

CAUSAS DE ERROS NA MEDICAÇÃO

Elisabete de Fátima Dinis Diz⁽¹⁾
 Maria José Almendra Rodrigues Gomes⁽²⁾



Resumo

Quando avaliamos uma situação de erro, é fundamental considerar não só a actuação dos indivíduos envolvidos, como também o sistema em que os mesmos se inserem e actuam. Para a génese de um qualquer erro contribuem não só as atitudes e / ou práticas de actuação individual, mas sobretudo os elementos de vulnerabilidade que residem na própria estrutura do sistema organizacional e que facilitam ou potenciam a ocorrência de erros.

Este estudo com características descritivas, teve como principal objectivo identificar causas de erros na medicação.

Os dados obtidos permitem-nos concluir que:

A utilização de abreviaturas na transcrição da medicação e o uso de seringas parenterais para a administração de soluções orais, constituem as práticas contribuintes para a ocorrência de erros. Os enfermeiros assumem os seus erros, não tendo receio em denunciar os mesmos. Contudo, nota-se alguma relutância em fazê-lo perante o doente e a família e em lidar com o erro dos outros.

Palavras-chave: Erro; Medicação; Enfermagem

Abstract

Causes of errors in medication

When an error situation is evaluated, it is fundamental to consider not only the performance of the involved person, but also the system where they are working. To the genesis of any error contribute not only the attitudes and/or individual practices of actuation, but mainly the elements of vulnerability that are properly installed in the system organizational structure which facilitate or promote the error occurrence.

This study, with descriptive characteristics, had as a principal aim to identify the causes of errors in medication.

The obtained data enable us to conclude that:

The utilization of abbreviations in the transcription of medication and the use of parenteral syringes to the administration of oral solutions constitute the contributive practices to the occurrence of errors.

The nursing staff assumes their errors not having fear in denouncing the same. However was identified some reluctance in doing this in the presence of the patient and its family. Some reluctance was also detected in the way how to deal with the errors of the others.

Keywords: Error; Medication; Nursing

Recepcionado em 07-01-2008. Aceite em 05/2008

⁽¹⁾ Enfermeira Graduada na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital de Santo António dos Capuchos.

⁽²⁾ Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Bragança/ Escola Superior de Saúde, Mestre em Saúde Pública

INTRODUÇÃO

A administração de medicamentos é uma das actividades mais sérias e de maior responsabilidade da enfermagem, sendo necessário para a sua execução, a aplicação de vários princípios científicos que fundamentem a acção do enfermeiro, de forma a promover a segurança necessária.

O sistema de medicação constitui um processo multidisciplinar que envolve três áreas: medicina, farmácia e enfermagem. Inicia-se no momento da prescrição médica, distribuição e dispensação pelo farmacêutico, terminando com a transcrição da prescrição e administração propriamente dita pelo enfermeiro. Para tanto, vários profissionais estão envolvidos, e todos eles têm o dever de cooperar na excelência dos cuidados de saúde prestados, tendo em consideração que cada um tem competências e conhecimentos próprios.

A expectativa de que os profissionais de saúde sejam infalíveis, faz com que os erros sejam encarados como falta de cuidado, falta de atenção ou falta de conhecimento, tornando-os inaceitáveis. Contudo, na grande maioria dos casos, o erro não é sinal de não profissionalismo, mas sim consequência do facto de que é inevitável, humano e porque muitas instituições possuem sistemas altamente condutivos a ele.

A escolha de um tema *«tão cinzento na cor, como sinistro no perfil e amargo no travo»* (Lobo Antunes, 1996, pag 77), prende-se com o facto de que, apesar dos percursos académicos serem cada vez mais rigorosos e exigentes, e, se verificarem avanços científicos e tecnológicos os erros continuam a acontecer. Torna-se pois necessário abordar o assunto, por forma a que os erros se tornem aliados no processo de aprendizagem e não meios de punição. Com este estudo, pretendemos atingir os seguintes objectivos:

- Identificar problemas na prática de enfermagem que contribuem para erros de medicação; Perceber a sensibilidade dos enfermeiros face à notificação do erro; Identificar causas de erro inerentes ao sistema; Avaliar a percepção dos enfermeiros face às novas tecnologias como meio de redução de erros

CLARIFICAÇÃO DE CONCEITOS

O interesse pelo estudo da dinâmica dos erros, nomeadamente o estudo das suas múltiplas determinantes, fez nascer toda uma terminologia que convém saber usar com precisão. Consideramos assim, ser necessário proceder a uma clarificação de termos relacionados com o erro e que são utilizados no nosso dia a dia. Recorremos a Fragata e Martins (2004), para nos ajudar na clarificação de alguns conceitos, nomeadamente:

Erro

É sempre uma falha, não intencional, na realização de uma acção previamente planeada que faz com que não se atinja o resultado esperado. Os erros podem ser considerados o resultado de acções não intencionais em que, por distração, por má aplicação de regras ou por má deliberação se falhou o plano (“erros honestos”). No entanto, os erros podem ter também a sua origem em violações de regras que são cometidas por imprudência, escolha deliberada de comportamentos de risco ou desobediências aos preceitos estabelecidos (“erros desonestos”). Deste modo, estamos perante uma negligência, e como tal, existe culpa imputável.

