde e/ou a morte de homens destacam-se os acidentes automobilísticos e de trabalho, ambos classificados como causas externas.

Vale ressaltar que a Região Norte do país, diferente das demais regiões do Brasil que têm prevalência de morte por doenças crônicas não transmissíveis, teve um aumento significativo do número de morte por causas violentas (causas externas) no período de 2018 e 2020. O estado do Tocantins segue este padrão, entre os 107 municípios, 76,9% do total apresentaram médias acima da nacional no mesmo período sendo esta, de 23,2 de homicídios (Santos, 2024). Tais dados podem estar relacionados aos aqui encontrados.

Entre os participantes do estudo, alguns relataram presença de patologia prévia à internação, mas que não necessariamente foram os motivos de internação. Neste contexto foi identificado predominância de doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para as doenças cardiovasculares. Resultado que vai ao encontro dos dados do perfil de adoecimento e morte predominante nos últimos 20 anos na população mundial, com ênfase para as doenças cardíacas que permaneceram como a principal causa de morte em todo o mundo, representando 16% do total. A diabetes que também recebeu destaque é a nona causa de morte e lesões traumáticas a sétima, aumento predominante em indivíduos do sexo masculino (WHO, 2020). Estes dados podem sofrer alterações quando é levado em conta o nível de desenvolvimento econômico de cada país.

No que diz respeito à segurança do paciente hospitalizado, é notável que nos últimos anos os principais órgãos governamentais em níveis internacional e nacional, tenham atribuído grande importância e destaque ao tema. No entanto, tais ações ainda não foram capazes de gerar mudanças significativas na maneira de analisar os incidentes em saúde, sendo urgente incluir pacientes e familiares como sujeitos ativos na investigação (Vincent *et al.*, 2017).

Ainda neste contexto, os longos períodos de internação dos pacientes propiciam experiências necessárias para entender o serviço, com capacidade de apontar falhas e sucessos. O fator de inclusão dos pacientes e familiares na identificação e análise de

incidentes, poderá afetar profundamente o foco e os resultados das análises de ações voltadas para a segurança do cuidado (Vincent *et al.*, 2017).

Os resultados aqui identificados mostram que os pacientes foram capazes de identificar incidentes e intervir prevenindo a ocorrência de agravos. Estudo realizado por Villar; Duarte; Martins (2020), identificou que pacientes foram capazes de identificar incidentes, eventos adversos e fatores contribuintes na prática do cuidado, com destaque para os eventos relacionados à administração de medicamentos.

Estudo realizado nos Estados Unidos, também mostrou que os pacientes estavam dispostos a participar da sua segurança em relação ao uso de medicação e conseguiram identificar múltiplas discrepâncias de medicação, muitas delas com uma probabilidade de dano, mostrando que tais desconformidades eram frequentemente negligenciadas pelos médicos durante a reconciliação medicamentosa (Prey *et al.*, 2018).

Outro estudo realizado no Brasil por Arruda *et al.*, (2017), constatou que 80,0% dos pacientes relataram que são capazes de evitar erros durante o seu atendimento e a comunicação com a equipe foi apontada como estratégia para evitá-los.

Apesar dos achados identificar que os pacientes conseguiram trazer vários conceitos de incidentes relacionados à medicação, a maior parte possui uma visão limitada sobre o que é incidente em medicação (relacionando-os a um único fator causal) e quais os diversos fatores intervenientes para sua ocorrência.

Também parece existir um entendimento de que o erro está relacionado a ocorrência de danos (**eventos adversos**). De modo individual, não prevalece o entendimento de que os erros de medicação são complexos e multifatoriais conforme demonstra a literatura (Mascarello *et al.*, 2022; Santos; Rocha; Sampaio, 2019; Metelski *et al.*, 2023). A complexidade dos fatores que levam aos erros reforça a necessidade de aprimorar o repasse de informações sobre medicamentos e incidentes na instituição, condição intrínseca para o envolvimento do paciente na segurança da medicação.

Alguns pacientes não conseguiram conceituar incidentes ou falhas na administração de medicação, fato que pode decorrer da falta de conhecimento sobre medicação. Tal proposição, também está presente em outros estudos que mostraram que o nível de conhecimento dos pacientes sobre a utilização de medicamentos

prescritos ainda é baixo. Faltam conhecimentos sobre interações medicamentosas, reações adversas, tempo do tratamento e nome do medicamento, entre outros. Essa informação revela que os pacientes estão expostos a riscos e que é necessário realizar ações para melhorar o nível de informações sobre medicamentos os quais eles estão em uso (Feitosa *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2021).

Estudo realizado por Arruda *et al.* (2017), identificou que 20,0% dos pacientes manifestaram dificuldade em evitar erros durante o atendimento por falta de conhecimento, dificuldades em ler, falar e compreender o que os profissionais explicam. Tal situação também foi percebida nas falas de alguns dos participantes dessa pesquisa no que diz respeito à falta de conhecimento.

Melhorar o conhecimento do paciente sobre medicamentos é uma condição sem a qual não se pode obter os melhores resultados no tratamento desejado. Faz-se necessário implementar ações que propiciem um impacto relevante e positivo na educação do paciente, para que o mesmo possa contribuir na garantia de sucesso e segurança do seu cuidado durante o processo de administração de medicamentos.

O uso da reconciliação e informação, realizada pelos profissionais enfermeiros durante a internação são capazes de melhorar tanto o conhecimento dos pacientes quanto a segurança em relação ao uso de medicamento (Van Herpen-Meeuwissen *et al.*, 2022). A aquisição de conhecimento pode fortalecê-los como parceiros na segurança da medicação especialmente no ambiente hospitalar.

Os dados aqui encontrados mostraram que entre os pacientes que vivenciaram incidentes poucos foram informados sobre tais ocorrências e todas as notificações procederam de modo informal. A falta de um protocolo como o “*disclosure*” para informar sobre a ocorrência de incidentes relacionados à administração de medicamentos encontrado neste estudo, não é uma realidade isolada. O *disclosure* na saúde é um protocolo de comunicação de eventos adversos aos pacientes, como danos graves ou morte. Trata-se de uma ferramenta de transparência que visa a melhoria do sistema de saúde e a efetivação dos direitos dos pacientes (Ribeiro; Bertoldo; Kunz, 2021).

Estudo realizado por Arruda *et al.* (2017), identificou que 97,0% dos pacientes gostaria de ser informados sobre a ocorrência de erros durante o atendimento, mesmo

que não causasse danos. E 80,0% deles apontou que erros podem ser evitados durante o seu atendimento.

Façanha; Machado; Garrafa (2022), destacam que no Brasil o *disclosure* não é uma prática reconhecida, nem mesmo nas normativas vigentes que visam a segurança do paciente.

No cenário internacional o *disclosure* também não recebe a devida atenção da comunidade científica e das instituições de saúde; sendo que poucos países no mundo realizam tal prática de modo sistematizado, por meio de protocolos (Ribeiro; Bertoldo; Kunz, 2021). A baixa implementação institucional do *disclosure* é reflexo da objetificação do paciente e da injustiça epistêmica nos cuidados em saúde (Albuquerque, 2022).

Nas instituições de saúde o *disclosure* deve ser incorporado à cultura institucional, deixando de ser visto apenas como um processo norteado por etapas. Vale destacar que esta ferramenta poderá impactar no envolvimento do paciente, já que é capaz de aumentar a confiança do paciente/familiar em relação à instituição de saúde. Ela também contribui para a melhoria na qualidade do cuidado em saúde, mitiga a culpa dos envolvidos e promove a rápida compensação financeira dos pacientes (ALBUQUERQUE, 2022).

É necessário muito trabalho antes de podermos ter certeza de que sempre que os pacientes forem prejudicados durante seus cuidados de saúde, receberão uma resposta eficaz (Gallagher; Hemmelgarn; Benjamin, 2023). É preciso melhorar a comunicação com os pacientes nas diversas etapas de assistência à saúde.

A comunicação é essencial para o estabelecimento das relações pessoais e aplica-se perfeitamente à relação profissional/paciente. A comunicação efetiva é uma ferramenta que deve ser favorecida pela gestão do serviço. Ao disseminar informações é possível reduzir os riscos e danos irreversíveis decorrentes da assistência à saúde para que sejam alcançados melhores resultados em relação à segurança do paciente (Sousa *et al.*, 2020).

Os relatos dos participantes evidenciam que tais informações sobre medicamentos nem sempre são transmitidas, apesar de serem citadas por estes como um dos principais facilitadores para seu envolvimento na segurança da medicação.

Infelizmente a propagação dessas informações não constitui prática rotineira nas unidades. As falhas em relação a comunicação aqui identificadas contrariam os protocolos descritos como padrão para a administração de medicamentos. Ao administrar medicamentos é importante seguir o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos da ANVISA, cujo manual deve ser utilizado como guia para a prática segura no uso de medicamentos em todo o território nacional. Ele orienta e determina o seguimento dos nove certos da medicação: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, forma certa, **orientação correta** e reposta certa (ANVISA, 2013b).

É evidente que não existe adesão total às recomendações para administração segura de medicamentos, principalmente no que diz respeito à orientações sobre a medicação, como confirmar nomes, entre outras práticas para assegurar o cuidado seguro. Apesar desses protocolos básicos serem observados pelos pacientes-famílias, nem sempre são seguidos pelos profissionais, incorrendo em riscos para a segurança da assistência, quando importantes barreiras de segurança não são lembradas ou são ignoradas (Costa *et al.*, 2020a).

Esta realidade está demonstrada nas falas dos participantes que espontaneamente citam ações bem estabelecidas em protocolos, como fatores que podem proporcionar a sensação de segurança em relação a administração de medicamentos em ambiente hospitalar.

Vória *et al.* (2020), ao investigar a adesão das barreiras de segurança adotadas no preparo e na administração de medicamentos, identificou que houve rompimento de pelo menos uma das barreiras de segurança em todas as oportunidades de observação, sendo que em 76,3% das vezes ocorreu na etapa de administração de medicamentos. 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 (Fleck, 2021).

Pesquisa realizada por Fleck *et al.*, (2021), identificou que a maioria dos participantes reconhece que das quinze barreiras para a segurança na administração de medicamentos analisadas, oito nunca são aderidas pelos profissionais na percepção dos pacientes. Também foi identificado que 91% dos participantes afirma que nunca

receberam informações sobre estratégias de prevenção de erros na administração de medicamentos.

As falhas em relação a orientação/comunicação dos profissionais de saúde com o paciente, presentes nas falas dos participantes, podem implicar em menor adesão destes no que diz respeito ao seu envolvimento na segurança da medicação. A comunicação propicia a oportunidade de realizar e ou melhorar o letramento em saúde e constitui a base da pirâmide de engajamento, assim é considerada estratégia essencial para o envolvimento do paciente na segurança da medicação (Kim, 2018).

As orientações em relação ao uso de medicamentos devem ser realizadas sempre e por completo antes do profissional administrar um medicamento, devendo o mesmo informar: o nome do medicamento, indicação, posologia (ou outra informação), efeitos esperados (os que necessitam de acompanhamento e monitorização), a frequência com que será ministrado e o aspecto (cor e formato) do medicamento que está sendo administrado. Receber tais informações é direito do paciente (ANVISA, 2013b).

Vale destacar que a comunicação e a Informação são estratégias capazes de realizar profundas transformações no ambiente organizacional hospitalar e auxiliam na segurança do paciente e na redução de riscos (Aguilar; Mendes, 2016). Estudo realizado por Skagerström *et al.*, (2017), identificou que os enfermeiros reconhecem que o diálogo, a informação e a relação de confiança profissional paciente são fatores que favorecem o envolvimento do paciente no seu cuidado.

A aquisição de conhecimento, de informações claras e a comunicação estão positivamente associados ao envolvimento do paciente na segurança, já que o acesso à informação aumenta a autoeficácia e as percepções de risco, aumentando também a intenção de agir e a capacidade de monitorar e detectar erros (Ocloo *et al.*, 2021).

