



escola superior de
enfermagem
de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Fatores que influenciam a ocorrência de erros de medicação, enquanto esta está sob gestão do enfermeiro, no Serviço de Urgência

Ana Rita Pacheco Alves Pratas

Coimbra, dezembro de 2017



escola superior de
enfermagem
de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Fatores que influenciam a ocorrência de erros de medicação, enquanto esta está sob gestão do enfermeiro, no Serviço de Urgência

Ana Rita Pacheco Alves Pratas

Orientador: Professora Doutora Amélia Filomena de Oliveira Mendes,
Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, dezembro de 2017

AGRADECIMENTO:

Em primeiro lugar agradeço à Professora Doutora Amélia Castilho todo o seu interesse, disponibilidade e orientação concedidas ao longo da realização desta tese.

Aos meus companheiros de curso, pelos bons momentos que passámos juntos, em especial aos meus companheiros de viagem Márcia, Fabiana e Pedro.

Ao meu namorado, à minha irmã e aos meus pais, por serem o meu pilar e pela paciência e apoio incondicionais em todos os momentos mais difíceis.

Às minhas chefes Sandra e Paula que me facilitaram o horário e aos meus colegas que prontamente se disponibilizaram para participar no estudo.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASHP - American Society of Health-System Pharmacists

CODU - Central de Orientação de Doentes Urgentes

CRRNU- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência

DGS – Direção Geral de Saúde

ED – Departamento de Emergência

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IOM - Institute of Medicine

ISD – Incidentes de Segurança dos Doentes

HS – Hospital Distrital de Santarém

JCAHO - Joint Commission Accreditation Health Care

NCCMERP - National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSET - Patient Safety Event Taxonomy

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SU – Serviço de Urgência

WHO – World Health Organization

ÍNDICE DE FIGURAS

	p.
Figura 1: Teoria do Queijo Suíço, adaptado de Reason (2000)	28
Figura 2: Incidência relativa dos eventos de saúde, adaptado de Fragata (2011)	29
Figura 3: Processo de administração de terapêutica hospitalar	41
Figura 4: Modelo adaptado da análise de relato de eventos adversos, PSET JCAHO	53

ÍNDICE DE QUADROS

	p.
Quadro 1 – Categorias dos Erros de Medicação (Adaptado do NCCMERP)	38
Quadro 2 – Causas de Erros de Medicação (Adaptado de MEDMARX®, 2006)	42
Quadro 3 – Fatores que contribuem para os Erros de Medicação	42
Quadro 4 – Tipos de erro envolvidos no evento descrito	63
Quadro 5 – Referência ao impacto dos eventos relatados no doente, profissional e organização	67
Quadro 6 – Caracterização do domínio onde ocorreram os eventos relatados	69
Quadro 7 - Síntese das falhas humanas e sistêmicas associadas à ocorrência dos erros de medicação	73
Quadro 8 - Caracterização da mitigação e prevenção dos eventos relatados	76

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1- SEGURANÇA E QUALIDADE EM SAÚDE	23
1.1- SEGURANÇA DO DOENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	32
2- ERRO DE MEDICAÇÃO	37
PARTE II- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	45
3- PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	47
4- OPÇÕES METODOLÓGICAS	49
4.1- TIPO DE ESTUDO	49
4.2- CONTEXTO DO ESTUDO	50
4.3- OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	51
4.4- PARTICIPANTES DO ESTUDO	52
4.5- PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE INFORMAÇÃO	52
4.6- PROCEDIMENTOS DA ANÁLISE DA INFORMAÇÃO	55
4.7- PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	55
5 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO	59
CONCLUSÃO	77
BIBLIOGRAFIA	81
APÊNDICES	
APÊNDICE I- Pedido de autorização ao Conselho de Administração e Comissão de Ética do Hospital de Santarém	
APÊNDICE II- Pedido de Consentimento Informado aos Participantes	
APÊNDICE III- Guia de Entrevista	
ANEXOS	
ANEXO I - Autorização ao Conselho de Administração e Comissão de Ética do Hospital de Santarém	

RESUMO

A segurança do doente é uma preocupação central dos sistemas de saúde, em todo mundo, constituindo o erro relacionado com a medicação um dos temas prioritários.

O presente trabalho tem como objetivo geral compreender os fatores associados ao erro de medicação, durante o processo de gestão da mesma, percebidos pelos enfermeiros do SU do HS. Enveredou-se por um estudo empírico, de natureza qualitativa, transversal e assente no paradigma interpretativo. Na colheita de dados recorremos a entrevistas semi-estruturadas. Participaram no estudo dez enfermeiros, do SU dum hospital distrital, que cumpriram os critérios de inclusão. O guião e análise do conteúdo da entrevista foram orientados pela adaptação de um modelo de análise, proposto pela JCAOH (2005), efetuada por Castilho (2014). Como principais resultados salientamos que todos os participantes já tinham experienciado uma ou mais situações de erro de medicação. Relataram maioritariamente situações de evento adverso, que ocorreram sobretudo na fase de administração. Identificam como causa próxima, falhas na performance individual, na gestão do processo e na comunicação. Nas falhas humanas salientam a violação do método individual de trabalho, falhas na identificação do doente, na comunicação, pressa, distrações/fadiga e excesso de confiança. Nos fatores sistémicos salientam dotações inadequadas, o circuito do doente, grande volume de trabalho e confusão e as múltiplas interrupções a que estão sujeitos. Quanto ao período do dia, o turno da tarde foi considerado o mais crítico. No que concerne ao impacto destes eventos adversos no doente verificou-se que existe uma tendência geral para a sua desvalorização, considerando maioritariamente que o dano foi mínimo. O mesmo acontece quanto ao impacto na organização, valorizando sobretudo o aumento do gasto de material e tempo de permanência no SU. Nas consequências para o enfermeiro valorizam sobretudo o impacto negativo com sentimentos como a culpa, pânico e ansiedade. Identifica-se uma preocupação de adoção de estratégias imediatas de redução do dano sendo sugeridas algumas estratégias de prevenir novas ocorrências. Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para estimular a discussão em equipa sobre esta temática e venha fomentar uma cultura de notificação de eventos adversos no serviço.

Palavras-chave: Erro de medicação; Evento adverso; Enfermagem; Serviço de urgência

ABSTRACT

Progress in health care research contributes to improved care delivery. Patient safety has become a central concern for the health care system worldwide. It was followed by an empirical study, of a qualitative, transversal and based on the interpretative paradigm. We have a general objective: to understand the factors associated with the medication error, during the management process of the medication, perceived by HS nurses. In the data collection we used semi-structured interviews. The interview script was oriented by the adaptation of the PSET model proposed by JCAOH (2005), carried out by Castilho (2014). Ten nurses, from the US from a district hospital, who met the inclusion criteria, participated in the study. As main results we emphasize that all the participants had one or more situations of medication error. Mainly reported adverse event situations that occurred mainly in the administration phase. They identify as the next cause, failures in individual performance, process management and communication. In human failures they emphasize the violation of the individual method of work, failures in the identification of the patient, in communication, haste, distractions / fatigue and overconfidence. In systemic factors, they point out inadequate appropriations, the patient's circuit, large workload and confusion, and the multiple interruptions to which they are subject. As for the time of day, the afternoon shift was considered the most critical. Regarding the impact of these adverse events on the patient it was verified that there is a general tendency for their devaluation, considering in the majority that the damage was minimal. The same happens with regard to the impact on the organization, especially valuing the increase in the expenditure of time spent in the US. In the consequences for the nurse, the negative impact with feelings such as guilt, panic and anxiety are especially valued. It is identified a concern to adopt immediate damage reduction strategies and suggested some strategies to prevent new occurrences. It is hoped that the results of this study will contribute to stimulate the team discussion about this issue and will foster a culture of adverse event notification in the service.

Keywords: Medication error; Adverse event; Nursing; Emergency department

INTRODUÇÃO

A investigação sobre os riscos associados aos cuidados de saúde tem-se desenvolvido significativamente na última década, sendo consensual que a segurança do doente assume primordial importância na qualidade dos cuidados prestados.

O avanço nas pesquisas sobre os cuidados de saúde contribui para a melhoria dos cuidados. No entanto, mesmo com os avanços nos sistemas de saúde, as pessoas estão ainda expostas a diversos riscos, sendo a segurança do doente uma preocupação central para o sistema de saúde, em todo mundo. Os erros relacionados com a prestação de cuidados têm um grande impacto na vida das pessoas, originando situações de morbidade e até mortalidade. A qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos doentes são questões indissociáveis, sendo previsível que os processos de melhoria contínua promovam uma cultura de segurança entre os profissionais, tornando os sistemas de saúde mais acessíveis, efetivos e eficazes.

Várias organizações internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a *Joint Commission* (órgão responsável pela certificação da qualidade e segurança nos cuidados médicos de hospitais) têm desenvolvido iniciativas para apoiar as estratégias nacionais e internacionais que contribuam para a melhoria da segurança do paciente (Castro-Hernandez, Zavala-Suárez, Ramirez-Hernandez, & Villela-Rodriguez, 2013). A criação da *World Alliance for Patient Safety* pela OMS em 2004 é uma evidência da crescente preocupação com a segurança do doente. Trata-se de um programa permanente, que envolve todos os países membros, no sentido de serem tomadas medidas para assegurar a qualidade da assistência prestada nas unidades de saúde de todo o mundo.

A prestação de cuidados de saúde envolve riscos, de natureza e montante diversos, quer para o doente, quer para os profissionais de saúde, não se podendo negligenciar esses riscos, qualquer que seja a sua escala (Fragata, 2011). Num contexto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, com foco na segurança do doente, a gestão do risco assume um papel central na gestão de todo o setor da saúde, pelo que se torna fundamental fomentar uma cultura de abertura e partilha onde reine a confiança, investindo-se na aprendizagem a partir de situações nas quais ocorreram falhas ou eventos adversos, ao invés de se concentrar na “culpa e vergonha” e nas punições daí decorrentes.

A OMS (2005), considera que a incidência de efeitos adversos representa um desafio para a qualidade dos cuidados, causando sofrimento humano, que poderia ser evitável e ainda relevante perda financeira aos serviços de saúde.

A ocorrência de erros nos cuidados de saúde é um problema sério e muitas vezes comparável com um iceberg, cuja zona visível é inferior à zona submersa, uma vez que a notificação destas situações é ainda reduzida e existem bem mais erros do que aqueles que se conhecem. Segundo o estado de arte, os enfermeiros são responsáveis por mais efeitos adversos evitáveis do que qualquer outro profissional de saúde, talvez por representarem uma fatia significativa dos recursos humanos no setor da saúde e por ser a classe profissional que passa 24 horas com os utentes, tornando-se assim fundamental que todos tenham consciência das exigências e responsabilidades da sua prática (Castilho, 2014).

Sabe-se que os medicamentos contribuem de forma significativa para melhorar a qualidade de vida das pessoas, proporcionando benefícios sociais e económicos, contudo o seu uso não é isento de riscos. Os erros mais frequentes inerentes aos cuidados de saúde, principalmente a nível hospitalar, são os erros relacionados com a medicação (Otero e Dominguez-Gil, 2000).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2006) considera que todas as intervenções de enfermagem junto de um doente envolvem a possibilidade de erro e um certo nível de risco à sua segurança. Acrescenta, ainda, que a identificação dos fatores que levam ao aparecimento de erros é o primeiro passo para os prevenir, daí a escolha do tema desta investigação.

O erro relacionado com a medicação é um dos temas prioritários da DGS pois, segundo vários estudos, é uma das principais causas de morte e incapacidade, falecendo mais pessoas devido a erros de medicação do que a acidentes de trabalho (DGS, 2015).

Os medicamentos, há séculos, que são utilizados com a intenção de aliviar e combater a dor ou curar doenças. No entanto, estudos, ao longo dos últimos anos, têm evidenciado a presença de erros no tratamento medicamentoso recebido pelos doentes. Muitos desses erros podem não trazer consequências ou complicações sérias, mas outros podem contribuir para aumentar a estadia hospitalar, deixar sequelas ou até mesmo levar à morte. Os erros de medicação são considerados eventos adversos ao medicamento passíveis de prevenção, com possibilidade de ocorrer num ou em vários momentos dentro do processo

de medicação, desde a prescrição até a administração de medicamentos (Silva e Cassiani, 2004).

Os enfermeiros assumem, neste contexto, um papel central na promoção da segurança dos doentes. Ao constituírem o interface da saúde com o doente são fundamentais quer na prevenção de falhas quer na deteção de falhas ocorridas anteriormente. O Código Deontológico do enfermeiro assume que cabe ao enfermeiro o dever de zelar pela segurança do doente e garantir a qualidade dos cuidados (OE, 2005). Esta ideia é corroborada por Nazarko (2015) quando afirma que a equipa de enfermagem é, responsável pelas últimas etapas do processo, que são a preparação e administração de medicamentos, podendo detetar alguma falha e parar todo processo, aumentando a responsabilidade destes profissionais.

No entanto, os erros nem sempre são por falha humana, ocorrem também por falhas no sistema, mas ainda persiste a cultura de atribuir a culpa da falha ao profissional. Deste modo, os erros nem sempre são relatados devido ao medo, nomeadamente de punições verbais, escritas, demissões, processos civis, legais e éticos que podem ser aplicadas ao profissional envolvido. Perante um erro, importa não só avaliar as falhas técnicas, mas também os outros fatores que podem desencadeá-lo, como a organização e sobrecarga de trabalho, recursos humanos insuficientes, profissionais mal treinados, locais desprovidos de recursos financeiros, como planta física inadequada, presença de ruídos e baixa luminosidade (Volpe, Pinho, Stivali & Karnikowski, 2014).

O setor de urgência e emergência é uma área de alto risco para ocorrência de eventos indesejáveis, devido à rotatividade e dinâmica de atendimento, pela grande procura de doentes com graus variados de gravidade, pela deficiência quantitativa e qualitativa dos recursos humanos e materiais, sobrecarga de trabalho e stress profissional e ambiental (Filho, 2012).

Face às características clínicas dos doentes atendidos no serviço de urgência, a intervenção medicamentosa, nomeadamente de medicamentos com alto poder de ação, é frequente tornando-se uma aliada no processo de recuperação. Assim, a administração de medicamentos exige um cuidado intenso e requer conhecimentos específicos e especializados, pois qualquer falha durante esta atividade pode trazer consequências graves, tais como reações adversas, reações alérgicas e erros de medicação, os quais podem ser irreversíveis e devastadores. Recentes estudos evidenciam que erros na

administração e preparação de medicamentos representam uma triste realidade do serviço de saúde, repercutindo-se negativamente nos indicadores de assistência e nos resultados institucionais (Filho, 2012). Num serviço com esta rotatividade e grande afluência de pessoas e seus familiares, as interrupções são frequentes e podem levar a erros e omissões de medicação.

É neste panorama tão atual, que se justifica esta investigação, pretendendo-se contribuir para a produção de conhecimento ao nível dos fatores que influenciam o erro em contexto de urgência, para que se possam desenvolver medidas preventivas e minimizar o erro. Deste modo emergiu a seguinte questão de investigação:

Quais os fatores que influenciam a ocorrência de erros de medicação, enquanto esta está sob gestão do enfermeiro no serviço de urgência?

Inerente a esta problemática delineámos os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Compreender quais os fatores associados ao erro de medicação, durante o processo de gestão da mesma, percecionados pelos enfermeiros do Serviço de Urgência do HS;

Objetivos específicos:

- Explorar a perceção dos enfermeiros sobre a ocorrência de erros durante o processo de gestão de medicação no SU;
- Identificar o contexto da ocorrência do erro (profissionais envolvidos e momento do dia);
- Compreender as causas precipitantes do erro na gestão de medicação (falhas humanas ou falhas sistémicas);
- Descrever as dificuldades dos Enfermeiros no processo de gestão de medicação no SU;
- Identificar a necessidade de formação e/ou implementação de protocolos de melhoria das práticas.

Para reforçar a pertinência do tema e enquadrá-lo foi efetuada uma pesquisa bibliográfica online, em livros e em periódicos existentes em bases de dados (via EBSCO) e no repositório da escola. A metodologia utilizada no estudo empírico assenta num estudo de

natureza qualitativa, transversal e assente no paradigma interpretativo, com recurso a entrevistas semi-estruturadas a enfermeiros que trabalham num serviço de urgência.

O trabalho está estruturado em duas partes. A primeira constituída pelo enquadramento teórico, onde se aborda os conceitos segurança e qualidade em saúde, segurança do doente no SU e erros de medicação. Na segunda parte apresenta-se o enquadramento metodológico onde surge a concetualização da investigação com todas as questões metodológicas, apresentamos e discutimos os resultados obtidos de forma a facilitar a sua interpretação e finalizamos o estudo com as conclusões, dando ênfase aos aspetos mais importantes da investigação, promovendo também algumas sugestões.

PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O processo de investigação tem o seu início com a escolha de um tema sobre o qual o investigador decide desenvolver uma investigação sistemática (Fortin, 2009).

A delimitação do tema em estudo exige que o investigador “proceda a uma revisão inicial da literatura que lhe permita conhecer o que foi escrito sobre o assunto” (Fortin, 2009, p.49) e que se interrogue sobre a pertinência do problema para a disciplina que estuda, o alcance que este poderá ter no plano teórico e prático da mesma e sobre as suas implicações éticas, através da elaboração de conceitos, da formulação de ideias e recolha de documentação que permitam alcançar uma conceção clara do mesmo (*idem*).

Ao longo deste capítulo, serão apresentadas algumas considerações teóricas relativas aos conceitos inerentes ao tema que se pretende estudar e cujo aprofundamento permitiu objetivar a questão central para este estudo. Serão abordados aspetos pertinentes acerca da segurança e qualidade em saúde, segurança do doente no serviço de urgência e os erros de medicação.

1- SEGURANÇA E QUALIDADE EM SAÚDE

O avanço nas pesquisas dos cuidados de saúde contribui para a melhoria dos cuidados prestados. No entanto, mesmo com os avanços nos sistemas de saúde, as pessoas estão ainda expostas a diversos riscos quando submetidas aos cuidados, particularmente em ambientes hospitalares. Por esta razão, a segurança do doente tem-se tornado preocupação central para o sistema de saúde, em todo mundo, desde a década de 90, quer pelo impacto negativo em termos de saúde, quer pelos custos económicos que representa. Contudo, os sistemas de saúde manifestam dificuldade em aprender com os erros e partilhar essa aprendizagem (WHO, 2005).

A segurança dos doentes é responsabilidade de todos (entidades, profissionais, sociedade, etc), como pedra angular da qualidade da prestação de cuidados e uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. A incidência de erros é reconhecida como fator determinante na qualidade dos cuidados de saúde (WHO, 2004).

A preocupação com a qualidade dos serviços de saúde dentro do Sistema de Saúde Norte-Americano cresceu assustadoramente nas últimas décadas. Observou-se uma mudança significativa nas abordagens atuais à melhoria da qualidade e às medições de desempenho clínico. O Institute of Medicine (IOM) define qualidade como “o grau em que os serviços de assistência médica para indivíduos e populações aumenta a probabilidade de atingir os resultados desejados para a saúde e o nível de consistência com os conhecimentos profissionais atuais”.

A necessidade de intensificar os esforços para a melhoria da qualidade não se tornou aparente apenas com base numa única frente de trabalho, mas a partir de diversos estudos que tornaram esse cenário ainda mais claro. Um dos estudos mais mediáticos é o relatório de 2000 do IOM “To err is Human” (Errar é Humano), cujas estimativas indicam que aproximadamente 44.000 a 98.000 mortes que poderiam ter sido evitadas ocorrem anualmente nos hospitais norte-americanos. No ano de 2001, o IOM deu continuidade a esse programa com a divulgação do relatório Crossing the Quality Chasm (“Cruzando o Abismo da Qualidade”) que foi um incentivo extra para estimular melhorias na qualidade.

O conceito de qualidade vem já desde a indústria, por autores como Deming, Juran ou Ishikawa e, foi adaptado à saúde, especialmente por Avedis Donabedian. No entanto, a

preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde atravessa toda a história da Medicina, desde Hipócrates, passando por Florence Nightingale e Ernest Codman (Campos, Saturno e Carneiro, 2010).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, definida no Despacho 14223/2009 de 24 de Junho de 2009, adotou as seguintes prioridades estratégicas de atuação:

- ✓ Qualidade clínica e organizacional;
- ✓ Informação transparente ao cidadão;
- ✓ **Segurança do doente;**
- ✓ Qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde;
- ✓ Gestão integrada da doença e inovação;
- ✓ Gestão da mobilidade internacional de doentes;
- ✓ Avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos cidadãos utilizadores do Serviço Nacional da Saúde.

Ao Departamento da Qualidade na Saúde compete (DGS, 2010):

- Coordenar e avaliar as atividades e programas de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional;
- Coordenar o sistema de qualificação das unidades de saúde;
- **Criar e coordenar atividades e programas de promoção da segurança do doente;**
- Desenvolver e manter a vigilância de doenças abrangidas pelo sistema de gestão integrada da doença;
- Coordenar os fluxos de mobilidade de doentes portugueses no estrangeiro e de doentes estrangeiros em Portugal e avaliar o seu impacto no sistema de saúde;
- Gerir os sistemas de monitorização e perceção da qualidade dos serviços pelos utentes e profissionais de saúde, designadamente o sistema nacional de reclamações, sugestões e comentários dos utentes do Serviço Nacional de Saúde, designado - Sim Cidadão, e promover a avaliação sistemática da satisfação;
- Definir e monitorizar indicadores para avaliação do desempenho, acesso e prática das unidades do sistema de saúde na área da qualidade clínica e organizacional, incluindo a gestão do Portal de Transparência (Campos, Saturno e Carneiro, 2010).

Numa época, em que a pessoa é parceira no processo de cuidados, tornando-se cada vez mais conhecedora e crítica dos cuidados que lhe são prestados, há um aumento exponencial das expectativas e das exigências, existindo uma crescente consciencialização das pessoas/família/sociedade dos seus direitos e deveres, impondo às organizações de saúde, uma responsabilidade acrescida pela qualidade nos cuidados prestados (Pisco, 2001). A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde propõe assim a médio e a longo prazo... “a promoção da aproximação à excelência na prestação de cuidados de saúde, através da garantia da sua qualidade e da sua melhoria contínua, para benefício dos cidadãos utilizadores do sistema de saúde e satisfação dos seus profissionais” (Despacho n.º 14223/2009).

Promover a segurança do doente com cuidados de qualidade, só será possível se se abordar o erro de forma assertiva, sistemática e transparente. O erro, na área da saúde ou em qualquer outra, abre um leque de possibilidades para o estudo da mente humana e dos seus aspetos cognitivos, bem como a análise das circunstâncias externas e fatores ambientais (Bulhões, 2001). Reason (2000) ressalta a existência de fatores humanos e não humanos (tecnologias e equipamentos) como contribuintes para a ocorrência do erro. Além disso, sabe-se que cerca de 70 % dos acidentes em geral envolvem o fator humano como causador do erro e que, portanto, a maioria das causas citadas dos eventos adversos medicamentosos está relacionada com o erro humano (Leape, 1994).

Em Portugal, 33.7% dos recursos humanos que prestam cuidados de saúde são enfermeiros, verificando-se que são estes profissionais os que mais tempo passam junto dos doentes e são também eles os mais envolvidos com a segurança do doente (OE, 2010). Assim, a Ordem dos Enfermeiros, no seu estatuto, que foi homologado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 tem como principal competência a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população através da definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, os quais alicerçam a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2010). Nesta sequência, a OE redigiu enunciados descritivos de qualidade, que traduzem prioridades face ao desenvolvimento da enfermagem. Compete aos enfermeiros, como elementos da equipa multidisciplinar, terem uma missão primordial na implementação de sistemas de melhoria da qualidade, para que os cuidados de saúde sejam mais efetivos, eficientes e do mais elevado nível.

Atualmente é unânime que qualquer instituição de saúde tem como principal finalidade a garantia de cuidados globais de saúde, de forma a que doentes e família, se sintam confiantes e seguros enquanto utilizadores desse mesmo serviço. Embora muitas organizações de saúde já tenham promovido várias medidas que garantem a segurança dos doentes, o facto é que ainda falta percorrer um longo caminho, face a outras organizações, que já introduziram procedimentos de segurança sistematizados.

A segurança do doente, não depende exclusivamente de uma pessoa, de um equipamento ou de um serviço. Ela advém da interação de todos os elementos de um sistema. Melhorar a segurança depende da compreensão e análise dessa interação.

Deste modo, deve-se promover uma Cultura Organizacional de Segurança, centrada em equipas, em que as pessoas não são punidas por cometer erros, dando importância a uma cultura de reporte de eventos e a uma cultura de aprendizagem com os erros (Fragata, 2010). Para um sistema de saúde ser mais seguro deve-se colocar a ênfase nos sistemas mais que nas pessoas, redesenhando os sistemas, de forma a torná-los “error proof”, investindo em simultâneo nos profissionais e nos processos de trabalho (*idem*).

A segurança dos doentes será tanto mais eficaz quanto mais robusto for o sistema. Considera-se que um sistema robusto é aquele que possui mecanismos que diminuem a possibilidade da ocorrência de erro e, quando não é possível evitá-lo, minimiza o dano.

A premissa básica na abordagem do sistema é que os seres humanos são falíveis e os erros são esperados, mesmo nas melhores organizações. Os erros são vistos como consequências e não como causas, tendo as suas origens não tanto na perversidade da natureza humana, mas em fatores sistémicos. São baseadas no pressuposto de que, embora não possamos mudar a condição humana, podemos mudar as condições em que os seres humanos trabalham. Todas as tecnologias perigosas possuem barreiras e salvaguardas. Quando um evento adverso ocorre, a questão importante não é quem errou, mas como e por que é que as defesas falharam (Reason, 2000).

Nesta linha de pensamento, Reason (2000) considera que o erro humano pode ser abordado de duas formas diferentes: uma *abordagem individual* e uma *abordagem do sistema*. Na *abordagem individual* o seu enfoque são as pessoas que trabalham no final da linha, que estão diretamente envolvidas na ação, tais como: os enfermeiros, os cirurgiões, os controladores de voo. O erro é analisado culpando unicamente a pessoa que o cometeu, sendo que a principal causa do erro é a falha humana. Nesta visão do erro, as

peças erram, devido processos mentais desviantes como, a falta de atenção, o esquecimento, o baixo nível de motivação e a negligência. Quanto às medidas corretivas, estas são exclusivamente disciplinares, podendo ir até à demissão, resultando em sentimentos de frustração, medo e vergonha para as pessoas que erram. Na realidade esta é a forma mais fácil de explicar o erro humano, de facto, é mais fácil culpar a pessoa que errou, do que investigar as verdadeiras causas do erro (*Idem*).

Para o mesmo autor na *abordagem do sistema*, a avaliação de uma situação de erro, não se cinge apenas à atuação das pessoas, mas também ao sistema em que estas se inserem e agem. Os erros são vistos como consequência e não como causas, dado que estes se devem não só à atuação pessoal, mas também a fatores subjacentes ao sistema. Nesta abordagem existem dois pilares essenciais, o fato dos seres humanos serem falíveis e os erros serem esperados mesmo nos melhores sistemas. Na verdade, mesmo os sistemas complexos apresentam muitas falhas, assim, a existência de falhas no sistema em que a pessoa age, ajuda a ocorrência de erros. O outro pilar relaciona-se com a circunstância, defendendo-se que é mais eficaz mudar o sistema e as condições de trabalho e torná-lo mais seguro, do que as condições humanas. Esta é uma visão do erro, em que é suposto divulgá-lo e analisá-lo a todos os níveis, fazer a correção das falhas e fomentar os mecanismos de segurança, de modo a tornar menos provável que outros errem e, caso errem, permita que os erros cometidos produzam o menor dano possível.

Na “*teoria do queijo suíço*” Reason (2000) menciona que todas as organizações possuem diversas barreiras de defesa (as mecânicas, as focadas nas pessoas que trabalham no final da linha e as relacionadas a procedimentos e a orientações administrativas), cujo objetivo é defender as possíveis vítimas e os meios materiais de perigos existentes no local de trabalho. O ideal seria que as barreiras defensivas atuassem de forma eficaz e efetiva e permanecessem intatas, no entanto existem pontos vulneráveis. Na realidade, as barreiras defensivas possuem falhas, sendo semelhantes a fatias de queijo suíço com diversos orifícios. Normalmente a presença de orifícios isolados nas barreiras defensivas, não predispõem a acidentes, contudo se num dado momento os orifícios se alinham, proporcionam uma trajetória de oportunidades para ocorrer um acidente.

Para o mesmo autor, os buracos nas defesas são provocados por dois motivos: *falhas ativas* e *falhas ou condições latentes*, que articulados ocasionam o acidente.

As *falhas ativas* são, os lapsos e os enganos praticados pelas pessoas que estão no final da ação (pedreiros, médicos, enfermeiros, etc.) cujos efeitos têm uma visibilidade imediata, mas de curta duração.

Já as *falhas latentes*, são processos organizacionais menos visíveis, inevitáveis e residentes (elementos patogênicos) no sistema, resultantes de decisões tomadas por pessoas não diretamente envolvidas na ação (administradores, gestores, chefes, engenheiros etc.). Estas falhas tendem a ficar adormecidas no sistema durante anos, mas se combinadas e alinhadas com as falhas ativas, invadem as barreiras defensivas do sistema e podem originar uma oportunidade de acidente. Contrariamente às falhas ativas, que dificilmente são previsíveis, as falhas latentes podem ser identificadas e corrigidas antes de ocorrer o acidente, resultando numa forma proativa de abordar o erro.



Figura 1 – Teoria do queijo suíço
Adaptado de Reason (2000, p.769)

Reason (2000) define erro, como uma falha numa sequência planeada de atividades físicas ou mentais, não conseguindo atingir o resultado pretendido.

A Taxonomia Internacional sobre segurança do doente, desenvolvida pela OMS e traduzida para português (DGS, 2011) apresenta vários conceitos de erro, onde predomina como ideia central o facto de se tratar de uma falha não intencional no cumprimento de um plano previamente definido, seja por omissão (não realizar algo que deveria ser realizado) ou por comissão (realizar de forma errada uma ação). Distingue-os do conceito de *Erros por Negligência*. Estes, de acordo com Fragata (2011) são os erros provocados por indivíduos ou organizações que não cumprem as regras, atuando de forma insegura e violando as *leges artis, desrespeitando* as normas que regem a profissão”.

No sistema de saúde, os erros são representados na figura de um iceberg, ou seja, sob a linha de água, para além do conhecimento geral, existe muito mais do que se apercebe. São conhecidos muito menos erros do que os que ocorrem na realidade.

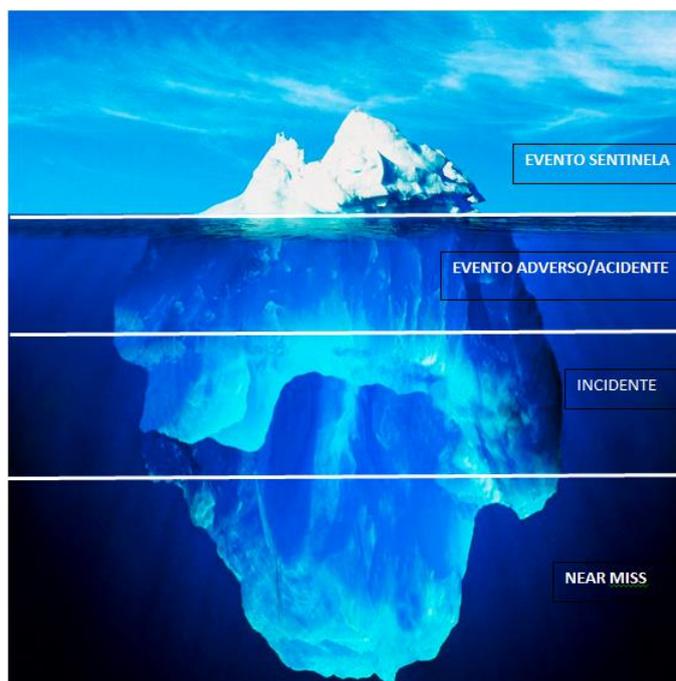


Figura 2 – Incidência relativa dos eventos em saúde
Adaptado de Fragata, (2011, p.12)

Os erros nos cuidados de saúde, correspondem a falhas nos processos de cuidados que podem atingir ou não o doente, com maior ou menor gravidade. No sentido de clarificar os conceitos usados na segurança do doente, tendo em consideração os efeitos no doente, Fragata (2011, p. 22, 24 e 25) definiu diversos termos, entre os quais:

Eventos adversos – “São ocorrências que causaram danos, por atos cometidos ou por qualquer omissão, mas sendo sempre o resultado do tratamento e não da doença.”

Eventos sentinela – “Eventos adversos graves que causaram dano grave ou mesmo a morte, ocorrendo isoladamente e sempre de forma não esperada. (...) São marcadores de risco e segurança organizacional, normalmente com grande visibilidade e pelas piores razões”.