Erro na medicação

«Qualquer incidente prevenível que pode causar dano ao paciente ou dar lugar à utilização inapropriada dos medicamentos, quando estes estão sob control dos profissionais de saúde, do paciente ou consumidor. Estes incidentes podem estar relacionados com as práticas profissionais, com os produtos, com os procedimentos ou com os sistemas, e incluem as falhas na prescrição, comunicação, etiquetagem, embalagem, denominação, preparação, dispensação, distribuição, educação, seguimento e utilização dos medicamentos» (National Coordinating Council For Medication Error Reporting and Prevention, 1998).

Erro de enfermagem

«Enganos realizados no processo de cuidados e que resultam ou têm potencial para resultar em dano para o doente» (Agency for Healthsare Researche and Quality, 2003).

CAUSAS DE ERROS

Quando avaliamos uma situação de erro, é fundamental considerar não só a actuação dos indivíduos envolvidos, como também o sistema em que os mesmos se inserem e actuam. Para a génese de um qualquer erro contribuem não só as atitudes e / ou práticas de actuação individual, mas sobretudo os elementos de vulnerabilidade que residem na própria estrutura do sistema organizacional e que facilitam ou potenciam a ocorrência de erros. Atendendo a que não é possível sugerir ou aplicar medidas preventivas, sem que haja um perfeito conhecimento das causas da falha humana, torna-se necessário aprofundar conhecimentos sobre a natureza do erro, bem como, dos momentos e dos locais em que o mesmo é produzido.

Segundo Reason (2000), as decisões e actuações humanas, podem contribuir para a ocorrência do erro, através de uma sequência de falhas activas e falhas latentes que se alinham.

Falhas activas, são os actos inseguros cometidos pelas pessoas que estão em contacto directo com os doentes (enfermeiros, médicos, auxiliares da acção médica, etc). Podem assumir várias formas: descuidos, lapsos, enganos, violação de procedimentos e imperícia. As suas consequências, normalmente têm visibilidade imediata.

Falhas latentes, são as decisões tomadas pelos designers, construtores, por quem escreve as normas e pelos gestores (escalões mais a montante do sistema). Respeitam ao planeamento e aos recursos da organização. São consideradas os “residentes patogénicos”. As consequências de decisões inapropriadas a este nível, não têm um impacto imediato.

As defesas, podem ser caracterizadas de acordo com a função que se propõem servir e pelo modo como essas funções são realizadas (Reason, 1997 citado por Fragata e Martins, 2004). As funções defensivas, encontram-se normalmente operacionalizadas através de uma combinação de aplicações hard e soft. Defesas hard incluem os dispositivos técnicos (que impedem conexões erradas), sistema de alarmes, barreiras físicas, etc. As defesas soft correspondem à legislação, regulamentação, treino, formação, etc (Fragata e Martins, 2004).

Os acidentes resultam quase sempre não de actos isolados, mas de uma sucessão de falhas acti-

vas, falhas passivas e faltas de defesa que criam no seu jogo dinâmico, buracos de segurança, uma vez que estão constantemente a mudar de posição entre si, alinhando-se numa trajectória linear possível, ocorrendo o acidente (uma linha que conseguiu atravessar os diversos buracos, sem que uma qualquer defesa a pudesse impedir) (Fragata, 2006).

Na génese do erro estão também presentes factores fisiológicos, ambientais e psicológicos. Todos eles condicionam a performance humana, interferindo no desempenho das tarefas realizadas, contribuindo assim para evitar ou favorecer a ocorrência do erro (Bulhões, 2001).

Há já vários anos que se vem discutindo o impacto negativo provocado pela fadiga e privação de sono, devidas essencialmente á carga horária excessiva praticada no sector da saúde (sobretudo pela frequência de duplo emprego), sobre a capacidade de resposta física e psíquica dos indivíduos. Dawson (1997) citado por Helmreich (2004), considerou que a performance psicomotora de um profissional é semelhante à de um indivíduo legalmente bêbedo, após um turno de (24) vinte e quatro horas. A Agency for Healthcare Research and Quality (2003), verificou que os erros relacionados com técnicas e procedimentos ocorrem mais frequentemente no turno da noite e quando há redução do período de sono.

As questões pessoais e o stress podem ter também efeitos negativos na performance, resultando numa diminuição da capacidade de atenção. O stress é o resultado das interacções entre as solicitações externas e a nossa capacidade de resposta. Se por um lado um certo grau de stress e de activação cognitiva, poderá favorecer o nosso desempenho, por outro lado, o termo “stress” envolve sempre uma resposta exagerada com implicações físicas negativas que levam à exaustão emocional, à despersonalização e comprometem a concentração, o discernimento e a performance (Fragata, 2006).