O acesso à informação facilita o envolvimento do paciente no seu cuidado já que é capaz de desenvolver a autoconfiança, autoeficácia e as percepções de risco, aumentando assim a capacidade destes para monitorar e detectar erros (Ocloo *et al.*, 2021). A confiança no tratamento pode ser adquirida por meio da informação, pois o fato do paciente compreender o que acontece na terapêutica proposta pode transmitir confiança na equipe e isso gera uma satisfação perceptiva ao receber o cuidado,

condição capaz de auxiliar como uma barreira na prevenção de erros (Arruda *et al.*, 2017).

Kim *et al.*, (2018), destacam que a educação e a reconciliação medicamentosa são as principais estratégias utilizadas para engajar o paciente na segurança em relação ao uso de medicamentos. O processo de envolvimento do paciente no seu cuidado inclui a aquisição de informações como etapa inicial do processo.

Vale salientar que a essência da reconciliação é a comunicação e as respostas dos participantes à pesquisa, demonstraram falhas em relação à comunicação e não evidenciaram ações de reconciliação.

A reconciliação de medicamentos é o processo formal no qual os profissionais de saúde fazem parceria com os pacientes para garantir a transferência precisa e completa de informações sobre medicamentos nas interfaces de atendimento. A reconciliação de medicamentos deve ocorrer nas interfaces de cuidados (admissão, transferência interna, alta) e em transições entre instalações, como hospitais de cuidados agudos, comunidade ou cuidados de longo prazo, onde o paciente está em alto risco de discrepâncias de medicamentos (WHO, 2014 p. 8).

A reconciliação garante que ocorra a comunicação precisa e eficiente entre os profissionais na transição do cuidado. Vale destacar que os pacientes representam o único fator constante no ciclo de cuidado em saúde, eles são movidos pelo sistema de saúde, portanto precisam estar envolvidos ativamente no processo assim como seus cuidadores e familiares para que detenham informações precisas sobre os medicamentos que estão em uso, a fim de prevenir eventos adversos (WHO, 2014).

Quando implementada adequadamente, a reconciliação de medicamentos torna-se uma ferramenta importante para evitar incidentes relacionados à medicação. Com ela, todos da equipe multidisciplinar: enfermeiros, farmacêuticos e médicos necessitam conhecer claramente o processo de trabalho (Silvestre; Junior, 2018). Estratégia esta que deve ter como elemento central o paciente.

Tobiano *et al.* (2023), destacam que é necessário aumentar a comunicação sobre medicamentos para promover uma participação mais ativa do paciente e por sua vez, alcançar resultados capazes de mitigar danos relacionados a medicamentos.

Os dados aqui encontrados revelaram que a comunicação é uma estratégia que pode facilitar ou criar barreiras para o envolvimento do paciente na segurança da

medicação, assim como a postura do profissional e a cultura organizacional. Os resultados estão coerentes com os da pesquisa realizada por Souza; Hoffmeister; Moura (2022). Estes, identificaram como facilitadores e barreiras ao envolvimento do paciente nos serviços hospitalares, a comunicação, atores do envolvimento e a cultura organizacional.

Uma revisão sistemática mista, realizada por Tobiano *et al.* (2019), identificou a partir da percepção dos pacientes, que os facilitadores da comunicação sobre medicamentos para envolvê-los na segurança da medicação são: estratégias de informação (profissionais de saúde fornecem informações e estimulam os pacientes a compartilhar informações durante as avaliações e a fazer perguntas) e estratégias de empoderamento (incluíam o treinamento do paciente para lidar com as barreiras à comunicação). O mesmo estudo identificou barreiras para a comunicação sobre medicamentos, que alguns pacientes desejavam níveis passivos de comunicação e que outros relataram desafios em realizar o compartilhamento bidirecional (compartilhamento e busca de informações com profissionais de saúde).

Outro estudo realizado por Biasibettia *et al.* (2019) no Brasil mostrou as fragilidades para comunicação efetiva: formação acadêmica dos profissionais, organização institucional, comprometimento profissional e falta de integração entre equipe de saúde e acompanhantes. E destacou que a comunicação pode ser facilitada por meio da organização do serviço, implementação de ações padronizadas informatizadas e desburocratizadas. Enfatizou também a importância da participação de todos os atores envolvidos no cuidado para o desenvolvimento de melhorias para a segurança do paciente.

A falta de comunicação entre profissionais e familiares é um dos principais fatores que contribui para a ocorrência de danos ao paciente, profissionais e familiares, assim como ao gerenciamento de risco das medicações prescritas e administradas (Junior *et al.*, 2023). Falhas de comunicação é um fator que pode interferir fortemente na segurança do paciente. Pesquisa realizada por Silva *et al* (2023), identificou que as falhas na comunicação com incidentes relacionados à circunstância de risco é a mais notificada, seguida de evento adverso com dano grave como maiores ocorrências no uso de medicamentos em pacientes hospitalizados.

As falhas em relação à comunicação profissional x paciente e interprofissional afetam diretamente a qualidade do serviço em saúde e põe em risco a segurança do paciente. A qualidade da comunicação no serviço em saúde é essencial para a promoção da segurança do paciente (Biasibetti *et al.*, 2019). Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde é uma das estratégias internacionais para segurança do paciente (OMS, 2013).

A comunicação é um componente essencial para gestão do risco, devendo ocorrer de forma efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde; é uma ação para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde (ANVISA, 2013b).

Biasibetti *et al.* (2019), salientam o papel da enfermagem no contexto da comunicação, já que atuam principalmente na gestão do cuidado para a segurança do paciente. A enfermagem é a categoria profissional que exerce o papel agregador da comunicação com os demais membros da equipe. É importante enfatizar que é necessário repensar as práticas assistenciais para envolvimento do paciente na segurança da administração de medicamentos em equipe, pois esta ação não cabe somente à enfermagem. Para que os resultados sejam satisfatórios, as ações necessitam serem realizadas pelos demais membros da equipe, o que tem sido desenhado na instituição foco deste estudo.

No entanto, este estudo encontrou falhas na base do processo de envolvimento do paciente no que diz respeito à etapa inicial. E que portanto é necessário implementar estratégias para melhorias do engajamento da equipe e pacientes. É importante destacar que existem várias ações a serem realizadas para envolver o paciente no seu cuidado a fim de alcançar os níveis mais altos de engajamento. Tais ações de envolvimento estão na base da pirâmide de engajamento do instrumento proposto por Kim *et al.* (2018), que destaca como estratégias de Nível 1 para o envolvimento: fornecer aos pacientes informações sobre medicamentos e de cuidados em saúde, por meio de folhetos e programas de computador sobre medicamentos. Na instituição estudada carece de ações estratégicas relacionadas aos demais níveis de envolvimento.

Apesar de ter cartazes explicativos incentivando a notificação de incidentes relacionados à prática assistencial em todas as unidades clínicas que participaram do

estudo, os participantes pouco ressaltaram quanto às ações sobre como poderia se engajar no processo de segurança da medicação. Essa realidade impossibilita classificar as ações realizadas em nível mais alto de engajamento.

As estratégias de Nível 2 consistem em ações de encorajamento dos pacientes pelos profissionais da saúde, para se envolver no seu cuidado (pacientes recebem folhetos e programas de computador sobre comunicação com os médicos e prevenção de erros) (Kim *et al.*, 2018).

As estratégias de Nível 3 consistem nas ações em que, os pacientes recebem capacitação sobre habilidades e ferramentas de comunicação para uma melhor comunicação e envolvimento com sua equipe de atendimento, (fornecem feedback aos médicos e demais membros da equipe através de portais; programas de computador) (Kim *et al.*, 2018).

Estratégias de Nível 4 consistem nas ações: de estabelecer parceria com pacientes para tornarem-se colaboradores e consultores em seus cuidados. Os pacientes estão envolvidos na tomada de decisões, gerenciam listas de medicamentos, colaboram com os médicos através de portais. parceiro no uso de dados gerados pelos pacientes em registros eletrônicos de saúde, notificam eventos adversos, relatam os resultados do tratamento; usam treinadores de transição) (Kim *et al.*, 2018).

Estratégias de Nível 5 consistem nas ações: integrar completamente pacientes e familiares com os membros da equipe de atendimento, apoiar os objetivos estabelecidos no tratamento dentro e fora do ambiente de saúde (Kim *et al.*, 2018).

Semelhante aos resultados aqui encontrados, uma revisão sistemática com meta-análise também guiada pelo instrumento de engajamento proposto por Kim *et al.* (2018), identificou que em nenhuma das 16 publicações encontradas foram identificadas ações de nível máximo de engajamento do paciente. A maioria das ações presentes nos estudos estão voltadas apenas ao nível 1 que inclui aquisição de informações (Pang *et al.*, 2024).

Diferindo dos resultados aqui encontrados, a revisão sistemática realizada por Kim *et al.* (2018), identificou que 53% dos estudos envolveram níveis baixos de engajamento (nível 2), 37% envolveram intervenções de envolvimento de nível médio (nível 3), 10% envolveram um nível mais alto de engajamento (nível 4) e nenhuma das

intervenções do estudo foi classificada como nível 5. O nível médio de envolvimento foi o 2.

Estudo realizado por Tobiano *et al.* (2019), também utilizando a escala de engajamento proposta por Kim *et al.* (2018), identificou que os pacientes desejam receber informações sobre medicamentos e que os níveis de envolvimento são por eles estipulados, com predominância de estratégias de nível 2 e 3 de engajamento. Mas também foi identificado que os pacientes desejam engajamento de nível 4, diferindo dos dados aqui encontrados.

As experiências relatadas dificultam considerar a existência de uma cultura organizacional voltada ao especificamente ao envolvimento do paciente na administração de medicamentos, visto que as estratégias citadas como facilitadoras para o envolvimento dos pacientes, já fazem parte dos protocolos de administração de medicamentos da ANVISA mas, nem sempre são realizadas conforme é recomendado.

Souza; Hoffmeister; Moura (2022) criaram um modelo teórico de envolvimento do paciente sendo que na centralidade do processo estão os atores envolvidos, ou seja, pacientes, influenciados pelas condições de saúde, motivação, atitudes, alfabetização em saúde, características sociodemográficas e culturais. Assim, como, profissionais influenciadores pelo seu preparo, sentimentos mobilização, disponibilidade de tempo e, inseridos em um contexto organizacional complexo que sofre influência direta da liderança, cultura, ambiente, recursos disponíveis e processos, cuja comunicação perpassa como base para o envolvimento do paciente no cuidado.

O envolvimento do paciente é complexo, refere-se a um tema multifatorial e envolve uma diversidade de elementos que interagem simultaneamente para que a experiência da hospitalização incentive essa prática. Tais elementos emergem dos vários níveis de organização do serviço de saúde e envolvem todos os atores que participam do cuidado em ambiente hospitalar e não só os que participam da administração de medicamentos (Souza; Hoffmeister; Moura, 2022).

Evidências mostram que não é possível instituir uma cultura de segurança em instituições sem que seja estabelecida uma comunicação efetiva, pois esta ferramenta é a base para construir uma cultura de segurança nas organizações de saúde (Noviyanti; Ahsan; Sudartya, 2021; Silva *et al.*, 2021). Para que seja eficaz a

comunicação deve ser oportuna, precisa, completa, inequívoca e compreendida pelo destinatário (Panattieria *et al.*, 2019).

Estudo realizado por Bão *et al.* (2023), com o objetivo de identificar os elementos que podem influenciar a experiência dos pacientes em relação às ações relacionadas à segurança do cuidado no ambiente hospitalar, constatou que na interação paciente-profissional, a comunicação, a identificação de protocolos de segurança e a disponibilidade da equipe de enfermagem são elementos que influenciam a experiência dos pacientes em relação à segurança do cuidado durante a internação hospitalar. Tais resultados trazem dados semelhantes aos encontrados neste estudo, reforçando esses achados.

É importante salientar que a comunicação é uma habilidade que pode ser desenvolvida na equipe multidisciplinar. Compete às instituições capacitar as habilidades de comunicação dos profissionais de saúde para que possam utilizar essa ferramenta para promover o envolvimento do paciente na segurança da medicação (Tobiano *et al.*, 2019).

A sensação de segurança em relação ao uso de medicamentos foi destacada nas falas dos participantes deste estudo. Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado por Arruda *et al.* (2017) cujo qual demonstra que a maioria dos pacientes 99,0%, sente-se segura quanto ao atendimento dos profissionais de saúde, durante sua assistência em ambiente hospitalar. A segurança está relacionada ao fato do profissional confirmar o nome, explicar claramente sobre os procedimentos, passar orientações sobre possíveis complicações, demonstrar habilidades na realização de procedimentos e consultar a prescrição.