Near Miss – “É uma situação que não só produziu danos porque se verificou uma recuperação ativa, baseada na atuação humana e/ou no sistema da organização, que permitiram recuperar uma trajetória certa de acidente, fazendo abortá-la sem consequências (...) sendo facilmente reportáveis (...) são verdadeiramente acidentes recuperados.”

Incidentes – “Todas as ocorrências indesejáveis que afetam o decorrer de um processo, mas que não comprometem o seu resultado planejado final, provocando transtornos de

fluxo ou danos *minor*, sem consequências de relevo, de modo a permitir completar o projeto terapêutico”.

Acidentes – “Ocorrências indesejáveis que afetam o decorrer do processo e que comprometem, em definitivo, o resultado planejado final, provocando transtornos ou danos *major* com consequências, normalmente permanentes”.

No entanto, existem três fatores que contribuem para que os dados disponíveis sobre eventos adversos estejam divididos, incompletos e sem uma base que permita a comparação entre estudos. O primeiro prende-se com as diferentes noções conceituais existentes entre os investigadores e os profissionais de saúde sobre o que é um incidente com a segurança do doente, um evento adverso ou um “near miss” – quase erro/erro potencial. O segundo deve-se à diferente metodologia utilizada nos vários estudos e o terceiro diz respeito à inexistência dum denominador comum, o que significa que as estimativas precisas sobre os eventos adversos não podem ser conseguidas se não existir uma notificação obrigatória da verdadeira incidência dos procedimentos clínicos que possam afetar a segurança do doente (WHO, 2008).

A *Agency for Healthcare Research and Quality* (2003), define erros como enganos ocorridos no processo de cuidados de saúde que resultam ou têm potencial para resultar em dano para o doente.

Carneiro (2010, p.5) refere que “um erro é um falhanço de execução de uma ação previamente intencionada e planeada (erro de execução), assim como a utilização de um plano errado para o atingimento de um determinado fim (erro de planeamento)”.

Fragata (2011) defende que os erros podem ser de diversos tipos, consoante o mecanismo de produção. Erros de lapsos ou falhas, são erros automáticos de atenção ou de destreza. Enganos são erros por um defeito de planeamento, por má aplicação das regras existentes ou por mau raciocínio, ou seja, por decisões cognitivas erradas.

Sendo a possibilidade de erro inerente a qualquer atividade humana, o compromisso de o minimizar tem que ser assumido como uma responsabilidade coletiva perante os doentes.

Se reunirmos a maior parte dos estudos de terreno sobre a incidência de eventos adversos em saúde, chegaremos a um algarismo entre 4% e 17%, com uma mediana nos dez eventos por cada cem internamentos hospitalares. Estes eventos, só em 5% causam danos irreversíveis ou mesmo a morte e, mais importante, poderiam, em cerca de 50% dos casos ter sido evitados (Fragata, 2009).

A probabilidade de erro está diretamente relacionada com a complexidade do doente ou da tarefa e com o desempenho. Aqui, os fatores humanos, erros ou violações representam cerca de 60 a 70% das causas, os fatores imputáveis à organização ou ao sistema, cerca de 20 a 30%, existindo ainda fatores ditos de equipa e, uma percentagem mais pequena e incerta, resultará da variação inexplicável ou acaso. Uma coisa é certa, a maior parte dos acidentes tem causas múltiplas (Fragata, 2009).

A investigação dos últimos 10 anos mostra que pelo menos 10 % dos doentes admitidos em estabelecimentos hospitalares vão sofrer danos decorrentes da prestação dos cuidados de saúde. É da responsabilidade do profissional de saúde evitar que isso aconteça. No entanto, poucos profissionais registam os seus erros e menos ainda são os que os analisam, o que dificulta a aprendizagem e a prevenção de ocorrências semelhantes no futuro. Paradoxalmente, o primeiro passo para a criação de um sistema eficaz de promoção da segurança do doente é aumentar a visibilidade do erro e da lesão decorrentes dos cuidados de saúde (Lage, 2010). Nos Estados Unidos, mais de 7000 doentes morrem por ano devido a erros de medicação (Flynn *et al.*, 2012). A administração de medicamentos tem riscos inerentes. Os erros têm um enorme impacto sobre a qualidade e a eficiência da assistência ao paciente, particularmente em relação à experiência, resultados e segurança. Os enfermeiros são fundamentais para o processo de administração de medicamentos e, portanto, devem demonstrar uma prática segura e confiável.

Para além das consequências para os indivíduos afetados (desconforto físico e/ou psicológico, incapacidade, insatisfação, perda de rendimento), os eventos adversos medicamentosos evitáveis acarretam considerável desperdício para o sistema de saúde e para a sociedade. Há a salientar, também, a perda de confiança que estes eventos acarretam para os utentes e a frustração e desmotivação que geram nos profissionais de saúde (Idem).

O setor de urgência e emergência é uma área de alto risco para ocorrência de eventos indesejáveis, devido à rotatividade e dinâmica de atendimento, pela grande procura de pacientes com graus variados de gravidade, pela deficiência quantitativa e qualitativa dos recursos humanos e materiais, sobrecarga de trabalho e stress profissional e ambiental (Filho, 2012). Nesta linha de pensamento surge o próximo subcapítulo: segurança do doente no SU.

1.1 – SEGURANÇA DO DOENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O funcionamento dos Serviços de Urgência tem sido, ao longo dos anos, uma preocupação constante do Serviço Nacional de Saúde. Por múltiplas razões, os Serviços de Urgência transformaram-se, progressivamente, na porta de entrada no SNS e em grandes consumidores de recursos humanos e financeiros, condicionando, em muitos hospitais, o funcionamento regular de todos os outros serviços (DGS, 2001).

Numa forma genérica a área da urgência tem conhecido uma evolução muito positiva e planificada, ao contrário de outros setores. Para tal, muito contribuiu o excelente trabalho e continuidade de políticas no âmbito do INEM, a reforma das urgências de 2008 e a introdução nos serviços de urgência de equipas fixas, que asseguram de forma completa ou incompleta alguma continuidade assistencial e de gestão. Temos atualmente um conjunto diversificado de meios de emergência pré-hospitalar já satisfatório, em termos de número e distribuição geográfica, carecendo apenas de ser completada em alguns sítios, e uma Central de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) que funciona relativamente bem. A legislação que tem sido publicada tem aperfeiçoado a regulamentação destes meios, donde se destaca a integração entre a emergência pré-hospitalar e a hospitalar, no chamado Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). Os grandes desafios neste campo para os próximos anos são precisamente os de prosseguir com a integração das equipas pré-hospitalares nos serviços de urgência, de forma a acentuar as sinergias potenciais; assegurar a continuidade da informação de fora para dentro do Hospital, monitorizar e divulgar os indicadores de desempenho do SIEM, assegurar a implementação duma rede de transportes inter-hospitalares eficaz e segura e contribuir para o crescimento da percentagem de doentes encaminhados através das vias verdes (Campos, 2014).

Um dos maiores desafios nesta área continua a ser o excessivo recurso às urgências, denunciado pelo número de doentes classificados em verde e azul na triagem de Manchester e pelo benchmarking internacional. Este é um problema complexo que exige uma resposta múltipla e complexa. Estas estratégias devem implicar campanhas de educação dos cidadãos que incidam sobre a boa utilização dos serviços de saúde, promoção da Linha Saúde 24, melhor aproveitamento dos hospitais de dia, possibilidade dos médicos nos Centros de Saúde poderem ver os doentes em menos de 12h, vagas para

urgências nas consultas hospitalares, programas de gestão integrada dos doentes high-users da urgência e outras (Idem).

Segundo dados da DGS (2001) pelo menos 50% das pessoas que recorrem ao SU não carecem de um atendimento em Serviço de Urgência Hospitalar, com todas as consequências que daí advêm para todos os intervenientes. Para os cerca de 50% dos doentes que carecem, efetivamente, de cuidados de urgência há um impacto negativo na qualidade dos cuidados prestados, pelo desvio dos recursos humanos, por um lado, e um obstáculo à especialização dos profissionais, por outro.

É fundamental, para a compreensão da lógica de funcionamento dos Serviços de Urgência, a definição clara dos conceitos de situações Urgentes e Emergentes. A Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência (CRRNU) distingue estes dois conceitos, definindo como urgência uma situação clínica “que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)”, e por emergência uma situação em que “existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo”. Esta comissão faz a distinção com as situações agudas ou agudizadas que não implicam intervenção corretiva em curto espaço de tempo e não deveriam estar contidas nos objetivos assistenciais dos serviços de urgência. Na distinção entre urgência e emergência feita pela CRRNU infere-se que a emergência é uma subcategoria da urgência (Campos, 2014). No entanto, na literatura anglo-saxónica é geralmente feita a distinção entre emergência e urgência, definindo-se como uma emergência uma situação que se traduz em risco imediato para vida ou para a saúde da pessoa, e como urgente uma lesão ou doença inesperada que necessita de rápida atenção médica, mas não representa um risco imediato para a vida ou saúde da pessoa (Idem).

Atualmente existem 3 tipologias de urgência, consoante o nível de atendimento e especialidades contidas: urgências básicas, urgências médico-cirúrgicas e urgências polivalentes.

Os Serviços de Urgência Médico--Cirúrgica são o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência. São unidades diferenciadas que devem estar instaladas em hospitais gerais de nível não inferior a hospital distrital (como é o caso do Hospital Distrital de Santarém, E.P.E., onde se vai realizar este estudo).

Os hospitais com Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica devem dispor de:

- Medicina Interna
- Cirurgia Geral
- Ortopedia
- Anestesiologia
- Cardiologia
- Neurologia
- Oftalmologia
- ORL
- Urologia
- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
- Bloco Operatório
- Imuno-hemoterapia
- Diálise para situações agudas
- Imagiologia (Radiologia convencional, Ecografia simples, TAC)
- Patologia Clínica (devendo assegurar todos os exames básicos)

Os Hospitais com Urgência Médico-Cirúrgica estão obrigatoriamente articulados com o nível superior (hospital com Urgência Polivalente que será o seu hospital de referência, neste caso o Hospital São José).

O recurso às urgências hospitalares tem-se pautado pela estabilidade, tendo havido 7.122.383 admissões nas urgências em 2002, das quais 6.662.560 foram em hospitais públicos, e 7.300.892 em 2012, das quais 6.451.512 (88%) foram em hospitais públicos (INE, 2014). Destas admissões, 82% foram por doença, 12% por acidente e 6% por outras causas.

Dito isto, o recurso às urgências hospitalares em Portugal continua a ser excessivo, mesmo comparando com outros países europeus: considerando que a estimativa para a população portuguesa em 2012 era de 10.487.289 habitantes, temos 696 admissões na urgência por mil habitantes, em 2012. Em Inglaterra, nesse mesmo ano, foram atendidos

18,3 milhões de doentes nos serviços de urgência, o que significa 345 admissões por 1000 habitantes (Department of Health). Outro indicador que traduz o recurso excessivo às urgências é a percentagem de casos não urgentes (verdes, azuis e brancos da Triage de Manchester), que foi de 41,8% no primeiro semestre de 2014 (Campos, 2014). Esta realidade não está bem investigada quanto às suas causas, mas poderemos facilmente apontar algumas razões que poderão contribuir: a existência de cerca de um milhão de habitantes sem médico de família, a falta de acesso ao médico de família em tempo adequado, particularmente nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizadas (UCSP), que ainda não sofreram os efeitos da reforma dos cuidados primários, mas também a utilização dos serviços de urgência como consultas de conveniência, numa altura em que as pessoas tentam não faltar ao trabalho. As vantagens são evidentes: estão abertos 24h por dia, têm exames complementares, têm especialistas na hora e, muitas vezes, até estão próximos (Idem).

De acordo com um estudo publicado na revista BMC Medicine Emergency as falhas nos sistemas são quase duas vezes mais propensas do que os erros dos profissionais de contribuir para Incidentes de Segurança dos Doentes (ISD) nos Serviços de Urgência (SU).

Os investigadores realizaram um estudo de observação num grande SU ao longo de dois anos. Durante esse período, foram identificados 152 ISD. No total, foram identificadas 188 falhas dos sistemas e 96 erros com base na prática do profissional que contribuíram para os 152 ISD's. Destes 152 casos, 12 levaram a danos ao doente, sendo que as falhas dos sistemas foram identificadas em 11 dos 12 casos. Os autores do estudo concluíram que "para reduzir efetivamente os Incidentes de Segurança dos Doentes, as iniciativas de melhoria da qualidade dos Serviços de Urgência devem concentrar-se na redução das falhas no sistema" (Jepson et al., 2014).

O departamento de emergência (ED) é um meio ambiente propenso ao erro, com estudos anteriores a demonstrarem que 51-70% dos erros que ocorrem no SU são previsíveis. Esta proporção é maior do que qualquer outra área da assistência. A gestão de vários doentes num meio complexo e caótico leva a um esforço cognitivo elevado e as interrupções frequentes dos profissionais, sendo consideradas fontes fundamentais de erro médico (Okafor et al, 2015).

Todos os passos no tratamento de um doente envolvem a possibilidade de erro e um certo nível de risco à segurança do doente. O objetivo da prática clínica é exatamente beneficiar o doente e evitar qualquer lesão decorrente dos cuidados. Mesmo no caso do SU em que o sistema pode ser hostil e criar situações de risco e em que a mudança permanente das condições de trabalho (doentes mais complexos, rotação de profissionais, novas tecnologias) pode ameaçar o funcionamento do sistema, cabe aos enfermeiros, como profissionais de referência, a promoção da segurança do doente (Lage, 2010). A complexidade do atual sistema de saúde pode levantar algumas questões em relação à segurança do doente. Uma clara compreensão dos fatores que levam ao aumento dos erros de medicação é o primeiro passo para os prevenir (OE, 2005).

O elevado número de doentes e de profissionais da saúde envolvidos na prestação de cuidados de saúde e a necessidade de resposta imediata às situações agudas ou de crise, como as de urgência ou emergência, potenciam a probabilidade de ocorrência de incidentes relacionados com a identificação dos doentes. A literatura internacional e os sistemas de notificação de incidentes de segurança atestam que a identificação incorreta do doente pode resultar na troca de tratamentos invasivos ou potencialmente perigosos, como são exemplos a troca de medicação, de transfusões de sangue, de análises clínicas, etc. De facto, nos serviços prestadores de cuidados de saúde, a identidade dos doentes deve ser sempre confirmada através de dados fidedignos, como é o caso do nome, da data de nascimento e do número único de processo clínico na instituição, sendo prática segura o recurso a, pelo menos, dois destes dados, que devem ser solicitados ao doente e em último caso confirmados na pulseira identificadora (Ministério da Saúde, 2015).

Tendo em conta as especificidades, já relatadas, do que é um serviço de urgência, com elevado número de doentes e dotações de profissionais abaixo das necessidades, procura-se no próximo capítulo perceber, com clareza, o que são erros de medicação

2- ERRO DE MEDICAÇÃO

Expressões como “errar é humano” e “acidentes acontecem”, são comuns no discurso do dia-a-dia. É um fato que os erros acontecem, o erro é uma característica intrínseca do ser humano e, mesmo com toda a experiência e esforços redobrados para que o erro não ocorra, o ser humano nasceu falível e assim irá permanecer. No entanto, faz também parte da natureza humana, desenvolver e descobrir soluções, para encarar novos desafios, já que é essencial compreender o porquê e como as pessoas erram, reduzindo assim a probabilidade de ocorrência do erro (Kohn, Corrigan e Donaldson, 2000).

Os eventos adversos relacionados a medicamentos extrapolam as situações que envolvem drogas concentradas e de alta vigilância. Os erros de medicação e as reações adversas a medicamentos estão entre as falhas mais frequentes nos cuidados em saúde e é importante destacar que estas situações, muitas vezes, poderiam ter sido evitadas nas três principais fases do processo de medicação – prescrição, dispensa e administração, as quais envolvem ações multiprofissionais de equipas médicas, de enfermagem e farmacêuticas.

A Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations (2008) define erro de medicação como qualquer evento prevenível causado pelo uso de medicação de forma inadequada e que compromete a segurança do doente. Por sua vez, o National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) (2001) define erros de medicação como: qualquer evento evitável que cause ou possa levar ao uso de medicação inadequada ou causar danos ao doente enquanto a medicação estiver ao cargo do profissional de saúde, do doente ou do consumidor. Tais eventos podem estar relacionados com práticas profissionais, produtos de saúde, procedimentos ou sistemas, incluindo prescrição, comunicação de pedidos, etiquetagem, embalagem, nomenclatura, composição, dispensa, distribuição, administração, educação, monitorização e uso.