O factor tempo, não pode ser descurado quando abordamos a génese do erro. Estudos referidos por Alves (1998) citado por Bulhões (2001), apontam que a possibilidade de alguém errar quando o tempo disponível para diagnóstico é de um minuto, é quase 100%. Essa probabilidade é de cerca de 90% em cinco minutos, 10% em vinte minutos e 1% após meia hora. Por último, mas não menos impor-

tante factor contribuinte à ocorrência de erros, é a comunicação, ou melhor a sua falta entre a equipa multidisciplinar. A comunicação é fundamental em todos os sectores de actividade, mas assume especial importância no sector saúde.

No que respeita aos erros na medicação, além do já referido, podemos ainda acrescentar como factores causais para a sua ocorrência:

- Má qualidade da letra; as ordens verbais, utilizadas principalmente em situações de emergência; falta de padronização na nomenclatura dos medicamentos, pois muitos deles têm nomes comerciais parecidos, levando a interpretações incorrectas; prescrições incompletas (falta de via, dose, posologia ou diluição), levando cada profissional a tirar as suas próprias conclusões quanto à forma de agir; deficiente formação académica; inexperiência; negligência; desatenção ou desactualização tanto quanto aos avanços tecnológicos e científicos, como ao manuseamento de material e equipamentos (Silva e Casiani, 2004)

A utilização de abreviaturas, acrónimos e símbolos não standardizados, embora simplifique o processo da prescrição, torna-se uma causa importante de ocorrência de erros, uma vez que podem ser interpretados erradamente por profissionais não familiarizados, e, podem existir vários significados para a mesma abreviatura ou acrónimo (López, Muñoz, Hurlé, 2004).

Também em relação aos erros na medicação, não nos podemos esquecer das causas residentes nas falhas latentes do sistema (falta de protocolos, deficiente manutenção dos aparelhos, entre outros). Estima-se que no contexto destes erros, cerca de 70% sejam devidos ao sistema e só cerca de 30% tenham origem na prática individual, ou seja, falha activa humana (Fragata e Martins, 2004). No momento em que as instituições se preocuparem em saber “como” e “porquê” os erros ocorrem, e não “quem” foi o responsável, contarão com a colaboração dos profissionais para “denunciar” as falhas que possam estar a acontecer no processo da medicação.

« *we cannot change the human condition, but we can change the conditions under which humans work* » (James Reason, 2000).

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Metodologicamente classificamos o nosso estudo como descritivo.

O estudo foi desenvolvido em 2007, a população foi constituída pelas equipas de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos do Hospital de Santa Marta; Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Dona Estefânia e Serviço de Urgência do Hospital São Francisco Xavier. A escolha destes serviços foi feita de forma aleatória.

O tamanho da amostra é de 117 enfermeiros que aceitaram participar no estudo. A escolha do instrumento de colheita de dados teve em conta as características do nosso estudo. Assim, recorreu-se ao uso de um questionário composto por 30 questões, das quais 29 são fechadas de escolha múltipla e uma questão aberta. Foi solicitada autorização por escrito aos Conselhos de Administração dos Hospitais de Santa Marta, Dona Estefânia, Sº Francisco Xavier, para aplicação dos questionários. Após ter sido dada autorização procedeu-se à sua aplicação, tendo sido recolhidos todos os questionários distribuídos. Foram rejeitados 3, por terem apenas resposta às questões referentes à caracterização. Recorreu-se à estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas. Para tal, utilizou-se o programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 14.0 e o Softwar Exel 2003 para o Windows XP.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A amostra em estudo (N= 117), é constituída maioritariamente por pessoas do sexo feminino (68,4%). É uma amostra muito jovem, sendo que a maior parte tem entre 26 a 35 anos (47,9%) e apenas 3,4% tem mais de 46 anos. A grande maioria dos enfermeiros são de nível 1 (59,8%) e destes 53,8% têm menos de 5 anos na categoria (quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição da amostra segundo a categoria profissional e o tempo de serviço na profissão

Categoria profissional	Tempo de serviço na profissão								TOTAL F %	
	≤5 anos		6 a 10 anos		11 a 16 anos		≥17 anos			
	F	%	F	%	F	%	F	%		
Enfermeiro nível I	63	53,8	7	6,0	0	0,0	0	0,0	70	59,8
Enfermeiro graduado	1	0,8	14	12,0	20	17,1	10	8,6	45	38,5
Enfermeiro especialista	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	1	0,9
Enfermeiro Chefe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9	1	0,9
TOTAL	64	54,7	21	17,9	21	17,9	11	9,4	117	100

A maior parte dos enfermeiros (67,5%), considera que o relato dos erros, é um instrumento valioso para avaliação de competências, (quadro 2).