Essa sensação de segurança evidenciada está fortemente relacionada à confiança na equipe de saúde. Os participantes acreditam que os profissionais detêm o conhecimento necessário para realizar o cuidado, e que enquanto pacientes, não dispõem de conhecimento suficiente para discutir sobre o tratamento medicamentoso ofertado.

Tal sensação também representa um dos fatores que está intrinsecamente relacionado com o fato do paciente desejar isentar-se da responsabilidade relativa à segurança da medicação. Tal percepção pode estar relacionada aos primórdios do

paternalismo nas práticas de saúde, enraizado não só no paciente, mas também no profissional de saúde que nem sempre aceita que o paciente seja capaz de decidir sobre o que é melhor para sua saúde. Matos *et al.* (2022), destacam que o paternalismo é o oposto do cuidado centrado na pessoa ou, melhor ainda, cuidado direcionado à pessoa.

O paternalismo é uma prática ultrapassada na atualidade. O profissional de saúde e o paciente possuem corresponsabilidade na estruturação de uma relação segura. O exercício da autonomia possui como pressuposto a informação, o conhecimento e sua compreensão. Portanto, ambos, profissional e paciente, detêm o dever de passar informações de modo fidedigno sobre as condições de saúde e o tratamento proposto (Araújo; Fernades, 2021).

No que diz respeito as práticas assistenciais, os enfermeiros reconhecem que devem envolver os pacientes em seu cuidado. Dessa forma, pacientes compartilham da responsabilidade em relação a sua saúde e tratamento, sendo ativos na comunicação com os profissionais de saúde (Skagerström *et al.*, 2017). Vale ressaltar que tal responsabilidade é complexa, não se restringe a uma única categoria profissional. É fundamental que todos estejam envolvidos no processo de medicação, lideranças e a instituição, comprometendo-se com o processo de envolvimento do paciente de forma total em especial, na administração de medicamentos pela complexidade do processo que leva a possíveis incidentes (Souza; Hoffmeister; Moura, 2022).

A informação conferida aos participantes do estudo é adquirida por meio da educação em saúde. 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 (Raimondi., 2019). A comunicação, educação permanente e a participação do acompanhante são consideradas estratégias essenciais para o fortalecimento da segurança do paciente na instituição (Silva *et al.*, 2018).

Em relação às experiências dos pacientes para envolverem-se no seu próprio cuidado, um estudo realizado na Coreia do Sul, também identificou que os pacientes fazem questionamentos sobre os procedimentos e atendimento. E sua participação no tratamento em instituições hospitalares e seu envolvimento são influenciado por fatores

relacionados à relação entre pacientes x profissionais de saúde e ao ambiente assistencial (Lee; Dahinten, 2021).

A educação do paciente sobre o uso correto de medicamentos que são administrados no seu cotidiano e durante a internação, constitui-se como uma estratégia essencial para promover o conhecimento e conseqüentemente o envolvimento do paciente no processo assistencial. E pode contribuir para redução de danos relacionados à medicação e alcance da segurança e qualidade do processo medicamentoso.

No Brasil estudo realizado por Franco *et al.* (2020) em unidades de pediatria também identificou que os acompanhantes das crianças buscavam informações e observavam de forma vÍgil o cuidado dos profissionais, de modo que essa atitude auxiliava prevenir incidentes relacionados à medicação.

Estudo realizado Lee, Ahn, Lee (2020), identificaram que os fatores influenciadores na participação dos pacientes em instituições mÉdicas estão relacionados ao paciente (vontade e motivação, conhecimentos e habilidades), ao relacionamento entre pacientes e profissionais de saúde (rede de apoio, falta de oportunidade de participar) e fatores do ambiente de saúde (complexidade do ambiente de saúde e pouco tempo com o profissional). Tais fatores fortalecem os dados revelados neste estudo.

Para melhorar a participação do paciente é necessÁrio criar um ambiente de saúde no qual os pacientes possam falar confortavelmente e fornecer um programa educacional que reflita as necessidades dos pacientes (Lee; Ahn; Lee, 2020). Os achados aqui encontrados não evidenciam a existÊncia de um ambiente organizacional que favoreça o envolvimento do paciente.

A sobrecarga de trabalho da enfermagem é apontada pelos pacientes como um dos fatores que dificultam o seu envolvimento, tal realidade reflete uma queixa constante entre os profissionais e está diretamente relacionada  falhas nas condições de trabalho, recursos fÍsicos, humanos e processos institucionais incoerentes. Essa realidade recorrente pode comprometer a qualidade da assistÊncia e segurança dos pacientes (Santos *et al.*, 2020). A falta de privacidade do paciente e a escassez de

tempo dos profissionais de saúde também são apontadas como fatores que limitam o envolvimento do paciente (Skagerström *et al.*, 2017).

Reis *et al.* (2019) destacam que na visão do enfermeiro gestor os fatores que dificultam a implementação de estratégias voltadas à segurança do paciente são: dimensionamento inadequado de profissionais, falta de apoio da alta direção, descolamento das políticas às ações concretas e baixa adesão dos profissionais.

É importante destacar que instituições de saúde sobrecarregadas enfrentam uma grave escassez de profissionais de saúde. Essa condição pode resultar no desenvolvimento de doenças ocupacionais nos trabalhadores. Para ser possível alcançar qualidade e garantia da prestação de cuidados seguros, a instituição deve proporcionar atenção à saúde dos trabalhadores e condições adequadas de trabalho pois a segurança dos profissionais de saúde tem, por conseguinte, um impacto direto na segurança dos doentes (WHO, 2023).

Almeida *et al.* (2024) demonstram que para alcançar práticas seguras na administração de medicamentos é necessário melhorar as condições de trabalho, disponibilizar número adequado de profissionais e realizar educação permanente entre outras ações institucionais.

O fato de que a maior parte dos fatores facilitadores e dificultadores para o envolvimento do paciente referidos neste estudo se relacionarem com a gestão de pessoas e a cultura organizacional, deixa claro que os profissionais necessitam de apoio do sistema de saúde para promover o envolvimento dos pacientes na segurança da medicação. Skagerström *et al.* (2017), enfatizam em seu estudo, exatamente as características acima descritas.

Alguns participantes relataram que não existe dificuldade para envolverem-se na administração de medicamentos. Essa afirmação corrobora com a premissa de que o engajamento promovido pelos profissionais de saúde possa favorecer o envolvimento daqueles no processo. Costa *et al.*, (2020a), destaca que os pacientes estão dispostos a participar dos protocolos de segurança mas não são encorajados pelos profissionais. Os planejadores e executores da assistência à saúde desempenham um importante papel no que diz respeito ao encorajamento dos pacientes para que sejam capazes de

envolver-se em práticas de segurança do paciente, utilizando como ferramenta principal, a comunicação.

Para alcançar o envolvimento do paciente na segurança do cuidado é necessário estabelecer compromisso com a temática, sendo que tal parceria só pode ser alcançada por meio de uma abordagem sistêmica no envolvimento do paciente, visto que existem múltiplos fatores que configuram barreiras ou facilitadores do processo, e estão relacionados a fatores individuais do paciente, da equipe e organizacionais (Ocloo *et al.*, 2021).

No contexto da segurança do paciente a enfermagem deve estar comprometida no processo de envolvimento do paciente no que diz respeito à administração de medicamentos, pois representa na quase totalidade do processo assistencial, o agente que sempre realiza tal procedimento nas rotinas intra-hospitalares nas instituições de saúde.

7. CONCLUSÕES

Os resultados demonstraram que os objetivos do estudo foram alcançados quanto ao envolvimento dos pacientes na segurança do cuidado a etapa de administração de medicamentos.

Quanto aos participantes, a maioria era do sexo masculino, do interior do estado, cursaram o ensino fundamental e estiveram internados por causas externas; a profissão que se destacou foi lavrador; as doenças cardiovasculares foram as predominantes entre os sujeitos; o tempo médio de internação foi de 22 dias.

Em relação à vivências de erros na administração de medicamentos a maioria dos pacientes nunca vivenciou incidentes relacionados à administração de medicamentos e demonstraram entendimento sobre os erros. Para estes, os erros estão relacionados ao uso errado do medicamento, troca de paciente, falha técnica, falha em relação a dose, falha no horário, falta do medicamento na instituição, a manifestação de reações adversas, a prescrição de uma medicação inadequada ao problema de saúde e a falhas de comunicação. Para alguns os erros têm relação direta com as experiências vivenciadas. Apesar das limitações identificadas, alguns sujeitos foram capazes de identificar, interceptar e/ou evitar a ocorrência do erro.

Foram relatados erros de troca de medicação, troca de nome de paciente, de horário e falhas na monitorização de injetáveis. A maioria dos participantes não foi informada que vivenciou um erro de medicação e a enfermagem foi a categoria profissional que esteve presente em todos os relatos.

As estratégias utilizadas para envolver os pacientes foram: orientação sobre a medicação e estímulo à participação na administração medicamentos, com destaque para a orientação. Tais orientações realizadas pela equipe de enfermagem visavam informar apenas: nome, função, os horários a serem administradas, uso correto da medicação e as reações adversas. Não existe adesão a todas as recomendações de segurança na administração de medicamentos que são preconizadas pela ANVISA.

Os principais facilitadores para o envolvimento foram respectivamente: comunicação, orientação e qualidade da assistência oferecida. Os pacientes relatam que é preciso melhorar o serviço e a comunicação dos profissionais com o paciente e a comunicação interprofissional, pois ambas têm relação direta com a gestão e a cultura organizacional da instituição.

Foram citados como fatores que criam barreiras para o envolvimento do paciente: postura do profissional, sobrecarga de trabalho dos profissionais, falta de envolvimento da equipe, falta de insumos, falta de comunicação do paciente com os profissionais e entre a equipe multiprofissional, e ao processo de adoecimento; sendo que a postura do profissional foi o fator que se destacou como dificultador.

Todos estes fatores relatados criam barreiras para o envolvimento do paciente e estão relacionados: à instituição/cultura organizacional, ao profissional e ao paciente. Fica evidente que os pacientes reconhecem que todos os sujeitos envolvidos no cuidado compartilham das responsabilidades relacionadas à ausência do envolvimento para a segurança medicamentosa.

Frente às poucas iniciativas institucionais para envolver o paciente na segurança da administração de medicamentos, alguns pacientes desenvolvem as seguintes estratégias para envolver-se no cuidado: questionar sobre a medicação, dar atenção aos procedimentos. Alguns entrevistados citaram que utilizam mais de uma estratégia. Alguns participantes informaram que não implementam nenhuma estratégia que contribua para a sua segurança, assim isentam-se de tal responsabilidade.

Apesar de ter poucas oportunidades de envolver-se na etapa de administração de medicamentos e da evidência de que nem sempre os protocolos relacionados ao

uso de medicamentos são seguidos, a maioria dos sujeitos manifestou confiança em relação ao uso de medicamentos.

Em relação ao nível de envolvimento dos pacientes na etapa de administração de medicamentos da instituição em estudo, as poucas ações realizadas, possibilita classificar em nível 1 de envolvimento a partir do referencial teórico proposto.

Vale enfatizar que apesar de ter disponível na instituição cartazes destinados a notificação de incidentes relacionados as práticas de saúde nos corredores de acesso às unidades de internação, nenhum dos pacientes entrevistados relatou relevância sobre tal estratégia ou se são orientados pelos profissionais a notificarem os incidentes relacionados à medicação. Isso resulta na impossibilidade de classificar os pacientes sob o nível 2 de engajamento. Neste nível de engajamento os profissionais devem encorajar os pacientes a envolver-se no seu cuidado e a fazerem perguntas sobre prevenção de erros.

Os participantes deste estudo destacaram que a comunicação é o grande destaque no processo que viabiliza o seu envolvimento na etapa de administração de medicamentos, já que foi citada como estratégia que facilita, cria barreiras para o seu envolvimento e é capaz (a depender da sua qualidade) de transmitir confiança ou insegurança no serviço quando não existe.