Com o objetivo de uniformizar a linguagem e a classificação dos erros de medicação, o NCCMERP (2001) publicou a “Taxonomia dos Erros de Medicação”. Esta linguagem comum torna a estruturação de registos para futura análise e comparação dos mesmos.

Com base na importância clínica e na gravidade, os erros estão organizados em quatro níveis: erro potencial, erro sem dano, erro com dano e erro com morte (Quadro 1). Importa ressaltar que o NCCMERP define dano como o “comprometimento da função física, emocional ou psicológica da estrutura do corpo e/ou dor daí resultante.”

Quadro 1 – Categorias dos Erros de Medicação (Adaptado do NCCMERP)

CATEGORIA DO ERRO	DESCRIÇÃO
Erro potencial A	Circunstâncias ou eventos que têm a capacidade de causar erros.
Erro: sem dano B C D	<p>Ocorreu um erro, mas não atinge o doente (um “erro de omissão” atinge o doente)</p> <p>Ocorreu um erro que atinge o doente, mas não resulta em dano para o doente.</p> <p>Ocorreu um erro que atinge o doente e requer monitorização para confirmar que não resultou dano no doente e/ou requer intervenção para impedir o dano.</p>
Erro: com dano E F G H	<p>Ocorreu um erro que pode ter contribuído ou resultado em dano temporário no doente e requer intervenção.</p> <p>Ocorreu um erro que pode ter contribuído ou resultado em dano temporário no doente e requer hospitalização inicial ou prolongada.</p> <p>Ocorreu um erro que pode ter contribuído ou resultou em dano permanente no doente.</p> <p>Ocorreu um erro que requer uma intervenção para sustentar a vida (reanimação cardiorrespiratória, desfibrilhação, intubação, etc).</p>
Erro, com morte I	Ocorreu um erro que pode ter contribuído ou resultado na morte do doente.

Segundo um estudo realizado no Brasil, onde se tencionava estimar a prevalência de incidentes relacionados com a medicação numa Unidade de Terapia Intensiva, que incluiu 116 registos de internamentos hospitalares no período de 12 meses, verificou-se que 113 internamentos foram expostos a pelo menos um tipo de incidente, totalizando 2.869 ocorrências, sendo 1.437 circunstâncias notificáveis, 1.418 incidentes sem dano, nove potenciais eventos adversos e cinco eventos adversos. Os incidentes aconteceram durante a fase da prescrição (45,4%) e a ausência de conduta dos profissionais de saúde frente aos incidentes foi identificada em 99% dos registos. Ou seja, estimou-se a prevalência de 97,4% incidentes relacionados a medicação (Filho, 2015).

Aquando da administração de medicação muitos erros podem acontecer. Medicamento errado, dose errada, doente errado, horário errado e via errada. Só no ano 2007, nos Estados Unidos, está estimado que ocorreram 1.5 milhões de erros em doentes, 400,000 em hospitais e 800,000 em internamentos de longa duração (Metules & Bauer, 2007).

Estes erros podem ser de: Comissão (fazer algo errado); Omissão (não fazer algo certo) ou Execução (fazer algo incorretamente) (OE, 2006).

Atendendo à natureza dos erros de medicação, estes devem ser classificados em tipologias. A American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) (1993) definiu 11 tipos de erros de medicação e mais tarde a United States Pharmacopeia MEDMARX® Data Report (2006) descreve 14 tipos:

Doente errado: Falha na identificação prévia do doente.

Dose/quantidade incorreta: Qualquer dose, concentração ou quantidade que difira do que está prescrito.

Doses Extras: Administração de doses suplementares à prescrição ou de medicamentos que foram suspensos.

Erro de omissão: Falha na administração de uma dose prescrita; Exclui a recusa do doente ou decisão clínica ou outra razão válida para não administrar.

Erro de prescrição: Seleção incorreta do medicamento prescrito (segundo as suas indicações, contraindicações, alergias conhecidas, tratamento farmacológico já existente e outros fatores), dose, forma farmacêutica, quantidade, via de administração,

concentração, frequência de administração ou instruções de uso, prescrições ilegíveis ou prescrições que induzam a erro que possa alcançar o doente.

Erro na identificação: Falha na identificação/rotulagem de medicação.

Forma farmacêutica errada: uma forma farmacêutica dispensada/ administrada diferente da prescrita.

Hora errada: Horas de administração fora do horário pré-determinado para a sua administração.

Medicamento errado/não autorizado: Administração de um medicamento não prescrito.

Preparação incorreta: Preparação/ formulação/ reconstituição ou diluição incorreta de um medicamento.

Produto deteriorado: Administração de um medicamento cuja integridade físico-química tenha sido alterada; Inclui medicamentos mal armazenados.

Produto expirado: Medicamento fora de validade.

Técnica de administração errada: Procedimento inadequado ou técnica inadequada na administração do medicamento.

Via errada: Administração

Os enfermeiros devem conhecer os tipos de erros de medicação mais frequentes para prevenir ou minimizar estes eventos, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A prática de medicação numa organização hospitalar pode ser definida como um sistema complexo, com vários processos interligados, interdependentes e constituído por profissionais de diferentes áreas do conhecimento (médicos, equipe da farmácia e de enfermagem) que compartilham de um objetivo comum, que é a prestação da assistência à saúde dos pacientes com qualidade, eficácia e segurança (Miasso, Silva, Cassiani, Grou, Oliveira e Fakih, 2006).

Tal como já foi referido anteriormente, alguns estudos mostram que a maioria dos erros de medicação ocorrem no momento da prescrição e no ato de administração. Os erros nos

formulários de prescrição são atribuídos a más práticas médicas, enquanto que a equipa de enfermagem é responsável pelos erros durante a administração de medicação.

A gestão de medicamentos, ou farmacoterapia, é vista como uma atividade de cuidados de saúde que é realizada por um profissional com formação em gestão de medicamentos. Este processo consiste em várias fases que incluem prescrever, receber a prescrição, distribuição, preparação e administração de medicamentos, bem como monitorizar o seu efeito. Gestão de medicamentos também envolve documentação do processo, aconselhamento e educação do paciente. Os Enfermeiros realizam o processo de gestão de medicamentos em todas as fases, exceto no período de prescrição.

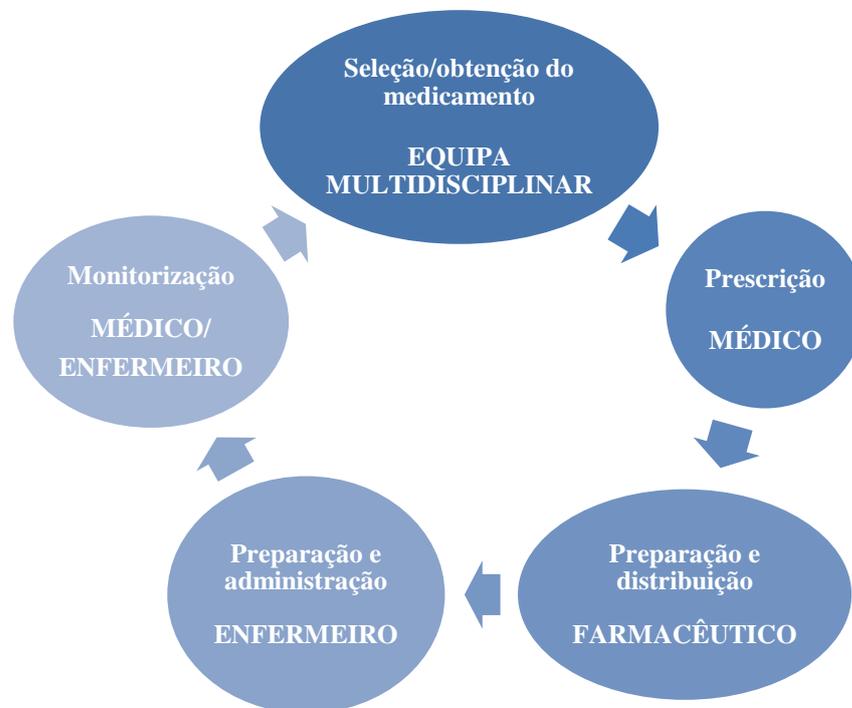


Figura 3 – Processo de administração de terapêutica hospitalar

Os erros de medicação não ocorrem devido a uma única causa, mas sim a múltiplas, devendo estas ser identificadas para que se possa intervir de forma preventiva e corretiva. O fato de geralmente ser multicausal dificulta a sua antecipação. No relatório de MEDMARX® (2006) foram identificadas várias causas que se apresentam no quadro 2.

Quadro 2 – Causas de Erros de Medicação (Adaptado de MEDMARX®, 2006)

CAUSAS DO ERRO DE MEDICAÇÃO	
Comunicação	Má prática
Invólucros idênticos	Prescrição escrita
Contraindicação, alergia ao medicamento	Prescrição verbal
Design do invólucro	Protocolo/procedimento não respeitado
Formulário de pedido de medicação	Uso inadequado de máquinas perfusoras
Medicamentos que “soam “parecido	Medicamentos com nome semelhante
Documentação	Registo no computador
Embalagem da farmácia	Segurança do processo
Etiquetagem	Falha na monitorização
Falta de conhecimentos	Transcrição incorreta/omissão de transcrição
Erro de cálculo	Sistema de distribuição do medicamento

São vários os fatores que isolados não causam dano, mas quando agrupados podem conduzir ao erro. Reason (2000) considera que são acidentes à espera de acontecer necessitando apenas das condições ideais para tal.

Na maioria da literatura consultada não existe uma clara distinção entre causas e fatores, contudo, o relatório MEDMARX® (2006) faz essa divisão na classificação.

Quadro 3 – Fatores que contribuem para os Erros de Medicação (Adaptado de MEDMARX®, 2006)

FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O ERRO	
Aumento da carga de trabalho	Distração/Interrupções
Inexperiência do profissional	Rotatividade das equipas
Ausência de farmácia 24 horas	Doentes com nomes semelhantes
Mudanças de turno	Sistema informático sem rede
Contratos temporários/empresas	Falha na identificação do doente
Número de profissionais insuficiente	Equipas para horários alternativos
Situação de emergência	Transferência do doente
Falta de acesso à informação do doente	Falta de código uniforme

Na realidade, na sua prática diária os enfermeiros atuam segundo regras, padrões, orientações, as boas práticas recomendadas e os princípios éticos da profissão, no entanto, as condições complexas que envolvem a prestação de cuidados de enfermagem, podem levar por vezes, à ocorrência de avaliações, decisões e práticas menos corretas não intencionais por parte dos enfermeiros, que podem originar erros/eventos adversos nos doentes (Castilho e Parreira, 2011). No entanto, Castilho (2012), após uma revisão da literatura sobre esta temática, adiciona o défice na vigilância dos doentes, o défice no julgamento clínico e o défice na advocacia dos doentes como erros/eventos adversos na prática de enfermagem.

O fato da enfermagem atuar no último dos processos, que é a de preparação e administração dos medicamentos, ou seja, na ponta final do sistema de medicação, faz com que muitos erros cometidos não detetados no início ou no meio do sistema lhe sejam atribuídos. Esse fato também aumenta a responsabilidade da equipa de enfermagem, pois tem a última oportunidade de intercepar e evitar um erro ocorrido nos processos iniciais, transformando-se numa das últimas barreiras de prevenção. Existem estudos que afirmam que a equipa de enfermagem é capaz de intercepar até 86% dos erros na medicação, provindos dos processos de prescrição, transcrição e de dispensa, ao passo que apenas 2% dos erros na administração são interceparados (Miasso, Silva, Cassiani, Grou, Oliveira e Fakh, 2006). É imprescindível, portanto, que a enfermagem possua uma visão ampliada do processo de gestão de medicação e, principalmente, que dê garantias de segurança e qualidade ao processo que está sob a sua responsabilidade, procurando informações a respeito do fluxo das suas atividades, sobre os problemas existentes com o ambiente e com os recursos humanos, assim como conhecimento sobre os fármacos, interações medicamentosas etc., contribuindo para que a terapêutica medicamentosa seja cumprida de maneira eficiente, responsável e segura.

Procuramos no estudo empírico aprofundar o conhecimento que nos permita compreender melhor a interação entre os diferentes fatores que contribuem para a ocorrência dos erros de medicação no SU no período em que está sob gestão do enfermeiro

PARTE II- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Para se iniciar uma investigação, deve ter-se por base um problema que interesse e preocupe o investigador e que necessite de ser investigado. Fortin (2009) refere que qualquer investigação parte de uma situação considerada problemática que exige uma melhor explicação ou compreensão do fenómeno observado.

Na maior parte das disciplinas, a investigação científica é utilizada como um modo de adquirir conhecimentos, através da obtenção de “respostas a questões determinadas por meio da observação de certos factos que ressaltam do seu domínio, tendo como objetivo a compreensão dos factos estudados” (Fortin, 2009, p.16).

Polit, Beck e Hungler (2011), referem que o desenvolvimento do conhecimento e a sua utilização é importante para a constante melhoria no atendimento. Acrescentam ainda que, com isto se pretende que cada vez mais enfermeiros utilizem a prática baseada na evidência, aplicando os resultados de pesquisa para fundamentar as suas decisões, ações e interações com os doentes. São os métodos escolhidos pelo investigador que fornecem à investigação o seu carácter sistemático, podendo definir-se a metodologia de investigação como “um processo de seleção da estratégia de investigação, que condiciona, por si só, a escolha das técnicas de recolha de dados, que devem ser adequadas aos objetivos que se pretendem atingir” (Sousa e Baptista, 2011, p.52).

Segundo Fortin (2009, p.40), na fase metodológica, o investigador “determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação...”, devendo o tipo do estudo ser de acordo com o que se pretende explorar. Assim, o enquadramento metodológico ou metodologia torna-se imprescindível a qualquer trabalho de pesquisa, pois é através dele que se estuda, descreve e explica todas as etapas que se vão processar. Neste capítulo, após a apresentação da problemática e justificação do estudo, dos objetivos e questões de investigação, serão expostas as opções metodológicas assumidas como adequadas à concretização dos objetivos, onde se inclui a definição do tipo de estudo, a descrição do seu contexto e os participantes, bem como as estratégias utilizadas para a colheita e análise dos dados e os procedimentos formais e éticos adotados.

3- PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

A finalidade da investigação em enfermagem é responder às questões ou solucionar os problemas de relevância para a profissão (Polit, Beck e Hungler, 2011).

A realização deste estudo surge da necessidade de compreender quais fatores que influenciam a ocorrência de erros de medicação, enquanto esta está sob gestão do enfermeiro.

A escolha do tema/problema de investigação surgiu do próprio contexto onde presto cuidados, uma vez que, este problema já foi detetado, já fizemos formação em serviço com base no erro terapêutico, mas não chegámos a adotar medidas para minimizar o mesmo. Para reforçar a pertinência do tema e enquadrá-lo foi efetuada uma pesquisa bibliográfica online, em livros e em periódicos existentes em bases de dados (via EBSCO) e no repositório da escola, para perceber que tipo de estudos já existem e se o tema é pertinente.

O avanço nas pesquisas dos cuidados de saúde contribui para a melhoria dos cuidados prestados. No entanto, mesmo com os avanços nos sistemas de saúde, as pessoas estão ainda expostas a diversos riscos quando submetidas aos cuidados, particularmente em ambientes hospitalares. Devido a isso, a segurança do doente tem-se tornado preocupação central para o sistema de saúde, em todo mundo.

Os erros de medicação podem-se inserir em várias categorias, podendo ocorrer em qualquer fase do processo de medicação. A enfermagem, responsável pelas últimas etapas que são a preparação e administração de medicamentos, pode detetar alguma falha e parar todo processo, isso muitas vezes não acontece e a culpa do evento é atribuída à enfermagem, aumentando a responsabilidade destes profissionais (Nazarko, 2015). Não importa apenas avaliar as falhas técnicas, mas também os outros fatores que podem desencadear o erro, como a organização e sobrecarga de trabalho, recursos humanos insuficientes, profissionais mal treinados, locais desprovidos de recursos financeiros, como planta física inadequada, presença de ruídos e baixa luminosidade (Volpe, Pinho, Stivali e Karnikowski, 2014). O setor de urgência é uma área de alto risco para ocorrência

de eventos indesejáveis, devido à rotatividade e dinâmica de atendimento. Face às características clínicas dos pacientes atendidos neste serviço, a administração de medicação com alto poder de ação é frequente exigindo um cuidado intenso e um corpo de conhecimentos específicos e especializados, pois qualquer falha durante esta atividade pode trazer consequências irreversíveis e devastadoras. Recentes estudos evidenciam que erros na administração e preparação de medicamentos representam uma triste realidade do serviço de saúde, repercutindo-se negativamente nos indicadores de assistência e nos resultados institucionais (Filho, 2012).