Quadro 2 – Respostas às questões 6, 7, 8, 9, 10, 11

Questões	Verdadeiro		Falso		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
6 O relato dos erros é um instrumento valioso para medir a competência da/o enfermeira/o em administrar medicamentos	79	67,5	38	32,5	117	100
7 Muitos erros na medicação ocorrem quando a/o enfermeira/o negligencia em seguir os "cinco certos" na administração de medicamentos	99	84,6	18	15,4	117	100
8 Durante a minha carreira de enfermagem deixei de registar um ou mais erros na medicação por pensar que relatar um erro poderia ser um dano pessoal ou profissional	30	25,6	87	74,4	117	100
9 Relatórios de erros sob minha responsabilidade são colocados nos meus documentos na instituição	49	41,9	68	58,1	117	100
10 Um bom meio de entender as causas dos erros é através de uma análise crítica das informações obtidas dos relatórios de incidentes	112	95,7	5	4,3	117	100
11 A introdução de tecnologias (por exemplo, prescrição electrónica, código de barras e bombas de infusão "inteligentes") diminuirão os erros na medicação	78	66,7	39	33,3	117	100

Quando questionados se notificavam erros cometidos por outros profissionais, verificámos que isso nunca acontecia. Apenas 4,3% dos inquiridos comunicam sempre o erro que comete ao paciente e ou familiar, 36,8% nunca o comunica. No que respeita à instituição, 73,5% (86) dos inquiridos não sabem se a mesma tem diretrizes para a discussão de erros com o paciente e seus familiares.

No quadro 3 podemos observar que 59,5% dos inquiridos transcrevem imediatamente para a folha de registo e conferem sempre com o prescriptor uma ordem verbal; 51,3% usam apenas a abreviatura "U" para transcrever a palavra "Unidade" e apenas 5,1% pedem colaboração a outro profissional para verificar os cálculos quando administram medicações "alertas".

Quadro 3 – Respostas às questões 15, 16 e 17

Questões	Sempre		Algumas vezes		Nunca		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
15 Quando recebo uma ordem verbal ou por telefone escrevo-a directamente na folha de registos do paciente e então leio novamente o nome do medicamento, dose e via ao prescriptor	69	59,5	31	26,7	16	13,8	116	100
16 Quando transcrevo a palavra "unidade" só uso a abreviatura de unidade (U)	60	51,3	36	31,8	21	17,9	117	100
17 Quando administro medicações "alertas" (por exemplo: opiáceos, electrólitos concentrados, anticoagulantes, heparina ou insulina) tenho outro profissional que reexamina os meus cálculos e preparações	6	5,1	60	51,3	51	43,6	117	100

Do total dos inquiridos, 60,7%, algumas vezes utilizam uma seringa parenteral (sem agulha) para administrar terapêutica oral; 53,3% têm sempre o cuidado de verificar a existência de alergias antes de administrar o medicamento e 66,4% conferem sempre a identidade do paciente antes de qualquer administração (quadro 4).

Quadro 4 – Resposta às questões 18, 19 e 20

Questões	Sempre		Algumas vezes		Nunca		TOTAL		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
18	Eu uso uma seringa parenteral (sem agulha) para administrar medicações líquidas por via oral	32	27,4	71	60,7	14	12	117	100
19	Antes de administrar qualquer medicação nova, examino a existência de alergias perguntando ao paciente e vendo os registros, braceletes ou pulseiras de identificação ou a prescrição médica	67	53,3	47	40,2	3	2,6	117	100
20	Antes de administrar qualquer medicação eu confirmo a identidade do paciente verificando a pulseira de identificação	75	66,4	21	18,6	17	15	113	100

Quando questionámos acerca do momento em que retiravam a medicação da embalagem unitária, 47,0% referiram que o faziam algumas vezes e apenas 29,1% nunca o fazem. Apenas 60 dos inquiridos (51,3%) referem registar a administração de medicamentos sempre após a sua administração. Apenas um enfermeiro não considera importante identificar a terapêutica adicionada em soluções endovenosas. Quando questionámos se já tinham vivenciado uma experiência de erro, 86,3% (101) responderam que sim, referindo ainda que os erros mais frequentes dizem respeito a “erros de medicação” e “doses incorrectas”. Apenas 9 enfermeiros (8,9%) referem que o erro cometido não lhes causou sofrimento moral; 3 (3,0%) referem que a causa do erro estava relacionada com sobrecarga horária, 19 (18,8%) com situação de urgência e 7 (6,9%) com défice de enfermeiros (quadro 5).

Quadro 5 - Distribuição da amostra segundo a causa do erro

Questões	Sim		Alguns Forma		Não		TOTAL		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
26	O erro estava relacionado com défice de enfermeiros	7	6,9	43	42,6	51	50,5	101	100
27	O erro estava relacionado com situação de urgência	19	18,8	28	27,7	54	53,5	101	100
28	O erro estava relacionado com sobrecarga horária	3	3,0	31	30,7	67	66,3	101	100
29	O erro causou-lhe sofrimento moral	42	41,6	50	49,5	9	8,9	101	100

Nos quadros 5 e 6 apresentamos as percepções e atitudes que contribuem para o erro, bem como as sugestões para reduzir os mesmos.