Reforçamos a importância da educação permanente para capacitar os profissionais no envolvimento dos pacientes no seu cuidado na medicação sem danos. É necessário que estes possam reconhecer a importância de implementar educação em saúde no contexto diário da administração de medicamentos, já que esta, configura ferramenta capaz de fortalecer a parceria mútua entre paciente/profissional, tão necessária para o envolvimento do paciente na administração de medicamentos.

Este estudo demonstrou que a práxis do enfermeiro na segurança do paciente no ambiente hospitalar consolida-se pela liderança em relação à equipe de enfermagem, pelo exercício da gerência e da assistência fundamentadas na comunicação com foco nas tecnologias leves, empatia e diálogo e na valorização de estratégias para a educação em saúde.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário refletir sobre as ações do enfermeiro e sua importância dentro do sistema de medicação para que este assuma todas as ações que lhe competem acerca da segurança no uso de medicamentos.

O trabalho de toda a equipe de enfermagem, muito próximo ao paciente, oportuniza a realização de ações voltadas ao envolvimento do paciente na segurança medicamentosa (com destaque para a educação do paciente). Esta realidade só será possível quando a enfermagem reconhecer que os pacientes configuram uma real possibilidade de interceptação de incidentes relacionados à medicação.

É preciso evoluir na implantação da cultura de segurança nas organizações de saúde para oportunizar condições que possibilitem aos profissionais o desenvolvimento de ações de engajamento para envolver o paciente e condições reais para o paciente ter envolvimento no processo de medicação, de modo que este sinta-se confortável e possa assumir seu papel de protagonista dentro da segurança do cuidado, na etapa de administração de medicamentos.

Para fortalecer o envolvimento do paciente na segurança da administração de medicamentos é importante que as instituições estabeleçam protocolos que incluam o envolvimento do paciente como uma ação a ser realizada no momento da administração de medicamentos, tal ação pode ser adicionada como mais um certo entre os certos da medicação o “envolvimento certo do paciente na administração de medicamentos”.

Entre as ações que poderiam ser realizadas no novo certo da medicação é possível destacar: realizar reconciliação medicamentosa, envolver o paciente junto a prescrição, confirmação de identificação de rótulos de medicamentos que serão instalados, orientações sobre sinal de alerta para ocorrência de erros de medicação e sobre notificação de incidentes envolvendo medicação.

Reafirma-se ainda a necessidade de criar equipes de reconciliação e de educação em saúde permanente, assim como implementar rotinas de treinamentos da equipe assistencial voltados à temática.

A implementação de um serviço que valoriza a participação do paciente na segurança do cuidado dentro das instituições de saúde pode fortalecer o envolvimento destes na redução de danos e na segurança no uso de medicação em todas as etapas do processo assistencial, especialmente na administração de medicamentos.

Este estudo reflete as ações realizadas em uma única instituição de saúde, o que pode ser um limite, mas é importante considerar como ponto forte o número de participantes e o apontamento da necessidade de desenvolver competências profissionais para o envolvimento do paciente no cuidado, para que essa prática seja mais incisiva.

Diante da ausência de estudos que enfatizem especificamente o envolvimento do paciente na segurança de medicamentos, espera-se que este seja o ponto de partida para a realização de muitas pesquisas sobre a temática para melhor entendimento deste fenômeno.

Vale ressaltar que esta pesquisa traz contribuições para o contexto assistencial e organizacional ao possibilitar reflexões práticas sobre a participação do paciente no cuidado a partir de experiências dos próprios pacientes. Ter os pacientes como barreiras na prevenção de incidentes na administração de medicamentos e apontar os benefícios e estratégias adotadas para aumentar a sua segurança no cuidado em ambiente hospitalar condiz com a necessidade de mudanças organizacionais na cultura de instituições que ainda são dominadas pelo modelo biomédico.

Os resultados mostram que é necessário repensar o papel da instituição no gerenciamento da segurança do paciente no que diz respeito ao envolvimento do paciente na medicação sem danos, tal transformação precisa repensar o papel do paciente, dos profissionais e da instituição já que na prática tal ação ainda é incipiente.

É necessário realizar práticas profissionais que possibilitem a implantação de estratégias de envolvimento do paciente em níveis mais abrangentes de envolvimento e que também possibilitem alcançar diversos resultados positivos para segurança do paciente na administração de medicamentos.

Este estudo reafirma a necessidade da enfermagem brasileira, assim como da equipe assistencial multidisciplinar, reconhecer a importância do paciente como parceiro na prevenção de incidentes com medicação no cotidiano da assistência à saúde, assim como de incorporar ações de envolvimento do paciente na prática assistencial, promoção da parceria mútua profissional x paciente como barreiras para prevenção de incidentes e atuação como facilitadoras do envolvimento do paciente na segurança da administração de medicamentos.

Diante das evidências geradas pelo estudo, propõe-se o fortalecimento do processo de educação permanente da equipe multiprofissional objetivando agregar

valor à prática do envolvimento do paciente para o cuidado seguro na medicação e da criação de equipe de reconciliação medicamentosa. Por fim, despertar o interesse de outros pesquisadores para um tema tão importante na atualidade, o qual tem sido pouco explorado no cenário nacional e possibilitar a implementação de ações transformadoras, a fim de ampliar a compreensão sobre questões culturais e organizacionais, voltadas para o envolvimento do paciente na medicação sem danos nos serviços de saúde.

9. REFERÊNCIAS

1. Aguiar FC, Mendes VLPS. Hospital accreditation: the importance of communication and information for patient safety. *Revista Baiana de Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2023 jul]; 0(40) supl.1: p. 202-216. Available from: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n0.a2676>
2. Albuquerque A. Disclosure de incidentes de segurança do paciente sob a ótica do Direito do Paciente. *Cad. Ibero Am. Direito Sanit.* [Internet] 2022 [cited 2024 jul 07];11(3):70-9. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/925>
3. Almeida LF de, Silva Oliveira AC, Ferraz Gomes H, Galdino de Paula V, Marcia Peres E, da Silva Thiengo de Andrade PC. Práticas para administração segura de medicamentos no contexto hospitalar: revisão integrativa. *Rev. Enferm. Atual In Derme* [Internet]. 2024 [cited 2024 Out 09]; 98(2): e024301. Available from: <https://doi.org/10.31011/reaid-2024-v.98-n.2-art.2138>.
4. Andrade LELD, Melo LOMD, Silva IGD, Souza RMD, Lima ALBD, Freitas MRD., ... & Gama ZADS. Adaptación y validación del Hospital Survey on Patient Safety Culture en versión electrónica brasileña. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2022 Abr 02]; 26: 455-468. Available from: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300004>
5. Andrade SRD; Ruoff AB; Piccoli T; Schmitt MD; Ferreira A; Xavier ACA. O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto-Enfermagem* [Internet] 2017. e *Serviços de Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2022 Abr 02]; 26, e5360016. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>.
6. André M. O que é um estudo de caso qualitativo em educação?. *Revista da FAEEBA-Educação e Contemporaneidade* [Internet]. 2013 [cited 2024 Feb

14]; 22(40): 95-103. Available from:
<http://educa.fcc.org.br/pdf/faeeba/v22n40/v22n40a09.pdf>

7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada a prática [Internet]. Brasília: Anvisa; 2017a [cited 2022 Aug 12] Available from:
<https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosde saude/publicacoes/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf>
 8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim de farmacovigilância nº 08 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2019 [cited 2022 jun 21]. Available from:
<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/monitoramento/farmacovigilancia/boletins-de-farmacovigilancia/boletim-de-farmacovigilancia-no-08.pdf/view>
 9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Cartaz 10 Perguntas chave para melhorar a segurança do paciente nos serviços de saúde. Brasília: Anvisa; 2021 [cited 2024 Dez 05]. Available from: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/cartazes/10_perguntas_medico.pdf
 10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Documentação e Dicionário de Dados Farmacovigilância: Dados Abertos Notificações em Farmacovigilância do VigiMed [internet] 2023. [aced 2024 Act 08] Available from: <https://dados.anvisa.gov.br/dados/Documentacao e Dicionario de Dados Farmacovigilancia.pdf>
 11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes. Brasília: Anvisa; 2017 b. [Cited 2024 Dez 05]. Available from:
<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/guia-como-posso-contribuir-para-aumentar-a-seguranca-do-paciente-orientacoes-aos-pacientes-familiares-e-acompanhantes>
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. Available from:
<https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>
12. Araújo PR, Lima FET, Ferreira MKM, Oliveira SKPD, et al. Instrumento de evaluación de la seguridad en la administración de medicamentos: construcción y validación. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2019

[cited 2022 Sep 20]; 72(2): 329-336, 2019. Available from:
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0340>

13. Araújo, ATM; Fernandes, LS. Cad. Liberdade decisória do médico e compreensão pelo paciente: o dever recíproco de informação como pressuposto fundamental. Caderno Ibero-amer. Dir. Sanit., Brasília, [internet]. 2021 [cited 2024 Dez 08]; 10(1):151. Available from:
<https://doi.org/10.17566/ciads.v10i1.645>
14. Arruda NLO, Bezerra ALQ, Teixeira CC, Silva AEBC, Tobias GC, Paranaguá TTB. Patient perception of safety in health care provided by professionals in a hospital emergency unit. Revista de Enfermagem UFPE [Internet]. 2017 [cited 2022 Sep 10] 11(11): 4445-4454. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i11a15019p4445-4454-2017>
15. Aznar-Saliente MT, Roca-Aznar L, Talens-Bolós A, Herraiz-Robles P, et al. Quality of the record of drug-related problems in a database for voluntary adverse event reporting. Farmacia Hospitalaria: Organo Oficial de Expresion Cientifica de la Sociedad Espanola de Farmacia Hospitalaria [Internet]. 2017 [cited 2022 Sep 10] 41(4): 508-517. Available from:
10.7399/fh.2017.41.4.10747
16. Barbosa IEB, Fonseca AR, Andrade ENM, Maklouf DC et al. Patient safety: main adverse events in the Intensive Therapy Unit. Revista Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 2021[cited 2022 Sep 20]; 13(2): 6454-e6454. Available from:
<https://doi.org/10.25248/reas.e6454.2021>
17. Bardin LL. Analyse de Contenu. Tradução Reto LA. São Paulo: Edições 70; 2016
18. Batista JFC, Júnior JHDO, Dantas BLL. Morbidade por causas externas como fator de internação hospitalar no brasil em 2019. Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE [Internet]. 2021[cited 2022 Sep 17]; 6(3): 109-109. Available from:
<https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/9964>
19. Biasibetti C, Hoffmann LM, Rodrigues FA, Wegner W, et al. Communication for patient safety in pediatric hospitalizations. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 2019 [cited 2022 Sep 17]; 40(esp)e20180337. Available from:
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180337>
20. Bão ACP, Prates CG, Amaral-Rosa MP, Costa DGD. et al. Experiência do paciente acerca de sua segurança no ambiente hospitalar. Revista Brasileira de Enfermagem. 2023. [cited 2024 Aug 05]; 76(5): e20220512. Available from:
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0512>

21. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Descritores. [aced 2024 jul 01]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?output=&lang=pt&from=&sort=&format=&count=&fb=&page=1&tab=&skfp=&index=&q=>
22. Biffi D, Cardoso LC dos S, Vieira TS, Silveira A dos S, de Souza MS, Ferreira ER, Borba BLM. Segurança medicamentosa e suas consequências no ambiente hospitalar: revisão integrativa da literatura. Rev. Foco [Internet] 2024. [aced 2024 Oct];17(2): e4386. Available from: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/4386>
23. Brasil. Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União de 29 de maio de 2024. [Internet] 2024. [Acesso em 2024 Dez 11]; Seção:1-Pg. 3. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2024/lei-14874-28-maio-2024-795693-publicacaooriginal-171916-pl.html>
24. Brito MJ, Rezende DA, Ávila GS, Lima Cardoso CM. O estudo de caso como método de investigação na pesquisa qualitativa em Enfermagem. In Atas do 8º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. Aveiro: Ludomedia; 2019. p.444-53.
25. Capucho HC. Near miss: Almost error or potential adverse event?. Rev. Latino-Am. Enferm. [Internet] 2011. [cited 2024 Aug 07];19(5):1272-3. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4440>
26. Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, Sweeney J. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. Health affairs [Internet]. 2013 [cited 2023 Sep11]; 32(2): 223-231. Available from: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1133>
27. Carvalho PR, Ferraz ESD, Teixeira CC, Machado VB, Bezerra ALQ, Paranaguá TTDB. Patient participation in care safety: Primary Health Care professionals' perception. Revista Brasileira de Enfermagem. 2021[cited 2022 Jul 05]; 74 (2): e20200773. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0773e20200773>
28. Cassiani SHDB, Teixeira TCA, Opitz SP, Linhares JC. Medication systems in hospitals and their evaluation by professional groups. Revista da Escola de Enfermagem da USP.2005 [cited 2021 Sep 01]; 39 (3): 280-287. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000300005>
29. Chaves TVS, Amorim AMMNE, Barroso ÂML, Castro SDF, Alencar LBA. Segurança e qualidade do cuidado na perspectiva do planejamento estratégico: a experiência da trajetória de 2013 a 2019 e inserção dessa diretriz nos instrumentos de planejamento e gestão da sesapi para o período 2020 a 2023. Cadernos de informação técnica e memória do Conass