Apesar desta temática ser cada vez mais estudada, em Portugal, ainda não é conhecida a verdadeira dimensão nem as circunstâncias que envolvem a ocorrência do erro de medicação no serviço de urgência, pelo que consideramos relevante explorar os fatores que influenciam a ocorrência de erros de medicação, enquanto esta está sob gestão do enfermeiro.

4- OPÇÕES METODOLÓGICAS

A metodologia de investigação pode ser definida como o conjunto das “decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura, que permita explorar empiricamente as questões de investigação (Fortin, 2009, p.214). É seu objetivo guiar o investigador no planeamento e na realização do seu estudo, de modo a conseguir os objetivos pretendidos e, ainda, “precisar a maneira como a questão de investigação será integrada num desenho, que indicará as atividades a realizar no decurso da investigação (Fortin, 2009, p.214).

4.1- TIPO DE ESTUDO

A escolha do método de investigação depende diretamente da questão formulada pelo investigador (Streubert e Carpenter, 2002) pelo que, para este estudo, o recurso a uma abordagem qualitativa como resposta ao fenómeno que se pretende estudar, assume-se como a melhor opção. Isto porque, a investigação qualitativa permite estudar os fenómenos em profundidade e construir uma nova realidade significativa para os indivíduos que os vivenciam, bem como “considerar os diferentes aspetos do fenómeno do ponto de vista dos participantes, de maneira a poder, de seguida, interpretar este mesmo fenómeno no seu meio” (Parse apud Fortin, 2009, p.32).

Polit, Beck e Hungler (2011) defendem, ainda, que escolher entre a pesquisa quantitativa e a pesquisa qualitativa depende em certo grau do gosto pessoal e filosofia do investigador, embora dependa, em grande parte, da natureza da indagação da pesquisa. Acompanhando esta linha de pensamento, este trabalho emergiu de uma preocupação, sentida no âmbito do desempenho profissional, consciente que o fenómeno do erro no processo de gestão de medicação faz parte da prática diária de quem presta cuidados num serviço de urgência. Perante esta realidade, considerou-se relevante desenvolver uma pesquisa que permiti-se compreender o fenómeno.

Deste modo, este estudo é de índole descritiva, com uma abordagem qualitativa, transversal e assente no paradigma interpretativo, com recurso a entrevistas semi-estruturadas. Qualitativo interpretativo pois, segundo Fortin (2009), o paradigma interpretativo encerra a crença que existem várias realidades baseadas nas perceções dos

indivíduos, sendo que todas as investigações qualitativas tendem a destacar o sentido ou significação que um dado fenómeno tem para os indivíduos

A investigação qualitativa tem por objetivo compreender o significado do fenómeno em estudo, tendo em conta a perspetiva única dos indivíduos estudados, e no contexto onde ocorrem os fenómenos, permitindo considerar a complexidade dos fenómenos em estudo (Pais Ribeiro, 2008).

A metodologia qualitativa consiste na “exploração de um único fenómeno, limitado no tempo e na ação, onde o investigador recolhe informação detalhada. É um estudo intensivo e detalhado de uma entidade bem definida, um caso, que é único, específico, diferente e complexo” (Sousa e Baptista, 2011, p. 64), como é o processo de gestão de medicação pelo enfermeiro.

Quanto à dimensão temporal, este estudo é do tipo transversal, uma vez que a obtenção dos dados será realizada num determinado momento. São estudos práticos, relativamente económicos e fáceis de aplicar, no entanto, não permitem avaliar mudanças ou tendências temporais, como é o caso dos fatores que influenciam o processo de gestão de medicação (Polit, Beck e Hungler, 2011).

4.2- CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no contexto específico de um serviço de urgência, que passamos a designar por H.

De acordo com o Despacho nº. 727/2007, do Ministério da Saúde, o serviço de urgência do HS é classificado como um serviço de urgência médico-cirúrgico (DGS, 2010). É o serviço de referência para a população dos oito concelhos que abrange, um total de cerca de 190.000 habitantes onde, segundo os dados apurados através do programa informático SONHO, em 2015, foram admitidos cerca de 80.911 cidadãos, com uma média mensal de 6743 admissões por mês. No entanto, sabe-se que ocorreram flutuações diárias significativas que neste contexto levam a que, em muitos turnos, as necessidades de cuidados de enfermagem sejam extremamente elevadas, superando a capacidade de resposta dos enfermeiros para a prestação global e individualizada de cuidados, podendo isto contribuir para a ocorrência de erros durante o processo de gestão de medicação. Verificou-se ainda que os meses de Julho e Agosto foram aqueles em que houve mais

admissões de doentes por dia, sendo também meses em que muitos profissionais estão de férias e em que os turnos ficam com um número mínimo de enfermeiros.

4.3- OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Os objetivos e as questões de investigação “decorrem do problema de investigação e do seu quadro teórico (Fortin, 2009, p.160). Vilelas (2009) refere que os objetivos devem ser delineados com o intuito de responder às indagações do investigador.

A formulação de questões de investigação é uma das etapas fundamentais no processo de investigação, dado que precisa o objetivo e delimita as variáveis de investigação e a população estudada.

Face ao problema identificado, enunciou-se a seguinte questão de investigação:

Qual a perceção dos enfermeiros sobre os fatores que influenciam o erro no processo de gestão de medicação no serviço de urgência do HDS?

Nesta perspetiva definiu-se para este estudo o seguinte objetivo geral:

- Compreender quais os fatores associados ao erro de medicação, durante o processo de gestão da mesma, percecionados pelos enfermeiros do SU do HS;

E como objetivos específicos:

- Explorar a perceção dos enfermeiros sobre a ocorrência de erros durante o processo de gestão de medicação no SU;
- Identificar o contexto da ocorrência do erro (profissionais envolvidos e momento do dia);
- Compreender as causas precipitantes do erro na gestão de medicação (falhas humanas ou falhas sistémicas);
- Descrever as dificuldades dos Enfermeiros no processo de gestão de medicação no SU;
- Identificar as medidas de mitigação de dano realizadas pelos profissionais;
- Verificar se ocorreu a notificação do erro;
- Identificar a necessidade de formação e/ou implementação de protocolos de melhoria das práticas.

4.4- PARTICIPANTES DO ESTUDO

A investigação qualitativa recorre a uma amostra não probabilística, isto é, uma amostra não aleatória, respondendo a características precisas. Entre os tipos de amostras possíveis, mencionamos a amostra accidental, a amostra por escolha racional e a amostra por feixes (bola de neve). Para determinar o tamanho da amostra não nos baseamos sobre avaliações estatísticas, como na investigação quantitativa, mas sobre as ações que permitem atingir o objetivo do estudo. O número de participantes é geralmente pequeno (6 a 10), mas pode ser maior se se estuda um fenómeno complexo ou se se elabora uma teoria. De modo geral, o número de participantes é determinado pela saturação dos dados, uma situação na qual estes já não trazem novas informações (Sandelowski, 1995 apud Fortin, 2009).

Na impossibilidade de aceder a todos os profissionais da equipa de enfermagem que desenvolvem a sua atividade neste ambiente, tornou-se necessário selecionar um conjunto de participantes que possa contribuir para o desenvolvimento do estudo, de modo a que este se assumia como uma mais-valia na qualidade e reconheça quais os fatores que influenciam a ocorrência de erros de medicação, enquanto esta está sob gestão do enfermeiro na área médica do SU. A escolha dos participantes para este estudo foi realizada de acordo com os seguintes critérios de inclusão: Enfermeiros prestadores diretos de cuidados e que trabalhem por turnos; e como critério de exclusão: Enfermeiros que se encontrem em período de integração. Foram realizadas 10 entrevistas em que o elemento mais novo tem 3 anos de experiência (2 em contexto de urgência) e pós-graduação em doente crítico e o elemento mais velho tem 17 anos de experiência, é especialista e mestre na área do doente crítico. Os informantes apresentam uma média de idades de 33 anos e 9,6 anos de experiência profissional, tratando-se de uma equipa jovem, mas com uma vasta experiência em contexto de urgência, compreendendo tanto indivíduos do género masculino (3) como do feminino (7).

4.5- PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE INFORMAÇÃO

Existem diversos métodos de colheita de dados, cabendo ao investigador a decisão de selecionar o método que melhor se adapta ao seu estudo (Fortin, 2009). Dada a natureza da problemática em análise, optou-se por realizar a colheita de dados com recurso a entrevistas semi-estruturadas, tendo por base um guião de entrevista.

A entrevista semi-estruturada é utilizada como método de colheita de dados nas investigações qualitativas quando “o investigador quer compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos participantes” (Fortin, 2009, p.376-377). Assemelha-se a uma conversa informal cujo objetivo é compreender o ponto de vista do participante (Fortin, 2009). Geralmente pressupõe a existência de um guião previamente preparado que serve de eixo orientador ao desenvolvimento da entrevista, procurando garantir que os diversos participantes respondam às mesmas questões, não exigindo que se siga uma ordem rígida nas questões, mas sim que as questões sejam todas cobertas durante a entrevista, ou seja, o guião funciona como um *checklist* e o desenvolvimento da entrevista vai-se adaptando ao entrevistado, mantendo-se, em geral, um elevado grau de liberdade na exploração das questões. Esta ideia é partilhada por Sousa e Baptista (2011) quando afirmam que este tipo de entrevista se baseia num guião previamente construído, com um conjunto de tópicos/perguntas a abordar no decurso da mesma, disponibilizando ao entrevistado liberdade em expressar as suas opiniões, mantendo-o simultaneamente focado no tema.

A elaboração do guião teve por base a adaptação do modelo PSET proposto pela JCAOH (2005), efetuado por Castilho (2014). Na figura quatro apresentam-se os principais eixos temáticos e categorias contemplados no referido modelo.



Figura 4 - Modelo adaptado de análise de relato de eventos adversos, PSET da JCAHO

Sem que isso prejudique a liberdade e espontaneidade do participante, procuram-se respostas para as seguintes questões, tendo por base a reflexão acerca de um erro de medicação que vivenciaram ou presenciaram, na sua prática clínica:

- Qual o tipo de erro de medicação descrito? (podendo explorar vários aspetos, (near miss ou evento adverso? fase em que ocorre o erro (preparação? Administração? Outra?, características do erro (omissão, troca de dose, de doente, falha na vigilância da resposta do doente,))
- Qual o impacto do erro no doente, na organização e no profissional? (no doente impacto físico e psicológico (gravidade), custos na organização (imagem, económicos), no profissional (psicológicos, relação com equipa e hierarquia...))
- Qual o contexto da sua ocorrência (profissionais envolvidos e momento do dia)?
- Quais as causas precipitantes do erro de medicação (falhas humanas (distração, cansaço, esquecimento? ou falhas sistémicas: desorganização, sobrecarga de trabalho, dotações inadequadas, gestão do material desadequada, métodos de trabalhos desajustados)?
- Quais as medidas de mitigação de dano realizadas pelo profissional? (o que foi feito na altura para que as consequências no doente fossem minimizadas) (houve notificação, reflexão / propostas de melhoria...)
- Como foi gerido na equipa/organização?
- Quais as medidas preventivas propostas pelos profissionais?

No sentido de garantir o rigor e validade da informação recolhida, foram realizadas entrevistas preliminares com vista a aperfeiçoar a técnica de entrevista e a identificar possíveis necessidades de alterações no guião, tornando o processo mais coerente e consistente.

Todos os informantes reuniam os critérios de inclusão e mostraram total disponibilidade para participar no estudo. A colheita de dados foi iniciada após autorização legal por parte de Conselho de Administração do HDS. As entrevistas foram sempre realizadas em período pós-laboral e num espaço reservado, evitando interrupções. O período de colheita de informação teve início em Maio de 2017 e terminou em Outubro de 2017. Os informantes apresentaram desde do início, como já foi referido, total disponibilidade para relatar uma situação de erro de medicação vivenciada por si e sempre que houve necessidade a entrevista, foi orientada pelo guião e gravada em suporte áudio. Todos os

informantes assinaram previamente o consentimento livre. No final, procedeu-se à audição e transcrição das entrevistas.

4.6- PROCEDIMENTOS DA ANÁLISE DA INFORMAÇÃO

As entrevistas foram então transcritas na íntegra e o seu conteúdo foi submetido à análise temática de conteúdo, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados e interpretação. Este processo, denominado de categorização, seguiu o modelo de análise proposto por Castilho (2014) e permitiu classificar em dimensões e categorias temáticas as expressões dos entrevistados, classificando-as por semelhança, na medida em que foram encontradas. Ilustrámos a análise com as unidades de registo e as unidades de enumeração,

De acordo com Bardin (2004) a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações, baseado em procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

A análise da informação é a etapa onde se registam, analisam e interpretam os dados, através da desconstrução de “um todo nos seus elementos, procedendo posteriormente à sua examinação de forma sistemática, parte por parte” (Sousa e Baptista, 2011, p.106).

4.7- PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A valorização e o respeito pelos princípios éticos durante a investigação contribuem para a formação da identidade profissional do investigador e para um processo de investigação de maior qualidade (Sousa e Baptista, 2011). Na investigação qualitativa o investigador é pessoal e profissionalmente responsável por garantir que o desenho do seu estudo seja sólido do ponto de vista ético e moral, nomeadamente no que respeita ao “consentimento informado, anonimato e confidencialidade, obtenção de dados, tratamento e relações participante-investigador” (Streubert e Carpenter, 2002, p.37). No sentido de assegurar o cumprimento dos princípios éticos e formais da investigação qualitativa, para o desenvolvimento deste estudo foram adotadas as seguintes medidas:

1. Pedido de autorização ao conselho de administração e comissão de ética do Hospital S para a realização do estudo (Apêndice I).
2. Pedido de consentimento informado aos participantes do estudo (Apêndice 2).

3. Garantia do anonimato dos participantes aquando da recolha, análise e tratamento dos dados

Fortin (2009, p.200) refere que as comissões de ética para a investigação são responsáveis por “assegurar uma avaliação independente e multidisciplinar da ética dos projetos que lhes são submetidos antes de autorizarem a sua implementação”.

Durante o processo de investigação foi preservado o princípio da *não maleficência*, não prejudicando em momento algum os participantes, e o princípio da *autonomia*, ao obter o consentimento livre e esclarecido e participação voluntaria dos informantes. Foi preservado o anonimato e a confidencialidade dos dados sendo estabelecido um clima de respeito, assegurando assim o princípio da *beneficência e justiça*, (Beauchamp e Chikdress *apud* Streubert e Carpenter, 2002).

Esta temática envolve sempre alguma complexidade e sensibilidade por parte de cada indivíduo pelo que foi realçado que em o enfoque do estudo seriam as circunstâncias e fatores que envolvem a ocorrência de erros de medicação e nunca o autor desses mesmos erros.

5 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO

Neste capítulo apresenta-se a análise e discussão da informação obtida através das entrevistas realizadas.

A informação, recolhida em suporte áudio, foi posteriormente transcrita para documento Word. Assim, no decorrer deste capítulo serão utilizados excertos das entrevistas a fim de ilustrar a presente análise e discussão da informação.

Procedeu-se à técnica de análise de conteúdo, que Bardin (2011), designa: “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2011, p. 47).

Depois de uma leitura flutuante dos relatos, iniciou-se o processo de categorização partindo, *à priori*, da utilização das cinco unidades temáticas baseadas no Modelo PSET da JCAOH, adaptado por Castilho (2014). Foram criadas diferentes categorias e subcategorias em cada unidade temática. Assim, foi possível organizar a informação recolhida, o que permitiu agrupar as unidades de registo conforme os quadros existentes ao longo deste capítulo.

Apresentam-se em seguida os resultados organizados por eixos temáticos.