Quadro 6 – Percepções e atitudes que contribuem para o erro

Questão	Percepções e atitudes que contribuem para o erro
30	<p>Por favor, adicione outros comentários, ou observações sobre prática, percepções ou atitudes que você acredita contribuir para os erros na medicação e qualquer sugestão para reduzir os erros</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não identificação das vias (venosa e arterial) - Excesso de confiança - Falta de tempo - Recursos humanos escassos - Inexperiência dos elementos mais novos - Letra dos médicos - Prescrição incorrecta - Folhas de registo confusas - Situação de urgência em que há “bombardeamento” com pedidos de medicação recorrendo-se muitas vezes à memória e só posteriormente, quando o doente está estabilizado é que se confirma no processo - Não conferir a prescrição

Quadro 7 – Sugestões para reduzir os erros

Questão	Sugestões para reduzir os erros
30	<p>Por favor, adicione outros comentários, ou observações sobre prática, percepções ou atitudes que você acredita contribuir para os erros na medicação e qualquer sugestão para reduzir os erros</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar sempre o nome do medicamento antes de administrar - Nunca administrar terapêutica preparada por outro enfermeiro - Quando for medicação minuciosa pedir verificação a outro colega - Registrar erros/avaliando cada erro por si (pessoas e condicionantes) - Sigilo profissional no seu tratamento - Construir artigos, dossiers temáticos, criar protocolos de procedimentos nos serviços - Discutir os erros ocorridos com os colegas logo após a sua ocorrência - Aumentar o rácio enfermeiro/doente (e respeitá-lo) - Rotular devidamente as seringas e frascos após diluição ou preparação terapêutica - Promover uma cultura do erro, reconhecendo que existe e tomando-o uma oportunidade de aprendizagem - Ver o erro como falha do sistema e encontrar soluções - Despromover a culpabilização - Reciclagem na preparação e administração dos medicamentos - Haver tempo no início de cada turno para se poder verificar se a terapêutica em curso e os seus ritmos estão de acordo com a prescrição - Comunicação eficaz na equipe - Evitar prescrições orais - Seguir todos os passos para a preparação e administração dos medicamentos (5 certos) - Não fazer transcrições da prescrição para papéis pessoais - Deviam existir doses de medicação pediátrica - Informatizar os processos clínicos, pedidos de farmácia, para que se inclua no plano de cuidados de cada doente os protocolos e cuidados a ter com cada terapêutica.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O relatório publicado pelo Institute of Medicine, em Novembro de 1999, ilustra com muita clareza a dura realidade que envolve o erro. De acordo com a publicação, estima-se que pelo menos 44000 mil Americanos morrem, por ano, em consequência de erros médicos (entenda-se aqui erros médicos, como erros cometidos por todos os profissionais de saúde), o que traduz uma mortalidade maior do que a causada por acidentes de viação, cancro da mama ou sida. Este relatório referiu-se aos erros assistenciais em geral, mas, tratou em separado os erros de medicação, por considerar que estes constituem um dos tipos mais frequentes de erros e que representam por si só um importante problema em termos assistenciais e económicos. Destaca ainda, que os erros de medicação ocasionam mais de 7000 mil mortes anuais e motivam eventos adversos em 2% dos doentes. (Fragata e Martins, 2004) e (Otero, 2000).

Em Portugal não há dados disponíveis em relação a esta matéria, no entanto, se se considerar como hipótese que os nossos hospitais têm a mesma fiabilidade das suas congéneres Americanas, seria possível estimar entre 1300 a 2900 mortes anuais em consequência de erros médicos. (Fragata e Martins, 2004).

A amostra em estudo, é constituída maioritariamente por pessoas do sexo feminino (68,4%), o que não nos surpreende, uma vez que, a enfermagem é uma profissão maioritariamente feminina.

É uma amostra muito jovem, sendo que a maior parte tem entre 26 a 35 anos (47,9%) e apenas 3,4% tem mais de 46 anos.

A grande maioria são enfermeiros nível 1 (58,9%) com menos de 5 anos na profissão (54,7%) e com 2 a 5 anos onde agora exercem a sua actividade (53,8%).

A maior parte dos enfermeiros (67,5%), considera que o relato dos erros, é um instrumento valioso para avaliação de competências, o que, em nosso entender traduz a relevância que os profissionais atribuem ao erro e sua prevenção. Isto porque, só conhecendo e identificando o erro é que se pode melhorar ou corrigir aquilo que está menos bem.

A nossa amostra valoriza a utilização dos “cinco certos” como meio para redução de erros na admi-

nistração de medicamentos, uma vez que, 84,6% dos inquiridos consideram verdadeiro que ao negligenciar estes passos se favorece a ocorrência de erros. Já em 1989, Carr¹ desenvolveu um estudo onde sugeriu estratégias para reduzir erros na medicação, com por exemplo, verificar o rótulo da medicação (comparando-o com a prescrição médica), perguntar o nome do paciente, entre outras. Wolf¹ (1989) afirma (entre outras situações), que a distração em não ler o rótulo de uma medicação, pode ocasionar erro na administração de medicamentos. Willians¹ (1996) refere a importância da leitura do rótulo da medicação como forma de prevenir os erros. Cohen¹ (1992) refere que os profissionais devem ser orientados a não administrar um medicamento, sem que tenham a certeza do seu nome, via e dose.