- [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 12]; 34:144. Available from: www.conass.org.br/biblioteca.
30. Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez; 2000.
 31. Coimbra JAH, Cassiani SHDB. Nursing responsibility in the administration of medication: some reflections for a safe practice with quality. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet] 2001[cited 2021 Sep 01]; 9(2): 56-60, 2001. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000200008>
 32. Collao JF, Favereau R, Miranda R, Aceitón C. Daño asociado al uso de medicamentos en hospitales chilenos: análisis de prevalencia 2010-2017. *Revista médica de Chile* [Internet]. 2019 [cited 2021 Aug 22]; 147(4): 416-425. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000400416>
 33. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Nº 564/2017. Brasília: COFEN; [cited 2022 Jun 22]. Available from: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017>)
 34. Costa DBD, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Patient safety culture: evaluation by nursing professionals. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2021 Sep 10]; 27(3): e2670016. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>
 35. Costa DGD, Moura GMSSD, Moraes MG, Santos JLGD, Magalhães AM MD. Satisfaction attributes related to safety and quality perceived in the experience of hospitalized patients. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [Internet]. 2020a [cited 2021 Sep 10]; 41: e20190152. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190152>
 36. Costa DGD, Moura GMSSD, Pasin SS, Costa FGD, Magalhães AMMD. Patient experience in co-production of care: perceptions about patient safety protocols. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2020b [cited 2021 Sep 08]. 28: e3272. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3352.3272>
 37. Couto R C, Pedrosa TMG, Roberto BAD, Daibert PB. Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil [Internet]. 2018 [cited 2022 Set 21]. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Available from: https://www2.iess.org.br/cms/rep/asah_2016.pdf
 38. Cruz AC, Pedreira MDLG. Patient-and Family-Centered Care and Patient Safety: reflections upon emerging proximity. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020 [cited 2024 Jul 12]; 73(6):e20190672. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0672>
 39. Elliott RA, Camach E, Jankovic D, Sculpher MJ, Faria R. Economic analysis of the prevalence and clinical and economic burden of medication error in

- England. *BMJ Quality & Safety* [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 02]; 30(2): 96-105. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/30/2/96.full.pdf>
40. Façanha STR,; Machado ILO; Garrafa V. A prática do disclosure como estratégia para a segurança do paciente no Brasil e sua relevância para os cuidados em saúde de pessoas idosas. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. [Internet] 2022. [cited 2024 Aug. 04]; 11(3): 91-110. Available from: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/910>
 41. Falkenberg MB, Mendes TDPL, Moraes EPD, Souza EMD. Health education and education in the health system: concepts and implications for public health. *Ciência & saúde coletiva* [Internet]. 2014 [cited 2022 Feb 02]; 19: 847-852. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>
 42. Feio A, Oliveira CC. Conceptual convergences and divergences in health education. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2015 [cited 2022 Feb 11]; 24(2), 703-715. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200024>
 43. Feitosa GG, Coelho JLG, De Santana WJ, Mendes RC et al. Understanding Level of Hospitalized Patients in a Hospital in the Metropolitan Region of Cariri-CE About the Prescribed Drugs at Hospital Discharge. *Revista de psicologia*. 2020 [cited 2024 Aug 15]; 14 (49): 412-426. DOI: <https://doi.org/10.14295/online.v14i49.2332>
 44. Fleck JMC, Pereira RA, Silva AEBC, Gimenes FRE. Adherence to safety barriers in medication administration: patients perception. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet] 2021 [Cited jul 2022 04]; 29: e3497. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.5383.3497>
 45. Ferraz ES, Carvalho PR, Teixeira CC, Sousa JM, Bezerra AL, Paranaguá TT. Envolvimento do paciente na segurança do cuidado hospitalar: percepção dos profissionais de saúde. *Enferm Foco* [Internet]. 2021 [Cited 2024 Dez 10];12(4):806-12. Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4628>
 46. Forte ECN, Pires DEP, Martins MMFPS, Padilha MICS, Schneider DG, Trindade LL. Between error and success: promoting patient safety based on the reporting of adverse events. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2018 [Cited 2024 Dez 11]; 20:v20 a 50. Available from: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.52539>.
 47. Franco LF, Bonelli MA, Wernet M, Barbieri MC, Dupas G. Patient safety: perception of family members of hospitalized children. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 02];73(5): e20190525. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0525>
 48. Gallagher TH, Hemmelgarn C, Benjamin EM. Disclosing medical errors: prioritising the needs of patients and families. *BMJ Qual Saf* [Internet] 2023. [cited 2024 Set 07]; 32(10):557-561. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-015880>.

49. Gracia JE, Serrano RB, Garrido, F. Medication errors and drug knowledge gaps among critical-care nurses: a mixed multi-method study. *BMC Health Serv Res* [Internet] 2019 [cited 2021 Oct 03]; 19(640). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4481-7>
50. Graffigna G, Barelo S Bonanomi A, Lozza E. Measuring patient engagement: development and psychometric properties of the Patient Health Engagement (PHE) Scale. *Frontiers in psychology* [Internet]. [cited 2020 Feb 23]; 6: 274. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00274>
51. Hickmann E, Richter P, Schlieter H. All together now—patient engagement, patient empowerment, and associated terms in personal healthcare. *BMC health services research*. 2022 [cited 2024 Aug 15]; 22(1),1116. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08501-5>
52. Instituto para práticas seguras no uso de medicamentos (BR). Estratégias para envolver o paciente na prevenção de erros de medicação. *Boletim INSP* 8(3):9. [Internet] Belo Horizonte: INSP; 2019 [cited 2022 Jul 16]. 9p. Available from :https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/05/Boletim-ISMP-Brasil_Estrategias-para-envolver-opaciente.pdf
53. James J. Patient Engagement. *Health Affairs Health Policy Brief* [internet]. 2013. [cited 2024 Aug 11]; 14(10.1377):1-6 Available from: [10.1377/hpb20130214.898775](https://doi.org/10.1377/hpb20130214.898775)
54. Jerofke-Owen TA, Tobiano G, Eldh AC. Patient engagement, involvement, or participation-entrapping concepts in nurse-patient interactions: a critical discussion. *Nursing inquiry* [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 02]; 30(1): e12513. Available from: <https://doi.org/10.1111/nin.12513>
55. Kim, Julia M, et al. "Evaluation of patient and family engagement strategies to improve medication safety." *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*. 2018 [cited 2024 Jul 04]; 11.193-206. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40271-017-0270-8>
56. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. Washington (DC): Committee on Quality of Health Care in America; Institute of Medicine; National Academies Press. 2000.
57. Lee SE, Dahinten VS. Psychological safety as a mediator of the relationship between inclusive leadership and nurse voice behaviors and error reporting. *Journal of Nursing Scholarship*. 2021 [cited 2024 Aug 16] 53(6): 737-745. DOI: <https://doi.org/10.1111/jnu.12689>.
58. Lee N-J, Ahn S, Lee M. Mixed-method investigation of health consumers' perception and experience of participation in patient safety activities. *BMJ Open* [Internet] 2020. [cited 2024 Aug 15];10: e035831. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035831>

59. Lima AFC, et al. Gerenciamento em Enfermagem. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2023. 216 p.
60. Lima SMF, Pires PS, Oliveira VB, Assis T de J, Luiz AMS, Cardoso GV. Cultura de segurança e notificação de eventos adversos em unidades de terapia intensiva. Rev. Enferm. Atual In Derme [Internet]. 2020 [cited Aug 2024]; 93(31): e-020034. Available from: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/692>
61. Llapa-Rodriguez EO, Silva LSL, Menezes MO, De Oliveira JKA, Currie LM. Safe patient care in the preparation and administration of medicines. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 03]; 38(4): e2017-0029. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/19831447.2017.04.2017-0029>.
62. Lourenço PJDF, Massano-Cardoso I, Matos FRN, Nodari CH. Organizational culture and quality in services in a portuguese public health institution [Internet]. 2017. [cited 2022 Feb 02]; 4(11): 120-135. Available from: <http://dx.doi.org/10.12712/rpca.v11i4.1001>
63. Martins AC, Giordani F, Guaraldo L, Tognoni G, Rozenfeldet S. Adverse drug events identified in hospitalized patients in Brazil by International Classification of Diseases (ICD-10) code listings. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2018 [cited 2022 Jun 09]; 34(12): e00222417. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00222417>
64. Mascarello A, Rodrigues ME, Araújo BN, Kruger DF, Mestri E, Massaroli A. Incidentes relacionados ao uso de medicamentos na atenção hospitalar. Enferm Foco [Internet]. 2022 [cited 2024 Oct 22]; 13: e-202231. Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202231>.
65. Matos SA, Ogassavara D, Ferreira, CJ, Silva FT, Montiel JM. Bioética: perda da autonomia como consequência do paternalismo no processo do envelhecimento. Mundo Livre: Revista Multidisciplinar [Internet]. 2022 [cited 2022 Dez 08]; 8(2), 87-103. Available from: <https://periodicos.uff.br/mundolivre/article/view/55373>
66. Maziero ECS, Cruz EDA, Batista J, AlpendreFT, Brandão MB, Krainski ET. Association between professional qualification and adverse events in neonatal and pediatric intensive treatment units. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 02]; 42: e20210025. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20210025>
67. Medeiros, S G; Santos, VEP. Medication and Patient Safety System in View of the Complexity Theory. Revista Cubana de Enfermería [Internet] 2019. [cited 2024 Oct 25]; 35(2):e2214 Available from: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES
68. Mendes RA, Pereira RMS, Silva TO da, Evangelista TR, Lourenço DS, Martinez MR. Segurança do paciente:elaboração de um checklist para

- administração segura de medicamentos pela equipe de enfermagem. Rev. G&S [Internet]. 2016 [cited 2022 Mar 11]; 7(3): 1216-1235. Available from: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3636>
69. Meneguetti MG, Garbin LM, Oliveira MP, Shimura CMN, Guilherme C, Rosalina Rodrigues AP. Errors in the medication process: proposal of an educational strategy based on notified errors. Rev. Enferm. UFPE [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 02]; 11(5):2046-2055. Available from: 0.5205/reuol.9302-81402-1-RV.1105sup201709
 70. Metelski FK, Engel FD, Mello ALSFD, Meirelles BHS. A segurança do paciente e o erro sob a perspectiva do pensamento complexo: pesquisa documental. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2023 [cited 2024 Aug 16]; 33: e33009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333009>
 71. Miasso AI, Silva AEBDC, Cassiani SHDB, Volpe CRG, Grou CR, Oliveira RC D, Fakh FT. The medication preparation and administration process: problem identification in order to propose improvements and prevent medication errors. Rev. Latino-Am. Enferm. [Internet]. 2006 [cited 2021 Sep 10]; 14 (3): 354-363. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000300008>
 72. Mieiro DB, Oliveira EBC, Fonseca REP, Mininel VA, Zem-Mascarenhas SH, Machado RC. Strategies to Minimize Medication Errors in Emergency Units: an Integrative Review. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 11]; 72(Suppl 1):307-14. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0658>
 73. Millichamp T, Johnston AN. Interventions to support safe medication administration by emergency department nurses: An integrative review. International Emergency Nursing [Internet]. 2020 [cited 2024 Aug 17]; 49:100811. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.10081>
 74. Ministério da Saúde (BR). Portaria no 529, de 1o de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília: MS; 2013a [cited 20 Aug 2022]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
 75. Ministério da Saúde (BR). Resolução - RDC no 36, 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília: MS; 2013b. [cited 2022 Aug 12] Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
 76. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília (DF): CNS; 2012.