Eixo temático - Tipo de evento

Da análise das entrevistas, verificou-se que todos os enfermeiros tiveram facilidade em relatar pelo menos uma situação de erro de medicação. Das 10 entrevistas, em 3 delas houve descrição de 2 situações distintas de erro, na E2 descreveu-se um near miss e um evento adverso e na E1 e E4 situações distintas de eventos adversos. Na generalidade os enfermeiros identificaram mais facilmente situações de eventos adversos, onde o erro atinge o doente, tendo relatado em percentagem reduzida episódios de near miss. De acordo com os autores em cada 100 admissões nos hospitais, há 6,5 eventos adversos à

medicação e 5,5 eventos potenciais, sendo 28% desses evitáveis (Cassiani, Miasso, Silva, Fakin e Oliveira, 2004). Cada paciente internado em hospitais nos EUA está sujeito a um erro de medicação por dia e calcula-se que 400.000 EA evitáveis são registrados anualmente nos hospitais americanos (Aspden et al, 2007). Na mesma linha de pensamento Fragata e Martins (2004), salientam que existem cerca de três vezes mais *near miss* do que eventos adversos clinicamente visíveis. Contudo, talvez por não causarem dano, frequentemente não chegam a ser reportados ou conhecidos. De acordo com os mesmos autores, observam-se mais relatos de eventos adversos que *near miss*, podendo deduzir-se que muitas destas situações podem não ser valorizadas da mesma forma ou que a linguagem subjacente à classificação do erro não é dominada pelos enfermeiros, sendo que muitos reconhecem como erro apenas e só aquelas situações onde o erro chega a atingir o doente. O mesmo é sustentado pela *National Patient Safety Agency* (2007) quando refere que é mais provável a equipa relatar um incidente onde o erro ocorreu efetivamente do que um quase acidente. Os erros de medicação são ocorrências que podem assumir dimensões significantes e impor custos relevantes ao sistema de saúde, pois podem causar efeitos nocivos como reações adversas, lesões temporárias ou permanentes e até a morte. Estes são classificados como eventos evitáveis podendo ou não resultar em danos aos pacientes, sendo que a ocorrência de dano caracteriza o evento adverso à droga, que se refere ao prejuízo ou lesão, temporária ou permanente, para o uso indevido da droga, incluindo a falta dela (Santi et al, 2014).

Relativamente à fase em que ocorreu o erro, a maioria dos enfermeiros descreveu uma situação que ocorreu na fase de administração de medicação, sendo que 2 casos relataram situações de erro de prescrição (quer oral quer informática) e num caso descrito a situação reporta um erro na fase de armazenamento.

Os erros podem ocorrer devido a falhas ativas pela prática dos diversos profissionais envolvidos ou falhas latentes no sistema de uso de medicamentos, tanto na prescrição, na dispensação pela farmácia ou na administração e monitoração realizada pelos profissionais de enfermagem (Romero, Santacruz e Espinosa, 2013).

No ambiente hospitalar, os erros de administração de medicamentos atingem de 1 a 2 % dos pacientes internados. Os erros na fase de prescrição geralmente são feitos pelo médico, enquanto os enfermeiros mais frequentemente cometem erros durante a administração. Muitas pesquisas reconhecem fases de prescrição e administração como

aquelas mais propensas a erros (Lassetter e Warnick, 2003). Em relação aos tipos de erros de medicação, os de administração foram os mais relatados seguidos pelos erros de dispensação e de prescrição. Estes resultados podem estar associados ao fato de os entrevistados serem enfermeiros e tal como referem outros estudos, os erros de administração são mais facilmente vivenciados por estes profissionais (Costa e Reis, 2012). Também Castilho, Parreira e Martins (2016) ao analisarem as fases do processo onde ocorreram as falhas verificaram que, maioritariamente, são referidas falhas na fase de administração.

Quanto aos erros de prescrição foram descritos erros de prescrição oral e informática “*o médico ter prescrito oralmente essa medicação, eu ter colocado a mesma em perfusão e depois quando foi a nível da prescrição informática o médico enganou-se e prescreveu no doente errado.*”, E3. Mesmo com a existência da prescrição eletrónica, identifica-se relatos de dificuldade de entendimento da prescrição médica por parte dos enfermeiros (Costa e Reis, 2012). Como por exemplo vários medicamentos prescritos na mesma linha “*a médica prescrevia a medicação composta, ou seja, na mesma linha aparecia o soro que era para fazer a diluição e os medicamentos para lá diluir...*”, o que dificulta a visibilidade por parte dos enfermeiros.

No que se refere à caracterização da falha, a troca de doente foi a mais identificada pelos enfermeiros entrevistados. Como se pode constatar no seguinte excerto: “*Curiosamente eram as duas Marias Virgínias, vinham as duas por dispneia só que uma era independente...e estava sentada na sala 1 e a outra era uma senhora já de idade, pronto assistida pela VMER, estava deitada e tudo mais, ...pronto nessa altura percebemos logo de imediato que tinha havido um erro*”, E1 e “*fui ver à pulseira o nome da doente e reparei que ela tinha o nome semelhante à outra mas que havia ali um erro... a senhora a quem eu tinha colhido o sangue e posto o soro em curso não era a correta, ... Nessa altura vi que me tinha enganado ao tirar sangue, porque não confirmei o nome completo...*”, E4. No entanto, também relataram casos de troca de via como é explícito no excerto: “*depois da passagem de turno entre colegas, por exemplo, uma medicação não é administrada antes do colega sair de turno, porque o doente não está presente, depois seres tu a fazer a administração da terapêutica, ... já uma vez administrei uma terapêutica que seria por administração oral, era um diazepam, pronto, mas era para administração oral e eu dei endovenoso...*”, E3. Situações de erro na dose administrada:

“e eu continuei a fazer a administração... quando reparei já tinha sido tarde demais e já tinha dado bastante mais do que a dose prescrita...”, E5. Os relatos permitem salientar que ocorrem diferentes tipos de erro de medicação, salientando-se a troca de doente, troca de via de administração e erro na dosagem. A administração de medicamento errado, monitorização/vigilância inadequada dos efeitos do fármaco e momento de administração errado também foram relatadas pelos entrevistados.

Estes resultados são corroborados por vários autores, nomeadamente, Abreu, Paixão e Rodrigues (2013) no seu estudo sobre erros de medicação reportados pelos enfermeiros da prática clínica, concluíram que na administração de medicação o indicador de erro mais frequente era a seleção errada do doente. Já Carvalho e Cassiani (2002) num estudo desenvolvido num hospital brasileiro sobre os comportamentos dos enfermeiros face aos erros de administração de medicamentos, identificaram que a administração de um medicamento ao doente errado, por via errada e na dose errada, foram os erros mais frequentes, pela respetiva ordem. Num estudo de Castilho, Parreira e Martins (2016) podemos verificar que também foram relatados diferentes tipos de erro de medicação, nomeadamente erros de dose, troca de medicamento, troca de doente e troca de via de administração, o que vai ao encontro do que foi relatado pelos entrevistados neste estudo.

Na categoria falha que precipita o erro, foram relatadas falhas de processo ao nível da performance clínica do profissional bem como falhas nos processos de gestão e na comunicação, quer entre pares quer com o doente. Dentro destas sub-categorias, as falhas ao nível da performance clínica são relatadas mais frequentemente. Os enfermeiros assumem que o cansaço, distração e excesso de confiança levaram ao erro. *“Já devia de vir de alguns turnos trabalhosos e nesse dia o turno na emergência tinha sido exaustivo porque tivemos muitos doentes e isto já foi no final e depois por pura distração, quer dizer, eu estava em piloto automático...”*, E8. *“Por vezes, com a pressa confiamos... não pode ser... é um serviço em que há muita gente e muita afluência de doentes tu tens realmente que validar muito bem as coisas,... validar, validar e validar, para não te enganares, ... porque corres muito esse risco”*, E4. Outra situação fica ilustrada neste excerto *“... sabia exatamente quais os riscos da digoxina mas com a pressa administrou o fármaco daquela forma”*, E7.

Embora os profissionais assumam o erro de medicação como resultante de falha individual, frequentemente referem que esta é associada a falhas nos processos de gestão

ou de comunicação entre os profissionais, sendo referido que a grande rotatividade dos doentes e a passagem por diversos exames no SU potenciam o erro, como é explícito no excerto “*não foi administrada antes do colega sair de turno, porque o doente não está presente e depois seres tu a fazer a administração da terapêutica, ...aqui o que acontece é que o doente nem sempre está presente, isto tem várias valências Rx, TAC, ECG e como o doente não estava presente naquela altura o colega ia sair de turno e aconteceu assim ...*”, E3.

Em síntese, a maioria dos enfermeiros entrevistados, relataram eventos adversos, mais frequentemente decorridos na fase de administração de medicação, envolvendo a troca de doentes, assumindo uma associação próxima com falhas na performance clínica do profissional, como se pode observar no quadro seguinte.

Quadro 4: Tipos de erro envolvidos no evento descrito

Eixo-temático	Categoria	Sub-categoria	Entrevista
Tipo de Evento	Classificação do erro	Near miss	E2.1
		Evento adverso	E1 E2.2 E3 E4 E5 E6 E7 E8 E9 E10
	Fase em que ocorreu	Prescrição	E2 E6
		Armazenamento	E9
		Preparação	
		Administração	E1 E2 E3 E4 E5 E6 E7 E8 E9 E10
	Caraterização da falha	Troca de doente	E1 E2 E4 E9 E10
		Troca de via	E3
		Medicamento errado	E6
		Monitorização inadequada	E7
		Momento errado	E8
		Troca de dose	E4
	Nível da falha que o precipita	Performance clínica	E2 E3 E4 E5 E6 E7 E8 E9 E10
		Processos de gestão	E2 E5 E9
		Comunicação	E1 E8 E10

Eixo temático – Impacto

A identificação dos erros e reflexão sobre os seus determinantes e consequências por parte dos implicados é um passo importante na construção de sistemas de saúde de maior qualidade e segurança. A deteção e divulgação dos erros teve um aumento significativo a partir dos anos noventa, com estudos pioneiros publicados nos EUA que viriam a revelar o enorme impacto dos erros com custos e consequências a eles associados (Fragata e Martins, 2004).

Os enfermeiros, por representarem uma percentagem significativa dos recursos humanos na saúde e por passarem 24 horas com os utentes, são responsáveis por um grande número de erros potenciadores de efeitos adversos evitáveis (Simpson, 2000).

Analisa-se em seguida o impacto que os erros de medicação têm, quer no próprio profissional, quer no doente e organização.

Da análise das entrevistas constata-se que a maioria dos enfermeiros reconheceu um maior impacto do erro para o próprio profissional que o comete, comparativamente ao que se manifesta no doente ou mesmo na organização.

Tendencialmente os enfermeiros consideram que o impacto do erro no doente foi mínimo ou em algumas situações até ajudou a melhorar a sua situação clínica, como relata o seguinte excerto: *“tudo aquilo não foi grave, tendo em conta que até ajudou no contexto, porque se o doente não tivesse tão dispneico e hipertenso, ou seja, se todas aquelas contra-indicações não fossem até melhorar o quadro clínico, o senhor tinha agravado...”*, E4. Esta afirmação é também corroborada por outros estudos, afirmando-se que no que concerne ao impacto que estes eventos adversos podem provocar no doente há uma tendência geral para a sua desvalorização, considerando os profissionais que não houve impacto negativo ou este foi mínimo (Castilho, 2016). Silva (2014), no seu estudo acerca do erro de medicação, concluiu que quando o erro atingiu o doente, os relatos dos enfermeiros incidiram sobretudo em situações em que o dano ocorrido foi relatado como menor ou pouco grave. Constatou-se que os enfermeiros tendem a referir-se sobretudo ao impacto físico, resultante do erro de medicação e tendem a considerar que as consequências para o doente são mínimas. Tal análise pode também ser feita pelos excertos das diferentes entrevistas: *“perante o erro, uma vez que as situações (das doentes) eram muito semelhantes não foi prejudicial para a doente, não houve grande*

prejuízo de saúde...”, E1. “Uma vez que não houve consequências para o doente se calhar consideraria um erro mínimo...”, E3.

Se por um lado, os enfermeiros tendem a minimizar o impacto negativo no doente, por outro lado, a maioria dos enfermeiros assume que o erro teve um forte impacto pessoal, originando sentimentos de tristeza, ansiedade e frustração, mas também servindo para refletir nas situações e reforçar os cuidados numa próxima situação.

“Para mim foi o pânico, fiquei ansiosa, porque para já era a medicação que era, ... com as consequências que tinha, sendo do grupo dos opiáceos ...foi só uma questão de sorte pelas queixas e a sintomatologia que o doente tinha, senão tenho quase a certeza que seria uma situação grave.”, E5. “...foi desagradável para mim, foi muito desagradável, porque é frustrante tu enganares-te, ninguém gosta disso...”, E4. “...no início quando vim para aqui trabalhar era tudo muito confuso e já me tinha acontecido, agora que aconteceu de novo, penso para mim própria que tenho sempre, mas sempre de verificar a identificação da pessoa na pulseira...”, E1. Os mesmos sentimentos podem ser encontrados em estudos semelhantes, já Mansoa (2010) afirmou que, quando questionados acerca das consequências do erro, os enfermeiros tendem a verbalizar as consequências negativas referindo sentirem-se culpados, inseguros, revoltados e frustrados, apesar de considerarem que uma situação de ocorrência de erro possa ser um momento privilegiado de aprendizagem, quer para o mesmo, quer para a restante equipa. Meurier, Vincent e Parmar (1997) constataram que a esmagadora maioria dos enfermeiros se sentiu zangado consigo próprio e culpado, aquando da identificação do erro. Também Santos, Silva, Munari e Miasso (2007) identificaram sentimentos de pânico, desespero, preocupação medo e insegurança, principalmente quando a experiência do erro era vivida pela primeira vez.

Erros de medicação acarretam custos humanos, económicos e sociais. Têm sido chamados de “epidemia encoberta”, correspondendo a 7% do gasto total em cuidados de saúde nos Estados Unidos (Wannmacher, 2005). Segundo Castilho e Parreira (2016) os eventos adversos são internacionalmente considerados um problema grave de saúde pública. Revelam uma segurança deficitária e uma sobrecarga económica para os limitados recursos da saúde. Esta constatação tem contribuído para um aumento da preocupação com a necessidade de investigar e sensibilizar para esta temática.

Ao analisar a informação recolhida, verificou-se, uma tendência para a desvalorização do impacto do erro na organização, como se ilustra: “...no doente e na instituição não, não houve propriamente sintomatologia, a situação foi reparada por mim...”, E3. “Não houve grande impacto nem no doente nem na instituição, nem permaneceu mais tempo...”, E1.

Apenas um enfermeiro referiu o impacto dos erros de medicação para a organização, contudo, centrou-se essencialmente no que respeita ao gasto de recursos materiais e à permanência dos doentes mais tempo no serviço de urgência: “...sim as doentes permaneceram mais tempo, teve de se fazer nova colheita analítica, o que condicionou a interpretação dos resultados e um maior gasto de material e tempo...”, E4.

A par dos danos e consequências para os doentes, em muitos casos irreversíveis, os eventos adversos envolvem importantes custos sociais e económicos que não podem ser negligenciados. Alguns estudos feitos nesse sentido, realizados no Reino Unido, apuraram valores na ordem das 2000 milhões de libras associados ao internamento adicional, e cerca de 400 milhões de libras por ano referentes a queixas e indemnizações como consequência de eventos adversos. A par destes custos monetários, devem ser acrescentados os custos resultantes da erosão do grau de satisfação e de confiança entre o cidadão e as instituições prestadoras de cuidados de saúde (Sousa, 2006).

Apesar de na literatura ser visível o impacto do erro nas instituições, o mesmo não foi verbalizado pelos enfermeiros entrevistados já que a maioria considera que se o impacto para o doente foi menor, para a instituição também o será. Constata-se ainda que a maioria dos enfermeiros não abordou o impacto do erro na instituição, talvez por considerar que o seu foco de atenção é o doente e que os danos na instituição são preocupação dos gestores.

Estes resultados ficam bem expressos no quadro seguinte, em que se pode observar que o impacto do erro no profissional foi o mais relatado e com maior importância.

Quadro 5: Referência ao impacto dos eventos relatados no doente, profissional e organização

Eixo-temático	Categoria	Entrevista
Impacto	Doente	E2 E4 E5 E7 E10
	Profissional	E1 E3 E4 E5 E6 E8 E9
	Organização	E4

Eixo temático - Domínio

Tendo por base o Modelo de Análise de Relato de Eventos Adversos da JCAOH adaptado por Castilho (2014), no domínio são analisadas as características do contexto em que ocorreu o incidente. Assim, neste eixo, tenta-se caracterizar o contexto da ocorrência do erro no que diz respeito aos profissionais envolvidos e ao momento do dia em que ocorreu o incidente.

Na maioria das situações relatadas, esteve envolvido apenas o próprio profissional, ou seja, o erro ocorreu quando o profissional estava sozinho com o doente. “Assumi o doente, preparei a medicação prescrita e chamei pelo nome do doente...”, E4 ou “dirigi-me à sala de tratamentos e perguntei quem era o doente X...”, E2 e “foi uma situação em que me encontrava sozinha a assegurar dois postos de trabalho...”, E6.