Fragata e Martins (2004), referem-se ao quão difícil é o registo e divulgação dos erros, devido essencialmente a uma cultura de verdadeira culpabilização. Hackel (1996), citado por Carvalho e Cassiani (2002) refere no seu estudo que os erros relatados a nível hospitalar representam apenas a ponta do iceberg, uma vez que apenas 25% dos erros são relatados. O mesmo autor refere ainda, que o medo de punições ou demissão, bem como, o sentimento de culpa e as preocupações com a gravidade do erro, podem levar os profissionais envolvidos a sub notificá-los. No nosso estudo, concluímos precisamente o contrário, já que 74,4% dos inquiridos referem nunca ter deixado de relatar um erro mesmo que isso lhes causasse um dano pessoal ou profissional.

Verificámos que 58,1% dos inquiridos, referem que os relatórios dos erros por eles cometidos não são arquivados no seu processo. Estes resultados, levam-nos a supor que as instituições não estão devidamente preparadas (cultural e informaticamente) para assumir a existência de erros e tratá-los em todas as suas vertentes.

Ao serem questionados sobre se “um bom meio de entender as causas dos erros é através de uma análise crítica das informações obtidas dos relatórios e incidentes”, 95,7% dos inquiridos responderam afirmativamente. Este resultado vai de encontro ao estudo de Fuqua e Stevens (1988), citados por Carvalho et al (1999), onde referem que os supervisores devem utilizar a oportunidade do erro

para orientar os profissionais em cada infração cometida e observada.

Depreendemos pelos resultados obtidos, que os enfermeiros consideram importante começar a utilizar os erros ocorridos como meio de aprendizagem e correção das falhas que os propiciam. 66,7% dos inquiridos, referem que a introdução de tecnologias é importante para diminuir os erros na medicação. Estes resultados, são corroborados por Bates (1999), citado por Fragata e Martins (2004), que referem que a informatização permite uma redução de cerca de 80% em todos os erros relacionados com a medicação. Leape (1995) citado por Fragata e Martins (2004), salienta que dos erros de prescrição médica, ao nível da dosagem 85% resultam de prescrição manual e apenas 12% estão associados a prescrição por computador. Segundo Carvalho e Vieira (2002) o uso de código de barras nos medicamentos é uma proposta já testada e que mostrou grande possibilidade na diminuição de erros de medicação. Na opinião de Manesse (1999) citado por Otero e Dominguez-Gil (2000), o escasso nível de informatização constitui uma das causas principais do aumento progressivo de incidência de erros de medicação.

Não podemos deixar de salientar o facto de que, apesar dos enfermeiros considerarem importante registar os erros de medicação e que a análise dos relatórios de incidentes é importante para entender as causas dos mesmos, nunca começam um relatório de incidentes quando percebem um erro de outro profissional, quer se trate de outro enfermeiro (47,9%), farmacêutico (51,3%) ou médico (51,3%), contudo, consideramos pertinente, não podendo deixar de frisar que em relação a esta questão, a maior prevalência da resposta "sempre" verificou-se em relação ao farmacêutico. Pensamos que este resultado se deva ao facto do farmacêutico não estar permanentemente nos serviços de internamento.

Quando se verifica a ocorrência de um erro, e, independentemente de provocar lesão ou não ao doente, cria-se um dilema: contar ou não esse facto ao doente e/ou familiar. Greely (1999) citado por Carvalho e Vieira (2002) destaca que: evitar o aumento da ansiedade do doente, evitar a diminuição da confiança do doente no profissional e a possibilidade de enfrentar um processo legal, constituem

os principais motivos que levam os profissionais a não revelarem os seus erros aos doentes e/ou familiares. O nosso estudo vai de encontro ao acima descrito, uma vez que, 59,0% dos inquiridos só algumas vezes descrevem o erro cometido ao doente e/ou família e, apenas 4,3% o faz sempre. 73,5% dos inquiridos, não sabem se a instituição tem directrizes para discussão dos erros com os doentes e familiares, o que, na nossa opinião, traduz a falta de comunicação entre as administrações e os profissionais, além do nos levar a supor que pode estar em causa uma cultura de negação do erro associada a uma cultura de infalibilidade.

59,5% dos inquiridos, afirmaram que sempre que recebem uma ordem verbal, escrevem-na directamente na folha de registo do doente e conferem com o prescriptor o nome do medicamento, a sua dose e via de administração. Silva e Cassiani (2004) referem que as ordens verbais são frequentes na prática hospitalar, principalmente em situações de urgência, porém exigem uma boa memória do receptor para fixar a dose e nome do medicamento indicado, pois elas muitas vezes são dadas de forma incompleta, sendo, a sua prática desaconselhada. Na nossa opinião, estes resultados demonstram que cada vez mais os enfermeiros estão despertos para prevenir/reduzir erros de medicação.