77. Misiak CM, Vieira TFS, Radünz V, Costa FV, Ilha P, Favero AT. Aplicación móvil para la prevención de errores en la medicación: prevmed. *Ciencia y Enfermeira*. [Internet]. 2020 [cited 2024 Aug 17]; 26:4. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532020000100401>
78. Moreira H. Critérios e estratégias para garantir o rigor na pesquisa qualitativa. *R. bras. Ens. Ci. Tecnol* [Internet]. 2018 [cited 2024 Feb 14]; 11(1): 405-424. Available from: <http://dx.doi.org/10.3895/rbect.v11n1.6977>
79. Nascimento Júnior FJ do, Matias ALF, Silveira ACP, Carneiro Álvaro FN, Barroso FAM de L, Lima L de FG, et al. Nursing care and patient safety in icua. *REASE* [Internet]. 2023 [cited 01 Aug de 2024]; 9(9):2356-69. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/11359>
80. National Coordinating Council for Medication Error Reporting. Prevention (NCCMERP). Taxonomy of Medication Errors. [Internet]. 1998 [cited 2022 Mar 11] Available from: <https://www.nccmerp.org/sites/default/files/taxonomy2001-07-31.pdf>
81. Noviyanti LW, Ahsan A, Sudartya TS. Exploring the relationship between nurses communication satisfaction and patient safety culture. *J Public Health Res* [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 02]; 10(2): 2225. Available from: [10.4081/jphr.2021.2225](https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2225)
82. Ocloo J, Garfield S, Franklin BD, Dawson S. Exploring the theory, barriers and enablers for patient and public involvement across health, social care and patient safety: a systematic review of reviews. *Health research policy and systems*. 2021. [cited 2024 Aug 18]; 19(8):1-21. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00644-3>
83. Oguisso T, Zoboli ELCP. *Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde*. Barueri: Editora Manole; 2006. 233 p.
84. Oliveira PBD, Coca LN, Spiri WC. Associação entre ambiente de trabalho, absenteísmo e eventos adversos em enfermeiros e técnicos de enfermagem de uma unidade de urgência e emergência. *Esc. Anna. Nery* [Internet] 2021 [cited: 2024 Jul]; 25 (2): e20200223. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0223>
85. Panattieri ND, Dackiewicz N, Arpí L, Godio C, Andiónb E, Negrettea C, et al. Consenso: seguridad del paciente y las metas internacionales. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 05]; 117 Supl 6:S277-S309. Available from: https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_consenso_seguridad-del-paciente-y-las-metas-internacionales-92.pdf
86. Pang Y, et al. Patient and family engagement interventions in primary care patient safety: a systematic review and meta-analysis. *medRxiv* [Internet] 2024. [cited 2024 Oct 02] e23300648; Available from: <https://doi.org/10.1101/2023.12.29.23300648>

87. Pereira LN, Caon S, Pinto AN, Maciel FH, Sempé TS, Pizzol TS. Nurses' knowledge of high-alert medications in a large-size university hospital. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saude* [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct.10];12(2):567. Available from: <https://doi.org/10.30968/rbfhss.2021.122.0567>
88. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 9 ed. Porto Alegre: Publisher, 2019. 431 p.
89. Rabello LS. *Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada* [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010 [cited 2022 Sept 21]. 228 p. Available from: <https://doi.org/10.7476/9788575413524>
90. Prey JE, Polubriaginof F, Grossman LV, Masterson Creber R. et al. Engaging hospital patients in the medication reconciliation process using tablet computers. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2018 [cited 2024 Aug 18]; 25(11): 1460-1469. Available from: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocy115>
91. Raimondi DC, Bernal SCZ, Oliveira JLC, Matsuda LS. Patient safety culture in primary health care: analysis by professional categories. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 01];40(esp): e20180133. Available from: <https://doi.org/10.1590/19831447.2019.20180133>
92. Reis GAX, Oliveira JLC, Ferreira AMD, Vituri DW, Marcon SS, Matsuda LM. Difficulties to implement patient safety strategies: perspectives of nurses. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2021 Sep 10]; 40(esp):e20180366. Available from: <https://doi.org/10.1590/19831447.2019.20180366>.
93. Ribeiro ER, Bertoldo CLG, Kunz AC. The use of disclosure as a tool for quality management and patient safety: a systematic review. *RSD* [Internet]. 2021 [cited 2024 Oct 25];10(13):e67101316252. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16252>
94. Rosa MB, Perini E. Erros de medicação: quem foi? *Revista da Associação Médica Brasileira* [Internet]. 2003 [cited 2020 Aug 10]; 49(3): 335-341. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302003000300041>
95. Sahlström M, Partanen P, Rathert C, Turunen H. Patient participation in patient safety still missing: Patient safety experts' views. *International Journal of Nursing Practice* [Internet] 2016. [cited 2024 Feb 02]; 22: 461–469. Available from: <https://doi.org/10.1111/ijn.12476>
96. Santana ARCMB. *Conhecime e enfermeiros de clínica médica e unidade de terapia intensiva de hospitais escola da Região Centro-Oeste sobre medicamentos específicos*. 2006.
97. Santos CSCS, Abreu DPG, Mello MCVA, Roque TS, Perim LF. Evaluation of work overload in the nursing team and the impact on the quality of care. *RSD*

- [Internet]. 2020a [cited 2022 Mar 07]; 9(5): e94953201. Available from: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3201>
98. Santos JM, Hipólito MZ, Rosa T. The in-visibility of iatrogenesis in nursing in medication administration. *Glob Acad Nurs* [Internet]. 2020 b [cited 2022 Mar 07]; 1(2): e21. Available from: <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200021>
99. Santos MPG. Dinâmicas da violência e da criminalidade na Região Norte do Brasil. Brasília: Ipea. [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 22]; 400 pg. Available from: <http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-072-1>.
100. Santos PRA, Rocha FLR, Sampaio CSJC. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2024 Oct 22];40(esp): e20180347. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180347>.
101. Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins. Hospitais Estaduais [Internet]. Palmas: SES-TO; 2021 [cited 2022 Sept 1]. Available from: <https://saude.to.gov.br/atencao-a-saude/gestao-hospitalar/gestao-hospitalar/hospitais-estaduais/>. Available from: 25 de fevereiro de 2021.
102. 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)* [Internet]; 2018 [cited 2022 Mar 04]; 37(11):1813-1820. Available from: 10.1377/hlthaff.2018.0716. PMID: 30395509; PMCID: PMC7060147
103. Silva AEB de C, Lima DM, Lima EB, de Ramos LC, Moreira MS, Cunha OA da S, Franco RG, de Queiroz WP. Nursing and the medication administration process in high-risk neonatal units. *Arch. Health* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 09]; 4(4):1109-1. Available from: <https://ojs.latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/1435>
104. Silva AT, Camelo SHH, Terra FS, Dázio EMR, Sanches RS, Resck ZMR. Patient safety and the nurse's performance in hospital. *Rev de Enferm UFPE* [Internet]. 2018. [cited 2021 Mar 04]; 12(6):1532-8. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a234593p1532-1538-2018>
105. Silva BJR, Santos BDV, Andrade CR de, Macedo ER, Andrade HS. Nursing actions that promote the security of the patient in the hospitalar scope. *RSD* [Internet] 2021. [cited 2024 Nov 6];10(5): e44110515202. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15202>
106. Silva FPD; Correia KDC; Araujo RMDD; Oliveira ECDS; Oliveira RCD; Pereira EBF; Ventura CAA. Notificação de incidentes e a segurança do paciente em tempos de pandemia. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet] 2023. [cited 2024 Set 01]; 36, eAPE00952. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO00952>

107. Silva GRF, Macêdo KNF, Rebouças BAIC, Souza AMA. Entrevista como técnica de pesquisa qualitativa. *Brazilian Journal of Nursing* [Internet]. 2006 [cited 2022 Oct.10]; 5(2):246-257. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361453972028>
108. Silva M, Oliveira APM, Pereira KD, AmaraL KMM. et al. Avaliação do nível de conhecimento das prescrições na Atenção Primária à Saúde. *Research, Society and Development*. 2021 [cited 2024 Aug 17]; 10(5): e2610514487-e2610514487. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14487>
109. Silva TO, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB, Teixeira CC. Patient involvement in the safety of care: an integrative review. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2022 Feb 02] 18: e1173. Available from: <https://doi.org/10.5216/ree.v18.33340>
110. Silvestre, CC; Junior, D L. Os três C'S da conciliação de medicamentos: realidade e perspectivas. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde* [Internet] 2018. [Aced 2024 Jul 07]; 9(1): e091.001. Available from: <https://doi.org/10.30968/rbfhss.2018.091.001>
111. Siman AG, Tavares ATDVB, Carvalho CA, Amaro MOF, Carvalho CA. Medication error: conceptions and behaviors of the nursing team members. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental* [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 04]; 13: 109-116, 2021. Available from: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7853>
112. Skagerström J, Ericsson C, Nilsen P, Ekstedt M, Schildmeijer K. Patient involvement for improved patient safety: A qualitative study of nurses' perceptions and experiences. *Nurs Open* [Internet]. 2017 [cited 2022 Mar 04]; 4(4):230-239. Available from: <https://doi.org/10.1002/nop2.89>
113. Smith MY, Benattia I. The Patient's Voice in Pharmacovigilance: Pragmatic Approaches to Building a Patient-Centric Drug Safety Organization. *Drug Saf* [Internet]. 2016 [cited 2021 Apr 10]; 39(9):779-85. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40264-016-0426-9>
114. Soares EA, Carvalho TLC, Santos JLP dos, Silva SM da, Cruz Matos J da. Patient Safety Culture and the Notice of Adverse Events Practice. *EJCH* [Internet]. 2019 [cited 2022 Oct 11]; (36):e1657. Available from: <https://doi.org/10.25248/reas.e1657.2019>
115. Sousa P, Mendes W. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. 1ª ed. [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014 [cited 2021 Jun 01]. 208. Available from: <https://doi.org/10.7476/9788575415948>
116. Sousa JBA, Brandão MDJM, Cardoso ALB, Archer ARR, Belfort IKP. Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: Desafio na segurança do paciente. *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. 2020 [cited 2024 Oct 25]; 3(3): 6467-6479. Available from: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-195>

117. Sousa MDCP, Cruz JN, Elias CDMV, Gonçalves NPC, Sousa ML, Sousa PCC. Vulnerabilidades, concepções e atitudes relacionadas à saúde do homem. *R. pesq.: cuid. fundam.* [internet] 2020. [cited 2024 Oct 14]; 12: 939-945. Available from: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.6478>
118. Sousa P, Mendes W. *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. 2ª ed. [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019 [cited 2021 Sept 17]. 268. Available from: <https://doi.org/10.7476/9788575416426>
119. Swinfen D, Labuschagne M, Joubert G. Disclosing medical errors: how do we prepare our students? *BMC Med Educ* [Internet]. 2023 [cited 2024 Dez 10]; 23:191. Available from: <https://doi.org/doi: 10.1186/s12909-023-04125-3>
120. Souta MM, Filho PCPT, Vedana KGG, Pedrão LJ, Miasso A I. Medication system: analysis of actions taken by professionals in psychiatric units. *Texto & Contexto Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2022 Mar 04]; 25(4):1-9. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016000170015>
121. Souza AD D, Hoffmeister LV, Moura G MSSD. Facilitators and barriers of patient involvement in hospital services: integrative review. *Texto & Contexto-Enfermagem* [Internet]. 2022 [cited 2023 Set 02]; 31: e20200395. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0395pt>
122. Souza HX, Sacramento ABA de A, Dantas LV, Paranaguá TTB. Surgical patients' perception of safety and their involvement in health care. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2020 [cited 2024 Mar 11]; 28: e51498. Available from: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.51948>
123. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2021[cited 2024 Aug 11]; 34: eAPE02631. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
124. Thomas DB, Oenning NSX, Goulart BNG. Aspectos essenciais na construção de instrumentos de coleta de dados em pesquisas primárias de saúde. *Rev. CEFAC* [Internet]. 2018 [cited 2023 Mar 25]; 20(5):657-664. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620182053218>
125. Tobiano G, Manias E, Thalib L, Dornan G, Teasdale T, Wellwood J, et al. Older patient participation in discharge medication communication: an observational study. *BMJ Open* [Interte]. 2023 [cited 2024 Jul 14];13: e064750. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064750>
126. Tobiano G, Chaboyer W, Teasdale T, Raleigh R, Manias E. Patient engagement in admission and discharge medication communication: a systematic mixed studies review. *International journal of nursing studies*