No entanto, foram também relatadas situações em que o erro ocorreu na interação com um par, como se mostra no seguinte exemplo “Chamei pelo nome da doente, mas nem terminei, pois, a minha colega disse que era a senhora que estava a arranjar...”, E1. “...a medicação já estava preparada, mas o colega não administrou porque o doente tinha ido fazer exames complementares e bateu com a passagem de turno, quando fui administrar a terapêutica, inadvertidamente administrei diazepam que seria oral, por via endovenosa...”, E3 e “a colega que tinha acabado de chegar administrou a medicação que já tinha sido preparada a um utente regressado do Rx e que respondeu pelo nome do doente identificado na seringa, mas não se tratava do mesmo...”, E10.

Nas entrevistas 1 e 3 foram relatadas 2 situações de erro distintas, uma em que o erro aconteceu de forma individual e outra onde estavam mais enfermeiros envolvidos. Nas entrevistas 2 e 6, embora a ocorrência do erro tenha sido individual a mesma foi influenciada por uma prescrição médica não muito clara, como se constata: *“a médica prescrevia medicação composta, ou seja, na mesma linha aparecia o soro de 100ml para diluição e à frente os vários medicamentos a ser administrados...”*, E6.

Neste serviço de urgência, apesar do método de trabalho preconizado ser o de enfermeiro responsável, em que cada enfermeiro tem uma sala de trabalho atribuída e deve prestar cuidados preferencialmente aos seus doentes, há momentos em que isso não é possível acontecer pois os utentes são atendidos através do sistema de prioridades de Manchester, não sendo possível identificar de imediato onde o doente se localiza. Numa situação normal o enfermeiro assume o doente, identifica-o positivamente, aloca-o à sua sala, prepara a medicação prescrita e administra-a. No entanto, como foi possível verificar da análise das entrevistas, nem sempre o enfermeiro que prepara a medicação é o mesmo que administra, devido às características inerentes a um SU.

Quanto ao momento do dia em que ocorreu o erro de medicação, o turno da tarde foi o mais descrito pelos enfermeiros, como se observa: *“Foi no final do turno da tarde, já era noite, mas não era o turno da noite...por norma é um turno mais complicado que os outros, um turno mais trabalhoso...”*, E5 e *“estava a terminar um turno da tarde, um turno bastante confuso, com muita gente e algum atraso na administração de medicação...”*, E9. Apenas um enfermeiro referiu uma situação ocorrida no início do turno da noite e ainda associada à confusão e atraso do turno da tarde. Nenhum profissional verbalizou o turno da manhã.

Resultados semelhantes foram encontrados por Silva (2014), em que os enfermeiros justificam que no turno da tarde existe um elevado volume de trabalho, confusão e muitas solicitações por parte de doentes e familiares, o que desvia a concentração dos enfermeiros durante os procedimentos. Castilho (2016) salienta que, os chamados “períodos de transição”, em que ocorre transferência a de doentes entre os profissionais, emergem como momentos particularmente críticos. Nos finais de turno, a sobreposição de múltiplas atividades, parece competir entre si e deixar menos tempo e disponibilidade mental ao enfermeiro, comprometendo a prestação de cuidados. Para Olds e Clarke (2010), o aumento do número de horas de trabalho nos enfermeiros está diretamente

relacionado com a fadiga, sendo esta responsável pela diminuição de vigilância do doente, aumentando a possibilidade de erro. Vários estudos têm alertado para as consequências negativas do trabalho por turnos na saúde dos profissionais, na vida familiar e no trabalho, pondo em causa a segurança dos doentes. Alguns estudos encaram o turno da noite como o mais problemático, o que vai contra o que foi referido pelos participantes. Serranheira *et al.* (2009) referem que o trabalho por turnos e principalmente o trabalho noturno, provocam alterações do sono e da vigília, podendo este facto repercutir-se na quantidade e na qualidade do trabalho prestado. Também a Agency for Healthcare Research and Quality (2003) verificou que os erros relacionados com técnicas e procedimentos ocorrem mais frequentemente no turno da noite ou quando há privação do sono.

Como se sintetiza no quadro seguinte, os erros de medicação relatados aconteceram maioritariamente no turno da tarde, alertando para a possibilidade de nesse período os profissionais estarem a ter dificuldade em dar uma resposta segura às solicitações.

Quadro 6: Caraterização do domínio onde ocorreram os eventos relatados

Eixo-temático	Categoria	Sub-categoria	Entrevista
Domínio	Profissionais envolvidos	Próprio	E1 E2 E3 E4 E5 E6 E8 E9
		Colega	E1 E3 E7 E10
		Outro	E2 E6
	Turno	Tarde (16-23h)	E5 E6 E7 E8 E9
		Noite (23-8h)	E10

Eixo temático – Causas

Fragata (2010) defende que não existe uma causa única para que um acidente ocorra. Existem fatores humanos e fatores sistémicos ou organizacionais, que propiciam as falhas humanas, e um conjunto de condições latentes e de falhas de defesa que se alinham como “buracos” de segurança, tal como o defendido por Reason (2000) no seu Modelo do queijo suíço. Partindo desta premissa e conscientes que o atendimento no SU se desenvolve num

contexto complexo potenciador do erro, definimos como principal objetivo deste estudo compreender quais os fatores/causas que estão na origem da ocorrência de erros de medicação enquanto esta está sob gestão do enfermeiro no SU. Assim, foi com base nesta premissa que se desenvolveram as entrevistas e rondam os seus resultados.

Da análise das entrevistas, foram várias as causas enumeradas pelos enfermeiros, sendo por vezes difícil, separar as falhas humanas das sistémicas pois parecem estar profundamente interligadas. Como falhas humanas que envolveram a ocorrência do erro, emergiram a quebra do método individual de trabalho: “*administrei a terapêutica ao doente errado, não confirmei a identificação...houve uma cascata de erros pois quem preparou não foi quem administrou...havia uma discrepância entre o rácio enfermeiro/doente e tentávamo-nos ajudar uns aos outros...*”, E9; a distração/fadiga “*foi um turno complicado, foi perto do final do turno, tudo muito agitado, estava cansada e ainda não tinha jantado,,,*”, E8; a falha na identificação do doente, falha na comunicação “*estava um ambiente muito confuso, com muitos utentes e atraso na medicação, a colega tentou ajudar, confiou no que o utente disse e não confirmou a pulseira de identificação...*”, E10 e a pressa e excesso de confiança “*questionei a colega e ela disse-me que sabia exatamente os riscos, mas que com a pressa facilitou...*”, E7. Para garantir a segurança na administração de medicamentos, os cinco certos devem ser escrupulosamente cumpridos: o medicamento certo, doente certo, dose certa, via de administração certa e horário certo (Carlton & Blegen, 2006). O "doente certo", será sempre um desafio para os profissionais pois é imperioso utilizar todas estratégias possíveis para atestar que efetivamente o doente receba a medicação prescrita. Atualmente recomenda-se que sempre que possível, seja solicitado ao doente que se apresente com nome completo, contudo reconhece-se que no contexto do SU nem sempre o doente tem condições para responder a esta solicitação de forma adequada. Para colmatar esta dificuldade a identificação dos doentes é realizada através de pulseiras que contêm a identificação, colocado logo à chegada do doente no SU. A esta deve-se associar sempre a chamada do doente pelo nome completo e associar outro dado como, por exemplo, a data de nascimento (Cassiani, 2014).

Embora assumam claramente que os erros decorreram de falhas profissionais, salientando a violação do método individual de trabalho, falhas na identificação do doente, na comunicação, pressa, distrações/fadiga e excesso de confiança, os enfermeiros também

explicitam falhas do sistema que contribuiram para o erro, nomeadamente as dotações inadequadas, o circuito do doente, o excesso de doentes com grande volume de trabalho e confusão e as múltiplas interrupções a que os enfermeiros estão sujeitos. Como se pode verificar nos excertos: *“estava a administrar a medicação quando fui interrompida por um familiar, muito ansioso, tentando que o ajudasse naquele momento, respondi que estava ocupada mas perante a insistência, distraí-me e quando me apercebi já tinha administrado bem mais que a dose prescrita”*, E5; *“o excesso de doentes que é próprio de um serviço de urgência, a lotação, acho que foi o principal factor... a constante permuta de doentes naquele espaço físico levou a que isto acontecesse”*, E8.

Como também tem sido salientado noutros estudos (Cassiani & Silva, 2010; Castilho, 2014) a subdotação da equipa, que se repercute em sobrecarga de trabalho particularmente evidente em alguns períodos do dia, foi considerada um dos fatores mais importantes para a ocorrência de eventos adversos. Os enfermeiros sentem que esta, os obriga a trabalhar à pressa, muitas vezes sem tempo para refletir na e sobre a ação, potenciando a possibilidade de erro, como se exemplifica: *“encontrava-me a assegurar dois postos de trabalho, com a pressão de perceber se estavam pessoas para triar, administrei a medicação sem ler corretamente a prescrição...só me apercebi quando voltei a assegurar apenas a sala de verdes e revi a terapêutica.”*

A necessidade de se abordar a segurança dos doentes numa perspetiva global e sistémica, tem sido salientado por vários autores e organizações. No enunciado de posição “Segurança do Doente”, o Conselho Internacional de Enfermeiros apoia veementemente uma abordagem a todo o sistema, baseada numa filosofia de transparência e comunicação pró-ativa – não de culpar ou envergonhar o trabalhador individual – e incorporando medidas que abranjam os fatores humanos e de sistema em situações prejudiciais (OE, 2015) As opiniões atuais sobre a segurança do doente consideram que a responsabilidade primordial nos erros de medicação, deve ser atribuída às deficiências na estrutura, na organização e no funcionamento do sistema (Idem). Melhorar a carga de trabalho, o ambiente e as condições de trabalho são aspetos fundamentais para soluções sustentáveis, que também devem ser específicas ao contexto no qual estão a ser implementadas. O ICN (2006) no documento *“dotações seguras salvam vidas”*, apresenta recomendações para a redução de erros e melhoria de segurança dos doentes salientando a importância da dotação adequada pois existe uma relação entre as dotações e os resultados dos doentes,

nomeadamente nos indicadores de segurança. Outro fator importante e abordado pelos enfermeiros entrevistados tem a ver com a influência das interrupções do profissional durante os processos de preparação e administração de medicação. Westbrook et al (2010) concluíram que existe uma associação estatisticamente significativa entre a ocorrência e frequência das interrupções durante os processos de preparação e administração de medicação sendo que, quanto mais interrupções os enfermeiros receberam, maior o número de erros. Além disso, descobriram que, à medida que as interrupções aumentavam numa única administração de medicamentos, maior a gravidade do erro. O NCCMERP (1998) aponta como fatores precipitantes de erro, o barulho elevado, as interrupções frequentes e distrações, o que vem corroborar os dados obtidos nas entrevistas.

Como se pode constatar a maioria dos enfermeiros não aponta apenas uma causa para o erro. Reason (2000) defende que é a sucessão de falhas ativas e a existência de condições latentes que favorecem a trajetória de erro que faz com que o acidente ocorra. Estima-se que 70% do contexto dos erros sejam devidos ao sistema e só cerca de 30% tenham origem na prática individual, ou seja, na falha humana ativa (Fragata & Matins, 2004). Os resultados obtidos relativamente às causas do erro são facilmente visualizados na síntese que se apresenta no quadro seguinte.

Quadro 7: Síntese das falhas humanas e sistémicas associadas à ocorrência dos erros de medicação

Eixo-temático	Categoria	Sub-categoria	Entrevista
Causas	Falhas humanas	Distração/fadiga	E5 E8
		Quebra do método individual de trabalho	E3 E9 E10
		Falha na identificação do doente	E1 E2 E4 E9 E10
		Pressa	E7
		Falha na comunicação	E1 E2 E8
		Excesso de confiança	E1 E6 E8 E9
	Falhas sistémicas	Dotações inadequadas	E6 E9
		Circuito do Doente	E1 E3 E9 E10
		Excesso de doentes/volume de trabalho	E1 E2 E4 E5 E8 E9 E10
		Confusão/agitação	E1 E2 E4 E7 E8 E9 E10
		Múltiplas interrupções	E5

Eixo temático – Mitigação do dano

Neste eixo são apresentadas as atitudes adotadas para minimizar o erro e as medidas preventivas/aprendizagem sugerida pelos enfermeiros.

Quando analisamos a forma como os enfermeiros aprendem com os erros, verificamos que na maioria dos casos o foco de análise está centrado sobretudo no exercício do profissional e praticamente não se discute a situação com a equipa, o profissional acaba por vivenciar e aprender com a situação individualmente. Na maioria das situações foi solicitada observação médica e aumentada a vigilância do doente mas em nenhuma situação houve notificação ou conhecimento por parte do lesado, como se refere: “... quando dei conta fui logo chamar o médico, avaliámos os sinais vitais no imediato e monitorizamos o doente para perceber se ocorriam repercussões hemodinâmicas.”, E5 ou “informei o médico, o doente acabou por não se aperceber, não houve notificação mas também não houve grande risco, foi detetado a tempo.”, E2 e “confiei no que a colega me estava a dizer e não fizemos notificação, aliás não tem sido prática neste serviço. No outro serviço tinha esse hábito, aqui não.”, E1.

Apesar do crescente interesse pela segurança dos doentes, continua a haver uma falha comum na consciencialização deste tipo de problemas. A capacidade para relatar, analisar, sistematizar e aprender com as experiências continua a ser um sério obstáculo. A excessiva preocupação com a confidencialidade da informação, acrescido do receio da responsabilidade profissional são outros fatores que, a par com a escassez e fragilidade da informação nas organizações de saúde, condicionam a visibilidade e análise pormenorizada dos eventos adversos (WHO, 2002). Como forma de ultrapassar esta limitação foi implementado, em Portugal, tanto para os profissionais como para o cidadão um sistema de report, em portais disponíveis *online*. Aqui podem reportar as reações adversas a medicamentos (Portal RAM, disponível em www.infarmed.pt) e os incidentes (Notific@, disponível em www.dgs.pt) que ocorrem numa instituição de saúde e que envolvem a medicação. De acordo com os dados do sistema nacional de notificação de incidentes, 13% do total de incidentes notificados são incidentes de medicação. Contudo, parece ainda não existir a política de report nas organizações, o que também foi perceptível no discurso dos entrevistados.

Quase todos os profissionais reconhecem que muitos dos eventos poderão ser prevenidos e propõem medidas de melhoria dirigidas ao profissional como um aumento de concentração, identificação positiva do doente *“temos de verificar sempre na pulseira a identificação do doente e chamá-lo pelo nome completo e validar, validar, validar...”*, E4. Manter o foco durante o processo de gestão de medicação, não quebrando o método individual de trabalho, como referido: *“quem prepara tem de ser aquele que administra, que é o que está preconizado”*, E3. Propuseram também medidas relativas à gestão de recursos humanos ajustando os rácios tendo por base as dotações seguras *“o objetivo é ter um rácio melhor, mais ajustado...”*, E9 e gestão de processos nomeadamente ao que se relaciona com o circuito do doente, gestão dos familiares e educação da população no sentido de melhorar as condições do exercício profissional. Estas premissas podem ser observadas nos seguintes relatos: *“acho que o circuito do doente deve ser mais controlado e gerido pelo enfermeiro”*, E1 e *“fazer com que a população respeite mais a nossa profissão e perceba que quando estou com um doente não posso ser interrompida pois isso acarreta riscos. Isto tem de ser feito por nós enfermeiros que ao sermos abordados devemos fazer cumprir estas regras.”*, E5. Outra questão apontada como possível melhoria dos cuidados e mais fácil deteção de erros é a presença de elementos mais experientes em todos os setores do SU pois entendem que os mesmos são uma referência e apoio em caso de situações mais complexas, como referido: *“acho que deve estar sempre uma pessoa mais velha, não digo para supervisionar, mas também para dar alguma orientação porque temos uma equipa muito jovem e a presença de alguém mais experiente é fundamental”*, E7. Esta preocupação é sustentada por vários estudos, uma vez que é esperado dos enfermeiros alocados nestes serviços uma maturidade profissional elevada, com elevados conhecimentos de interpretação e ação junto de doentes críticos, conforme defendido por (Benner *et al*, 2005).

Em síntese, como se apresenta no quadro seguinte, quando ocorre um erro de medicação com potencial para causar dano no doente, os profissionais assumem responsabilmente uma atitude de minimização do dano, mobilizando outros recursos, nomeadamente o médico, e aumentando a vigilância do doente.