Verificámos que 51,3% dos inquiridos utilizam sempre a abreviatura "u" para transcrever unidade. Cohen (1999) citado por Otero et al (2004) refere no seu estudo que a utilização de abreviaturas não estandardizadas na prescrição de medicamentos é uma causa conhecida de erros de medicação. A abreviatura "u", está incluída na lista de abreviaturas a não utilizar, criada pelo Institute for Safe Medication Practices em 2003, por já se terem verificado erros devido à sua utilização.

Fuqua e Stevens (1988) citados por Carvalho et al (1999), sugerem que uma medida eficaz para prevenir os erros na administração de medicamentos é a existência de uma supervisão por parte de um enfermeiro mais experiente aquando da realização de procedimentos. No estudo efectuado pela Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, referenciado por Campos et al (2006), de todos os erros de dosagem detectados, 15,1% deveram-se a cálculos errados. No nosso estudo, apenas 5,1% dos inquiridos referem ter sempre outro profissio-

nal que reexamine os seus cálculos quando administra medicamentos "alertas".

A maior parte dos inquiridos (60,7%) referem que algumas vezes utilizam uma seringa parenteral para administração de soluções líquidos orais (quadro 3). Na nossa opinião, esta prática acarreta alguns riscos, como seja a possibilidade de por qualquer motivo haver um desfasamento entre o momento da preparação e administração, que leve ao esquecimento do conteúdo da seringa, e, ser administrado por via endovenosa.

Quando questionados acerca das suas práticas quanto à verificação de alergias medicamentosas dos doentes, 53,3% dos inquiridos, referem que antes de administrar um medicamento novo, examinam sempre a existência de alergias. Estes resultados demonstram o empenhamento dos enfermeiros na prevenção de eventos adversos que muitas vezes podem custar a vida ao doente.

Pudemos verificar, que 66,4% dos inquiridos referem confirmar sempre a identidade do paciente antes de administrar qualquer medicação, o que vem reforçar o já descrito na questão anterior.

Pudemos observar que 48,7% dos inquiridos referem ter sempre a prescrição médica junto do doente quando administram medicamentos, e, 47,0% referem que algumas vezes só retiram a medicação do seu invólucro junto do doente. Pensamos poder considerar estas práticas, como meios de redução de erros, uma vez que se traduzem em mais uma oportunidade para verificar se se administra o medicamento certo e ao doente certo. No que refere ao momento em que registam a administração de medicamentos, 51,3% dos inquiridos, referem que o fazem sempre após a sua administração.

Em relação à importância da identificação de terapêutica adicionada a soluções endovenosas, 99,1% dos inquiridos consideram essa prática importante. A Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, referenciado por Campos et al (2006), refere no seu estudo que mais de 15% dos erros de medicação tem a sua origem na identificação incorrecta do medicamento. Quando questionados se já vivenciaram uma experiência de erros, 86,3% dos inquiridos referem que sim.

Os erros mais vivenciados foram erros de medicação (24,8%) e dose incorrecta (24,8%) (para N = 101). No estudo realizado por Folli et al (1987)

citado por Carvalho e Vieira (2002), verificou-se que 80% dos erros cometidos estavam relacionados com dosagens inadequadas. Curioso denotar, que os erros vivenciados pela nossa amostra (quadro 4), não estavam relacionados nem com déficit de enfermeiros (50,5%), nem com situação de urgência (53,5%), nem com sobrecarga horária (66,3%). Curioso, porque, na literatura consultada para fundamentação teórica deste estudo, tanto o deficit de recursos humanos, como as situações de urgência e sobrecarga horária são apontados como factores causais de erro. Podemos ainda observar que 49,5% dos inquiridos referem que o erro, de alguma forma, lhes causou sofrimento moral. De acordo com Carvalho e Vieira (2002), quando se é responsável por um erro, o impacto emocional é sempre grande, existindo uma mistura de medo, culpa, raiva, vergonha e humilhação, sendo, na maioria das vezes, vivenciado de forma solitária.

CONCLUSÕES / SUGESTÕES

Este estudo teve como principal objectivo identificar causas de erros na medicação. Nos dados obtidos através da aplicação do questionário podemos concluir que:

- A utilização de abreviaturas na transcrição da medicação e o uso de seringas parenterais para administração de soluções orais, constituem as práticas contribuintes para a ocorrência de erros.

- Cada vez mais, os enfermeiros estão despertos para a prevenção/redução de erros de medicação, valorizando o contributo que as novas tecnologias podem oferecer.

- Os enfermeiros assumem os seus erros, não tendo receio em denunciar os mesmos. Contudo, nota-se alguma relutância em o fazer perante o doente/família, e, em lidar com o erro dos outros. - As instituições, não estão preparadas para tratar/analisar o erro em todas as suas dimensões.

Assim, torna-se necessário criar uma cultura de segurança dentro das organizações de saúde, seguindo o exemplo de outros sectores de risco, como a aviação. Para isso, é primordial reconhecer que o erro é inerente à condição humana, e, então o mais realista será modificar as condições em que

os profissionais trabalham, criando sistemas seguros que sejam resistentes aos erros humanos. Esta cultura de segurança deve focar a análise dos erros na perspectiva de que estes se produzem porque existem falhas no sistema e não só por “culpa” de um indivíduo.