[Internet] 2019. [Cited 2024 Oct]; 95: 87-102. Available from:
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.04.009>

127. Tomasi YT, Souza GN, Bitencourt JVDOV, Parker AG, Parker A G, Martini JG, et al. Atuação do enfermeiro na administração de medicamentos em uma instituição hospitalar: estudo descritivo. *Emferm Foco* [Internet]. 2015 [cited 2022 Oct 10]; 6 (1/4): 06-11 Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2015.v6.n1/4.569>
128. Vahdat S, Hamzehgardeshi L, Hessam S, Hamzehgardeshi Z. Patient involvement in health care decision making: a review. *Iran Red Crescent Med J* [Internet]. 2014 [cited 2020 Jan 18]; 16(1): e12454. Available from: <https://doi.org/10.5812/ircmj.12454>
129. Van Herpen-Meeuwissen LJM, Van Den Bemt BJJ, Derijks HJ, Van Den Bemt PMLA, et al. The effect of patient's own medication use on patient's self-reported medication knowledge during hospitalisation: a pre-post intervention study. *BMC Health Services Research*. 2022. [cited 2024 Aug 16]; 423:22. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07752-6>
130. Velloso ISC, Tizzoni JS. Criteria and strategies of quality and rigor in qualitative research. *Cien Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 18]; 26:28. Available from: <https://doi.org/10.29393/CE26-22CEIS20022>
131. Vilela RPB, Pompeo DA, Jericó MC, Werneck AL. Cost of the medication error and adverse drug events in the medication therapy chain: review literature as a topic. *J Bras Econ Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2022 Aug 18]; 10(2): 179-189. Available from: <https://doi.org/10.21115/JBES.v10.n2.p179-189>
132. Villar VCFL, Duarte SCM, Martins M. Patient safety in hospital care: a review of the patient's perspective. *Cad. Saúde Pública*. [internet]. 2020 [cited: 2024 Aug 08]; 36(12): e00223019. Available from: [10.1590/0102-311X00223019](https://doi.org/10.1590/0102-311X00223019)
133. Villar VCFL, Martins M, Rabello ET. Qualidade do cuidado e segurança do paciente: o papel dos pacientes e familiares. *Saúde debate* [Internet]. 2022 [citado 2024 Out 10]; 46(135):1174-86. Available from: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/6999>
134. Vincent C; Carthey J; Macrae C; Amalberti R. Safety analysis over time: seven major changes to adverse event investigation. *Implementation Science* [Internet] 2017. [cited 2024 Aug 01]; 12:151. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0695-4>
135. 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* [Internet]. 2020 [cited 2024 Aug 12]; 29: e20180358. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-20180358>
136. Wachter RM. *Compreendendo a segurança do paciente*. 2. ed. BUSS C, translator. Porto Alegre: Mc Graw Hill; 2013. 478 p.

137. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Education for culture of patient safety: Implications to professional training. Esc Anna Nery [Internet]. 2016 [cited 2021 Feb 07];20(3): e20160068. Available from: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>
138. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: WHO; 1986. [cited 2022 Feb 07].: Available from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349652/WHO-EURO-1986-4044-4380361677-eng.pdf?sequence=1>
139. World Health Organization. Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care. Geneva: WHO; 2005. [cited 2022 Feb 07]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43358/9241593733_eng.pdf?sequence=1
140. World Health Organization. Second global challenge for patient safety: for Safe Surgery [Internet] 2008. Geneva: WHO; [cited 2022 Mar 02] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-PSP-2008.07>
141. World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Geneva: WHO; 2009. [cited 2024 Jun 05] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-PSP-2010.2>
142. World Health Organization (WHO). Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care: Medication Reconciliation Implementation Guide [Internet] 2014. [Aced Oct 08] Version 4. 78p. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/high5s-implementation-guide-medication-reconciliation>
143. World Health Organization. Medication without harm: WHO global patient safety challenge. Geneva: WHO; 2017. [cited 2024 Jul 20] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.6>
144. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. Geneva: WHO; 2021. [cited 2024 Jun 13] Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patientsafety/policy/global-patient-safety-action-plan>
145. World Health Organization. Announcing World Patient Safety Day 2022. Geneva: WHO; 2022. [cited 2023 Mar 25] Available from: Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/campaigns-and-initiatives/patient-safety/announcing-world-patient-safety-day2022.pdf?sfvrsn=c5e32a09_34.
146. World Health Organization. Announcing World Patient Safety Day 2023: Engaging Patients for Patient Safety [Internet]. Geneva; World Health Organization; 2023. [cited 2024 Aug 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2023/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2023--engaging-patients-for-patient-safety>.

147. World Health Organization. Global patient safety report 2024. Geneva: WHO; 2024. [cited 2024 Aug 20] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240095458>
148. World Health Organization. World Health Assembly, 72. Global action on patient safety [Internet]. Geneva; World Health Organization; 2019 [cited 2023 Sep 05]. 5 p. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf
149. World Health Organization. WHO's Global Health Estimates, 2000 to 2019. Geneva: WHO; 2020 [cited 2024 Jul 20] Available from: <https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>
150. Wolf JA, Niederhauser V, Marshburn D, LaVela SL. Defining Patient Experience. Patient Experience Journal [Internet] 2014. [cited 2024 Aug 11]; 1(1):7-19. Available from: <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1004>.
151. YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2. ed. Grassi D, translator. Porto Alegre: Bookman; 2001. 205 p.
152. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5. ed. Herrera CM, translator. Porto Alegre: Bookma; 2015

APÊNDICES

1. Apêndice I - Instrumentos de coleta de dados

Data: ___/___/___ Entrevistador: _____ Participante nº: _____

1) Caracterização geral

Sexo: 1- Feminino () 2- Masculino () Idade: _____ Código: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Procedência: _____

Comorbidades existentes antes da internação: _____

Diagnóstico Atual: _____

Número de hospitalização: _____

Tempo de hospitalização: _____

2) Informações relativas à segurança na administração de medicamentos.

1. O que você entende por erro de medicação?
2. Durante a sua internação você já foi vítima de erro de medicação (nesta ou em outra internação/instituição?). Descreva o erro e as consequências para você?
3. Quando aconteceu o erro você foi comunicado? Quem te comunicou?
4. Na sua internação, você se sente seguro durante a administração de medicamento? Por quê?
5. Você é envolvido/ orientado/ estimulado/ incentivado pelos profissionais de enfermagem para participar da administração de medicamento? Descreva como a equipe de enfermagem lhe incentiva, orienta envolve, estimula a participar da administração de medicamentos?
6. Descreva como você faz para não cometerem erros de medicação na sua internação
7. Quis as facilidades e dificuldades para você se envolver na administração de medicamentos?
8. Observações.

2. Apêndice II. Termo de Consentimento e Livre Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada: **“ENVOLVIMENTO DOS PACIENTES NA SEGURANÇA DO CUIDADO DURANTE A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS”**. Meu nome é Jânia Oliveira Santos, sou Enfermeira, Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar participar do estudo, assine no final do documento que está em duas vias. Uma delas será sua e a outra ficará com o pesquisador responsável, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Trata-se de um trabalho de **Doutorado** que tem como **objetivo geral**: Analisar o envolvimento dos pacientes, na etapa de administração de medicamentos, durante a sua internação em unidade hospitalar. E como **objetivos específicos**: verificar se o paciente reconhece o seu envolvimento na etapa de administração de administração de medicamentos, durante o seu período de internação; verificar se os pacientes reconhecem e as ações dos profissionais de enfermagem para promover o seu envolvimento nas etapas de administração de medicamentos; identificar os incidentes ocorridos durante a etapa de administração de medicamentos, na perspectiva dos pacientes; verificar quais os benefícios e as barreiras, na visão do paciente para o seu envolvimento na etapa de administração de medicamentos.

A sua participação é voluntária, portanto, não receberá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira. Você possui total liberdade de não aceitar em participar da pesquisa, bem como de retirar o consentimento sem qualquer prejuízo, constrangimentos a seu desempenho profissional ou influência no local de trabalho, e terá a garantia de receber explicações sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa, quando solicitadas. Sua identificação será mantida em sigilo e não poderá ser vinculada às suas respostas. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros.

Considerando que toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, informamos que todos os possíveis riscos, seja de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual serão analisados a fim de eliminar qualquer possibilidade de dano decorrente da participação na pesquisa.

A fim de minimizar possíveis riscos decorrentes da participação dos profissionais de saúde, garantimos acesso aos resultados individuais e coletivos, bem como divulgação pública dos resultados; minimizaremos desconfortos, garantindo local reservado para a coleta de dados e liberdade para não responder questões constrangedoras; garantimos que a pesquisadora é habilitada ao método de coleta dos dados; estaremos atentos aos sinais verbais e não verbais de desconforto; garantimos a não violação e a integridade dos documentos originados da pesquisa;

asseguramos a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas.

Assumimos a responsabilidade de dar assistência imediata e integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos. O estudo será suspenso imediatamente ao perceber algum risco ou danos à saúde do participante da pesquisa. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente da participação na pesquisa, o participante será indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os dados resultantes dessa pesquisa são importantes para o entendimento do envolvimento dos profissionais e pacientes no cuidado seguro.

Caso aceite participar da pesquisa, pedimos a gentileza de assinar o consentimento de participação. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato comigo pelo telefone (63) 9-84999414 - E-mail: janias@gmail.com ou com a professora orientadora deste trabalho, Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra, pelo telefone (62) 9-96370971 - E-mail: analuciaqueiroz@uol.com.br. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal do Tocantins, nos telefones: (63) 3229-4023 ou no endereço: **Endereço:** Prédio novo da Reitoria - 2º Pavimento, Sala 1 ou via **E-mail:** cep_uft@uft.edu.br.

Palmas, __/__/__

Pesquisadora responsável pela entrevista

Termo de Consentimento

Eu, _____, declaro que, após ter sido devidamente esclarecido (a) sobre a pesquisa intitulada, **“ENVOLVIMENTO DOS PACIENTES NA SEGURANÇA DO CUIDADO DURANTE A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS”**, a ser realizada pelas pesquisadoras M^a Jânia Oliveira Santos, Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra e Gissele Pinheiro Lima Aires Gomes; concordo em fazer parte como participante.

Palmas, __/__/__

Participante da pesquisa

Desde já agradecemos!

ANEXOS

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TOCANTINS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENVOLVIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E PACIENTES NA SEGURANÇA DO CUIDADO DURANTE A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Pesquisador: JÂNIA OLIVEIRA SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54377621.1.0000.5519

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal do Tocantins

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.348.969

Apresentação do Projeto:

Parecer avaliado de acordo com Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466 de 12/12/12 e suas complementares.

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa", "Avaliação dos Riscos e Benefícios", Comentários e considerações sobre a pesquisa foram copiadas dos arquivos "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1848301.pdf" de 05/12/2021 e do "Projeto de Pesquisa.docx" de 05/12/2021.

- Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação DINTER em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás com Universidade Federal do Tocantins, para obtenção do título de doutora em enfermagem,

- Trata-se de um estudo utilizando os pressupostos da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou Grounded Theory (GT). Tal metodologia de pesquisa foi criada nos Estados Unidos pelos sociólogos Barney Glaser (University of Chicago) e Anselm Strauss (Columbia University), a partir da publicação de seu livro intitulado obra The Discovery of Grounded Theory em 1967.

- O estudo será realizado nas unidades de especialidades clínicas e cirúrgicas de ~~uma instituição credenciada pelo Sistema Único de Saúde, referência da região norte para atendimento de saúde de alta complexidade da população do estado do Tocantins e demais estados circunvizinhos.~~

- A amostra consta 120 (mil – descritos na PB) participantes profissionais de enfermagem que

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado

Bairro: Plano Diretor Norte

CEP: 77.001-090

UF: TO

Município: PALMAS

Telefone: (63)3232-8023

E-mail: cep_uh@uft.edu.br

Continuação do Parecer: 5.348.969

atuam nas unidades de especialidades clínicas e cirúrgicas, que administram medicação; assim como os pacientes internados no período de coleta de dados que estão em uso de medicamentos. Os participantes serão selecionados de modo aleatório nas diversas unidades clínicas e definidos por sorteio entre os pacientes internado no período da coleta, o número total de entrevistado será definido de acordo com a saturação dos dados.

- Os Critérios de Inclusão: Serão incluídos no estudo todos os profissionais que estejam em atividade há pelo menos 6 meses, que concordarem em participar, assim como os pacientes que tenham idade maior ou igual a 18 anos que estejam internados há pelo menos 24 horas no período de coleta, em uso de medicamento e que tenham nível de consciência que possibilite a capacidade de responder/participar da entrevista (Glasgow: 15)*.

- Os Critérios de Exclusão: Não farão parte do estudo todos os servidores que estiverem de férias, licenças e/ou afastados de suas atividades (por qualquer motivo) até a finalização da coleta; e os pacientes que não conseguirem se comunicar verbalmente, ou com alterações do nível e consciência que inviabilizem a compreensão do questionário e pacientes que tiverem (da equipe de saúde) registro ou relato de alteração do nível de consciência.

- O procedimentos para a coleta de dados: A coleta de dados será realizada no período de fevereiro a agosto de 2021, nos turnos matutino, vespertino e noturno, no horário de trabalho dos respectivos servidores do hospital. A coleta será realizada em duas etapas (Etapa I – Com pacientes; Etapa II – Com profissionais de saúde) por meio de consulta ao prontuário, entrevistas guiadas por um instrumento semiestruturado e observação da realidade.

- O plano para análise de dados: As entrevistas serão analisadas de acordo com o pressuposto da Grounded Theory (GT). Para auxiliar na análise dos dados será utilizado o software o software Atlas.ti, que na atualidade é amplamente utilizado por pesquisadores para análise de dados qualitativos. O referido software, facilitando o trabalho do analista e contribuindo para o estabelecimento de relações que culminam no tratamento e inferência dos resultados (SILVA; LEÃO, 2018).

Tarozzi (2011), aponta o uso do software Atlas ti como ferramenta que auxilia na GT, ele ajuda na elaboração do texto, na formação de uma data base e possibilita arquivar e gerenciar os textos advindos das entrevistas de coleta de dados da pesquisa.

A análise dos dados propriamente dita seguirá o pressuposto da GT, sendo realizada em concomitante com a coleta dos dados, após transcritas, as entrevistas serão codificadas. A codificação é um conjunto de procedimentos e técnicas para conceituar os dados, é mais analítica de que interpretativa e proporciona uma interpretação a partir dos dados (TAROZZI, 2011).

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado

Bairro: Plano Diretor Norte

CEP: 77.001-090

UF: TO

Município: PALMAS

Telefone: (63)3232-8023

E-mail: cep_uf@uft.edu.br

Continuação do Parecer: 5.348.969

A primeira codificação realizada será a codificação a inicial que consiste em fazer uma análise holística dos dados, explora todas as possibilidades teóricas existente (extrai conceitos ainda não totalmente imaturos/não saturados), os dados desta codificação advém das entrevistas, da observação e das anotações de campo; em seguida será feita codificação focalizada onde se faz a análise dos elementos conceituais por meio da organização e síntese das partes amplas dos textos separando e reunindo estes em macrocategorias e criando ligações entre estas (também chamada de codificação axial); e por fim será realizada a terceira fase de codificação, que é a construção da teoria propriamente dita a partir do nexos estabelecido entre as categoria, busca core category, e faz a síntese do conceito estudado nos aspectos comportamentais, social, psicológico dentro do fenômeno que é vivenciado pelos sujeitos (CHARMAZ, 2009; TAROZZI, 2011).

As respostas dos profissionais de enfermagem serão discutidas considerando as etapas de verificação do propostas no Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos da ANVISA para identificar o conhecimento dos mesmos sobre as etapas recomendadas.

Em relação a participação do paciente, as respostas dos profissionais serão analisadas a fim de validar as informações quanto ao envolvimento do paciente na medicação sem danos.

- Desecho primário: É provável que o envolvimento do paciente no cuidado para a garantia da segurança não é desenvolvido em cenários de assistência à saúde em decorrência de déficit de formação dos profissionais e suporte organizacional para a sua aplicabilidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário

Analisar as estratégias dos profissionais de enfermagem e dos pacientes acerca do envolvimento dos mesmos, na segurança do cuidado, durante a etapa de administração de medicamentos.

Objetivos secundários

1. Identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem quanto as etapas de administração de medicamentos e relacionar com as recomendações do protocolo de segurança na administração de medicamentos da ANVISA.
2. Descrever as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde, nas etapas de administração de medicamentos, que poderão contribuir para promover o envolvimento do paciente na segurança do cuidado.
3. Identificar os incidentes ocorridos durante a etapa de administração de medicamentos, na

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado

Bairro: Plano Diretor Norte

CEP: 77.001-090

UF: TO

Município: PALMAS

Telefone: (63)3232-8023

E-mail: cep_uft@uft.edu.br

Continuação do Parecer: 5.348.969

perspectiva dos profissionais de enfermagem.

4. Verificar quais os benefícios e as barreiras ao promover o envolvimento do paciente na segurança do cuidado durante a etapa de administração de medicamentos.

5. Verificar se o paciente internado, reconhece as ações dos profissionais de enfermagem para promover o seu envolvimento nas etapas de administração de medicamentos.

6. Verificar se o paciente participa ou percebe o seu envolvimento na etapa de administração de administração de medicamentos, durante o seu período de internação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Riscos: "Considerando que toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, informamos que todos os possíveis riscos, seja de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual serão analisados a fim de eliminar qualquer possibilidade de dano decorrente da participação na pesquisa.."

- Benefícios:

- Espera-se que os resultados possam transformar a práxis profissional, subsidiar discussões e contribuir para estudos, impulsionando a produção científica sobre a administração de medicamentos na gestão dos serviços de saúde e no contexto do envolvimento do paciente para a garantia do cuidado seguro."

- Em relação aos RISCOS descritos na Resolução CNS 466/12 no III.1, alínea b, bem como a Norma Operacional CONEP 001/2013 Item 12 os pesquisadores ponderam riscos e benefícios envolvidos na execução da pesquisa. Os pesquisadores avaliaram a gradação dos riscos e descreveram as medidas para sua minimização e proteção do participante da pesquisa, as medidas para assegurar os necessários cuidados, no caso de danos aos indivíduos e os possíveis benefícios, diretos ou indiretos, para a população estudada e a sociedade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Projeto de extrema relevância considerando, como os próprios pesquisadores apresentam "Eventos adversos relacionados a medicação estão entre os incidentes mais frequentes nos cuidados em saúde, com destaque para os erros de medicação e as reações adversas a medicamentos; o primeiro é previsível e decorrente de falhas o segundo são resultantes do uso de medicamentos é imprevisível e ocorre dentro da dose usual de medicação e não está sobre o controle da equipe de saúde."

- O protocolo, em geral, apresenta de modo organizado. Como se trata de um projeto de pesquisa

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado

Bairro: Plano Diretor Norte

CEP: 77.001-090

UF: TO

Município: PALMAS

Telefone: (63)3232-8023

E-mail: cep_uf@uft.edu.br

Continuação do Parecer: 5.343.969

apresentado ao Programa de Pós-Graduação DINTER em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás com Universidade Federal do Tocantins, para obtenção do título de doutora em enfermagem, entende-se que o protocolo atende a Resolução 466/12 estando adequado para ser desenvolvido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de Rosto - todos os campos foram preenchidos, datados e assinados, com identificação dos signatários. As informações prestadas são compatíveis com as do protocolo. A identificação das assinaturas contém, com clareza, o nome completo e a função de quem assinou, bem como está indicada por carimbo.
- Orçamento financeiro - detalha os recursos e destinação, apresentado em moeda nacional e explícita no projeto quem custeará a pesquisa.
- Cronograma - descreve a duração total e as diferentes etapas da pesquisa.
- TCLE: Elaborado em forma de convite, inclui informações quanto à justificativa, os objetivos e os procedimentos; explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados dessa participação e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, considerando características e contexto do participante da pesquisa; esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa; garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma; garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa; garantia de que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; explicitação de como serão cobertas as despesas da pesquisa e dela decorrentes; explícita a garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Refere ser elaborado em duas vias, garantiu espaços em todas as páginas para colher assinaturas do convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, bem como do pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s), com identificação do endereço e contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa e do CEP local. Cumpriu as exigências éticas expressas na CNS nº 466/12.
- Declaração de Compromisso do Pesquisador Responsável – contemplada na folha de rosto em pesquisador responsável.
- Documento da Instituição Campo Autorizando o Estudo – emitido pela SES assinado pelo NEP, Diretor do ~~instituição~~ ambos carimbados e assinados pela.

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado
Bairro: Plano Diretor Norte CEP: 77.001-080
UF: TO Município: PALMAS
Telefone: (63)3232-8023 E-mail: oep_uft@uft.edu.br

Continuação do Parecer: 5.348.969

- Instrumentos de coleta – construídos em conformidade com os objetivos da pesquisa.
- Projeto de pesquisa - anexado de forma correta.
- Os currículos dos pesquisadores atendem as exigências para esta pesquisa.

Recomendações:

- Conforme item XI (DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL) na Resolução CONEP 466/12, destacamos apenas como lembrete:

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e/ou finais;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Não foram observados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Reitera-se que, conforme Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e Resolução CNS 510/2016, Art. 28, inc. V, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1848301.pdf	05/12/2021 10:49:17		Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREESCLARECIDO.docx	05/12/2021 10:44:34	JÂNIA OLIVEIRA SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodecompromisso.pdf	05/12/2021 10:42:41	JÂNIA OLIVEIRA SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado	Projeto de Pesquisa.docx	05/12/2021	JÂNIA OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado

Bairro: Plano Diretor Norte

CEP: 77.001-090

UF: TO

Município: PALMAS

Telefone: (63)3232-8023

E-mail: cep_uf@uft.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TOCANTINS



Continuação do Parecer: 5.348.969

/ Brochura Investigador	Projeto de Pesquisa.docx	10:41:31	SANTOS	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	05/12/2021 10:36:14	JÂNIA OLIVEIRA SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer da SES.pdf	05/12/2021 10:35:57	JÂNIA OLIVEIRA SANTOS	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	05/12/2021 10:31:54	JÂNIA OLIVEIRA SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosloassinada.pdf	11/11/2021 14:52:48	JÂNIA OLIVEIRA SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PALMAS, 13 de Abril de 2022

Assinado por:
PEDRO YSMAEL CORNEJO MUJICA
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado

Bairro: Plano Diretor Norte

CEP: 77.001-090

UF: TO

Município: PALMAS

Telefone: (63)3232-8023

E-mail: cep_uft@uft.edu.br



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE


ANEXO IV
TERMO DE LIBERAÇÃO PARA
COLETA DE DADOS
07/2021

Identificação da Pesquisa

Pesquisador(a) Responsável: Jânia Oliveira de Santos

Título do Projeto de Pesquisa: **ENVOLVIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E PACIENTES NA SEGURANÇA DO CUIDADO DURANTE A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

Data: 24/11/2021


Diretor(a) da Unidade de Saúde



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO III
Carta de Anuência

07/2021

Carta de Anuência

Declaro conhecer e apoiar o projeto de pesquisa intitulado: **ENVOLVIMENTO PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E PACIENTES NA SEGURANÇA DO CUIDADO DURANTE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS** sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) Jânia Oliveira Santos a ser executado no(a) ~~Unidade de Saúde~~

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas Resolução CNS nº: 466/2012 e o projeto somente poderão iniciar nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer penalização alguma.

Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial Resolução CNS nº: 466/2012. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no respeito da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar, autorizo sua execução, desde que o projeto seja aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa.

Local e Data: Palmas - TO, 24 de novembro, 2021



Diretor(a) da Unidade de Saúde