É pois importante, considerar que os erros de medicação não se devem só a erros humanos, mas também à má planificação dos sistemas de trabalho. Para reduzir os erros de medicação não bastam os esforços individuais. É necessário que profissionais de saúde, instituições, sociedades científicas, indústria farmacêutica, gestores, políticos e os próprios doentes, estabeleçam de forma colectiva medidas estruturais e organizativas.

O uso seguro dos medicamentos deve ser incluído nos objectivos primordiais de todas as instituições de saúde.

«It may part of human nature to err, but it is also part of human nature to create solutions, finde better alternatives and meet the challenges ahead»

(Kohn, 1999, citado por Otero 2000)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agency for Healthcare Research and Quality (2003) - AHRQ's Patient Safety Initiative: Building Foundations, Reducing Risk: Interim Report to the Senate Committee on Appropriations. In <http://www.ahrq.gov/qual/pscongrpt/>, acedido em 9 de Fevereiro de 2005.
- Antunes, João (1996) - Um modo de ser. 11ª Edição. Gradiva. Lisboa. P. 77-89
- Bulhões, Ivone (2001) - Os Anjos Também Erram: Mecanismo e Prevenção da Falha Humana no Trabalho Hospitalar. Rio de Janeiro. p. 159-274.
- Campos, L., Mansilla, M., Pérez, V. - Medicamentos “Listos para usar” Una Ayuda para Limitar los Errores de Medicación. Revista de enfermería ROL, vol 29 nº 9, Setembro 1996.
- Carvalho, V., Cassiani, S. (2002) - Erros na medicação e consequências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. Revista Latina-am Enfermagem, 2002, Jul/Ago, 10(4), p.523-529.
- Carvalho, M., Vieira, A. (2002) - Erro medico em pacientes hospitalizados. *Jornal Pediátrico*, 2002, vol. 78, no.4, p.261-268. In http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572002000400004&lng=en&nrm=iso%3E.%20ISSN%200021-7557, acedido a 18 Abril de 2005.
- Carvalho, V., Cassiani, S., Chiericato, C., Miaso, A. - Erros mais Comuns e Factores de Risco na Administração de Medicamentos em Unidades Básicas de Saúde. *Revista Latino - Americana de Enfemagem*, vol 7, nº 5, p. 67-75, Ribeirão Preto, Dezembro 1999.
- Fragata, J., Martins, L. (2004) - O Erro em Medicina: perspectivas do individuo, da organização e da sociedade. 2ª edição Almedina. Coimbra Maio. 2006. p. 41-116 e 312-324.
- Fragata, J. (2006) - Risco Clínico: Complexidade e Performance. Almedina. Coimbra Maio. 2006. p. 118-215.
- Helmreich, R.L., Davies, J.M. (2004) - Culture, threat, and error: lessons from aviation. *Canadian Journal of Anesthesia*, 2004, 51:6, p.R1-R4.
- Lourenço, E.A. (1998) - Erro médico, falha médica e iatrogenia. *Revista perspectivas medicas*, Jan/Dez, 1998, 9, P.16-21. In <http://www.Med.miami.edu/med/educacion/cme/pdf/ownbyMedica%20Errors%20suf%20instrucional2003.pdf>, acedido em Novembro de 2004.
- López, M.J. Munoz, R.M, Hurle, A. D. - Seguridad de Medicamentos: Abreviaturas, símbolos y expresiones de dosis asociados a errores de medicación. *Revista Farmácia Hospitalaria*, vol 28, nº 2 p. 141-144, 2004 In <http://www.grupoaren.com/WES/ediciones/revistas/003.asp?IR=u&fechaPublicación=30/05/2...> acedido em 20 de Maio de 2007
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (1998) - Taxonomy of Medication Errors. In <http://www.nccmerpe.org/aboutMedErrors.html?USP-Print=tme&frame=howerfrm> acedido a 20 de Abril de 2007
- Otero, M., Domínguez - Gil, A. - Acontecimientos Adversos por Medicamentos: Una Patologia Emergente. *Revista Farmácia Hospitalaria*, vol 24, nº 4, p. 258-266, 2000 In <http://www.grupoaren.com/WES/ediciones/revistas/003.asp?IR=u&fechaPublicación=30/05/2...> acedido em 20 de Maio de 2007
- Otero, M. - Prevención de Errores de Medicación y Cultura de Seguridad. *Revista Farmácia Hospitalaria*, vol 24, nº 4, p. 271-273, 2000 In <http://www.grupoaren.com/WES/ediciones/revistas/003.asp?IR=u&fechaPublicación=30/05/2...> acedido em 20 de Maio de 2007
- Reason, James (2000) - Human error: models and management. In <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/320/7237/768>, acedido em 18 de Abril de 2005.
- Silva, A., Cassiani, S. - Administração de Medicamentos: uma Visão Sistémica para o desenvolvimento de Medidas Preventivas dos Erros de Medicação. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, vol 6 nº 2, 2004. In http://www.Fen.ufg.br/revista/revista_6_2/administra.html. acedido em Fevereiro de 2006.