Dos relatos emerge a noção que a aprendizagem com o erro continua a ser vista como uma preocupação essencialmente individual. Embora sejam referidas medidas sistémicas como a necessidade de melhorar as dotações profissionais e os circuitos dos dentes,

propõem essencialmente medidas de melhoria dirigidas ao profissional. A notificação não é referida como estratégia importante para a aprendizagem organizacional, o que nos alerta para a necessidade de melhorar a cultura de segurança e a formação sobre segurança dos doentes.

Quadro 8: Caracterização da mitigação e prevenção dos eventos relatados

Eixo-temático	Categoria	Sub-categoria	Entrevista
Mitigação e Prevenção	Mitigação do dano	Solicitar intervenção médica	E2 E4 E5 E6 E8 E9 E10
		Aumentar vigilância do doente	E3 E5 E6 E7
	Aprendizagem organizacional	Educação da população	E5
		Método individual de trabalho	E3 E9
		Aumento da concentração	E5 E6 E8
		Preparar terapêutica na cabeceira do doente	E8
		Identificação positiva do doente	E1 E2 E4 E9 E10
		Elementos experientes nos diferentes setores/Supervisão	E7
		Dotações seguras	E6 E9
		Circuito dos doentes	E1

CONCLUSÃO

A procura de cuidados de saúde de qualidade colocou a prática baseada na evidência e a investigação em enfermagem em lugar de destaque, uma vez que adiciona novos conhecimentos em enfermagem para o benefício dos doentes, famílias e comunidade em geral.

Torna-se óbvio que a segurança do doente como um dos determinantes de qualidade em saúde deve ser cada vez mais uma preocupação de todos os implicados, particularmente dos enfermeiros, não só enquanto prestadores diretos de cuidados, mas também como gestores. É importante que exista a consciência geral de que os erros só podem ser prevenidos se falarmos sobre eles, permitindo assim encurtar o longo, mas desejável caminho a percorrer, no sentido da construção de sistemas de saúde que se conhecem realmente, e que prestam cuidados verdadeiramente seguros e de qualidade. A prevenção de erros deve basear-se na procura dos seus fatores determinantes, que se encontram muito para além de fatores individuais, sendo essencial reconhecer o erro como parte integrante de qualquer sistema. Só através do conhecimento da real dimensão do fenómeno será possível intervir sobre ele, procurando minimizar a sua ocorrência, intercetando o alinhamento dos buracos do queijo suíço, criando barreiras e estratégias de proteção. É importante que toda a equipa de enfermagem e pluriprofissional reconheça que a visão que se tem do erro não é, ao contrário do desejável, uma visão sistémica, e que o facto de os erros serem omitidos pelos profissionais, mesmo que sejam considerados erros menores, reflete não só um sentimento generalizado de medo como também uma posição pouco consciente e comprometida para com o sistema no qual se está envolvido. Com estas preocupações em mente, definiu-se, para esta investigação, um conjunto de objetivos que permitiram aprofundar a temática e compreender os fatores que envolvem a ocorrência de erros de medicação, enquanto esta está sob responsabilidade do enfermeiro no SU.

Os resultados permitem salientar as seguintes conclusões:

Todos os enfermeiros dispunham de uma ou mais situações de erro de medicação, em que estiveram envolvidos, que poderiam relatar. Relatam casos que envolveram outros colegas, mas na maioria, situações em que se encontravam sozinhos. Relataram maioritariamente situações de evento adverso. Embora identifiquem erros na fase de armazenamento e preparação, a maioria os erros relatados ocorreram na fase de administração, envolvendo a troca de fármaco, de dose, de via e a troca de doente. Identificam como causa próxima, falhas na performance individual, na gestão do processo e na comunicação. Nas falhas humanas salientam a violação do método individual de trabalho, falha na identificação do doente, pressa, distrações/fadiga, falha na comunicação e excesso de confiança. Nos fatores sistémicos salientam as dotações inadequadas, o circuito do doente, o excesso de doentes com grande volume de trabalho e confusão e as múltiplas interrupções a que estão sujeitos. Quanto ao período do dia, o turno da tarde foi considerado o mais crítico, especialmente nos períodos de transição. No que concerne ao impacto que estes eventos adversos provocaram no doente verificou-se que existe uma tendência geral para a sua desvalorização, considerando maioritariamente que o dano foi mínimo. O mesmo foi percecionado relativamente ao impacto para a organização, valorizando sobretudo o aumento do gasto de material e aumento do tempo de permanência no SU. Nas consequências para o enfermeiro valorizam sobretudo o impacto negativo (culpa, pânico, ansiedade), identificando também a oportunidade de aprendizagem individual, servindo de prevenção para que não ocorra em situações futuras. Quando se apercebem do erro, os enfermeiros adotam de imediato estratégias de redução do dano, nomeadamente aumentando a vigilância e chamando ajuda especializada. Os relatos permitem perceber que os enfermeiros têm a noção que muitas vezes estes erros poderiam ser evitados sendo que foram sugeridas algumas estratégias a fim de prevenir novas ocorrências. Os enfermeiros apresentaram como medidas preventivas de erros o aumento da dotação de profissionais, o cumprimento do método individual de trabalho, em especial no que concerne à gestão do medicamento, a otimização na identificação positiva do doente e maior concentração aquando da preparação e administração dos medicamentos.

Nenhum enfermeiro notificou o erro, os profissionais preferem mergulhar no silêncio e vivê-lo para si, talvez com medo das reações dos pares, das chefias, das críticas, de serem considerados incompetentes, de causar impressão negativa ao doente ou de ser alvo de processo disciplinar. Assim, esperamos que o contacto com este estudo estimule a

notificação do erro no serviço. É importante que nas organizações de saúde, seja criada uma cultura de notificação, substituindo a cultura de culpa, medo e punição, tornando o sistema de notificação voluntário, anónimo e confidencial, garantindo a proteção dos profissionais. Só desta forma, é que os profissionais experimentam apoio e motivação para notificar. Certamente que os resultados nos desafiam a refletir com a equipa e os responsáveis de serviço no sentido de desenvolver uma cultura de segurança promotora de sistemas e práticas profissionais mais seguras.

Limitações do estudo

Reconhecemos que a amostra selecionada pode ter limitado uma abordagem mais abrangente da temática em estudo. Limitámos a análise à perspetiva dos enfermeiros, mas admitimos que a análise beneficiaria de um olhar multiprofissional. Apesar de um esforço de pesquisa e rigor adotado nas diferentes fases do processo de investigação, a inexperiência da investigadora e o tempo disponível para a realização deste trabalho dificultaram uma análise mais profunda e argumentação mais sustentada dos achados encontrados.

A existência de mais estudos sobre o erro clínico, e mais especificamente sobre o erro de enfermagem, permitirá uma maior maturidade de enfermeiros, clínicos, gestores, governantes e sociedade civil sobre a forma de encarar um erro que é humano, mas que resulta de uma responsabilidade partilhada, e não apenas de falhas indevidamente atribuídas a um único indivíduo.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, A. (2015). Dissertação de Mestrado: *Erro Associado à Gestão de Terapêutica pelo Enfermeiro – Perceção dos Enfermeiros de um Hospital da Sub-Região de Saúde Lisboa e Vale do Tejo*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;
- Amado, R. (2014). Dissertação de Mestrado: *Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem - Contributos para a Segurança do Doente*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;
- American Society Of Health System Pharmacists (2012). *About ASHP - Mission*. Acedido em Setembro, 23, 2015 em <http://www.ashp.org/menu/AboutUs.aspx>;
- American Society of Health-System Pharmacists (1993). Guidelines on preventing medication errors in hospitals. *American Journal of Health System Pharmacists*. 50 (305) Acedido em Setembro, 23, 2015 em http://www.ashp.org/s_ashp/docs/files/MedMis_Gdl_Hosp.pdf
- Aspden P, Wolcott J, Bootman JL, Cronenwett LR, Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. Preventing medication errors. Quality Chasm Series (Hardcover). Washington: National Academies Press; 2007.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. (3ª ed.). Lisboa: Edições 70;
- Campos, L. (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Roteiro de intervenção em cuidados de emergência e urgência*. Lisboa: Direção Geral da Saúde;
- Campos, L., Saturno, P. & Carneiro, A. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços*. Lisboa: Direção Geral da Saúde;
- Carneiro, A. V. (2010). O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 10, 3-10 Acedido Fevereiro 15 2016 em WWW:< <http://www.ensp.unl.pt/>
- Castilho, A. F.M. (2014). *Eventos Adversos nos Cuidados de Enfermagem ao Doente Internado: Contributos para a Política de Segurança*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. Obtido em Setembro de 2015, de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/78357/2/111768.pdf>
- Castilho, A. & Parreira, P. (2012). Construção e Avaliação das Propriedades Psicométricas de uma Escala de Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem. Coimbra: *Revista de Investigação em Enfermagem*, 59-73;

Castro-Hernandez, F., Zavala-Suárez, E., Ramirez-Hernandez, C., & Villela-Rodriguez, E. (2013). Identificación de las medidas de seguridad aplicadas de por enfermería en un hospital segundo nivel. *Revista Conamed*, 18, 59-65;

Conselho da Europa (2006). *Committee of experts on management of safety and quality in health care - Expert Group on safe medication practices - Glossary of terms related to patient and medication safety*. Estrasburgo: Council of Europe

Coutinho, C. (2011) – *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. (2ª ed.). Coimbra: Almedina;

Decreto-Lei nº 104/98. D.R. I Série-A. 93 (21-04-1998)

Despacho nº 727/2007. D.R. II Série. 10 (15-01-2007)

Despacho n.º 14223/2009. D.R. II Série. 120 (24-06-2009)

Direção Geral da Saúde (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa: Ministério da Saúde;

DGS (2011).: Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente.

Relatório Técnico Final. Trad. Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde.

Direção Geral da Saúde (2013a). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Enquadramento do Plano Nacional de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde;

Direção Geral da Saúde (2013b). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Eixo estratégico – Qualidade em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde;

Direção Geral Da Saúde (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020*. Lisboa: Ministério da Saúde;

Diz, E. & Gomes, M. J. (2008). Causas de erros de medicação. *Revista de investigação em Enfermagem*, 5-14;

Fernandes, A. & Queirós, P. (2011). Cultura de Segurança do doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. Coimbra: *Revista de Enfermagem Referência*, série III (4);

Filho, F., Pinho, D., Bezerra, A., Amaral, R. & Silva, M. (2015). Prevalência de incidentes relacionados à medicação em unidade de terapia intensiva. Brasília: *Acta Paul Enferm*, 28 (4), 331-336.

Filho, F., Martins, IM, Soares, CS, Fazendeiro, P., Paranagná, T., Bezerra, AL. (2012). Administração de Medicamentos: Conhecimento de enfermeiros do setor de urgência e emergência. *Revista eletrónica trimestral de Enfermagem Global*. 26, 70-85

Filho, P. & Praxedes, M. (2008). Identificação de erros no preparo e administração de medicamentos pela equipe de enfermagem e das ações praticadas pela instituição hospitalar. Diamantina: *Cogitare Enfermagem*, 514-519;

Flynn L. et al (2012). Nurses practice environments, error interception practice, and inpatient medication errors. *Journal of Nursing Scholarship*. 44 (2), 180-186;

Fragata, J. (2009). *Gestão de Risco – Governação dos Hospitais*. Alfragide: Casa Das Letras, 75-105;

Fragata, J. (2010). A Segurança dos Doentes – indicador de Qualidade em Saúde. Lisboa: *Revista Portuguesa Clínica Geral*. 26, 564-570;

Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes – Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel

Fragata, J. & Martins, L. (2008). *O erro em Medicina – Perspetivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade*. (3ª ed.). Coimbra: Almedina;

Fortin, M. F. (2003). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. (3ª ed.). Loures: Lusociência;

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta;

Galvão CM, Sawada NO & Trevizan MA. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 12(3), 549-56.

Institute of Medicine (2007). *Preventing medication errors: quality chasm series*. Washington, D.C.: National Academies Press;

Institute of Medicine (2000). *To err is human*. Washington, D.C.: National Academies Press;

International Council of Nurses (2005). *Nursing Matters – Medication Errors*. Genebra: ICN;

International Council of Nurses (2005). *Ambientes Favoráveis à Prática: Condições no trabalho = Cuidados de qualidade: Declaração de posição acerca da segurança dos doentes*. Genebra: ICN;

International Council of Nurses (2006). *Dotações Seguras Salvam Vidas – Recomendações segurança dos doentes*. Genebra: ICN;

International Council of Nurses (2012). *Patient Safety position statement*. Genebra: ICN;

Jepson, Z., Darlling, C., Kotkowski, K., Bid, S., Arce, M., Volturmo, G. & Reznec, M. (2014). Emergency Department Patient Safety Incident Characterization: na observational analysis of the findings of standardized peer review process. USA: *BiomedCentral Emergency Medicine*, 14-20

Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations (2008). *Eventos sentinela*. Oak Brook: Joint Commission Resources;

Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations (2008). *Hospital Accreditation Standards*. Oak Brook: Joint Commission Resources;

Kohn, L. T., Corrigan, J. M. & Donaldson, M. S. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. (2ª ed.). Washington: National Academy of Sciences;

Lassetter, Jane H. - Warnick, Myrna L. 2003: Medical errors, drug-related problems, and medication errors: a literature review on quality of care and cost issues. *Journal of Nursing Care Quality* 18 (3). 175-183.

Leape, L. (1994). Error in Medicine. *JAMA*. 272 (23), 1851-1857;

Marconi, M. A., Lakatos, E. V. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. (5ª ed.). São Paulo: Editora Atlas, S.A.;

MedMarx Data Report (2008). *A report on the relationship of drug names and medication errors in response to the Institute of Medicine's Call for Actions*. Rockville: Center for the Advancement of Patient Safety, US Pharmacopeia

Metules T. J. & Bauer J. (2007). Patient Safety Goals: preventing med errors. *RN*, 70, 39-44

Miasso, A., Grou, C., Cassiani, S., Silva, A., & Fakh, F. (2006). Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. Ribeirão Preto: *Revista Escola de Enfermagem USP*, 524-532

Miasso, A., Silva, A., Cassiani, S., Grou, C., Oliveira, R. & Fakh, F. (2006). O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. *Revista Latino-am Enfermagem*, 14 (3), 354-363

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (2001). *Taxonomy of Medication Errors*. Rockville: NCCMERP, Acedido a Fevereiro 15 2016 em: <<http://www.nccmerp.org/medErrorTaxonomy.html>>

National Patient Safety Agency (2009). National Reporting and learning system quarterly data summary. Learning from reporting. London: National Patient Safety Agency, Acedido a Fevereiro 15 2016 em: <www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/>

Nazarko, L. (2015). Medication Management: eliminating errors. London: NRC. 17 (3), 150-154;

Norma nº 025/2013 de 24/12/2013. *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*. Lisboa: Direção Geral da Saúde

Okafor, N. et al (2015). Voluntary Medical Incident Reporting Tool to Improve physician Reporting of Medical Errors in na Emergency Department. Texas: *Western Journal of Emergency Medicine*. 16 (7), 1073-1078

Ordem Dos Enfermeiros (2001). *Divulgar - Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

Ordem Dos Enfermeiros (2005). A enfermagem conta – erros de medicação. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 17, 44-46;

Ordem Dos Enfermeiros (2006). *Tomada de posição sobre a Segurança dos Doentes*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

Ordem Dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

Ordem dos Enfermeiros (2010). Parecer Conselho Jurisdicional 248/2010: Condições do exercício. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

Organização Mundial da Saúde (2005). *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems- From information to action*. Acedido em Setembro 23 2015, em WWW:<http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf>

Otero, J. & Dominguez-Gil (2000). Acontecimientos adversos por medicamentos: una patología emergente. *Farmacia Hospitalaria*, 258-266. Web site. Acedido Fevereiro 15, 2016, em <http://www.ismpespana.org/ficheros/Fichero03.pdf>

Pais Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. (2ª ed.). Porto: Legis Editora/Livpsic;

Peralta, T. (2012). Dissertação de Mestrado: *Segurança do Doente – Persptiva dos Profissionais de um Hospital da Região Centro*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Pisco, L. & Biscaia, J. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, 2

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a prática da Enfermagem*. (7ª edição). Porto Alegre, Brasil: Artmed Editora S.A.

Reason, J. (2000). Human error – models and management. *British Medical Journal*, 768-770;

Rosa, M. & Perini, E. (2003). Erros de medicação: quem foi?. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 49 (3), 335-341;

Rosa, M. et al (2009). Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos. *Revista de Saúde Pública*. 43 (3), 490-498;

Sampaio, R. & Mancini, M. (2007). Estudo de Revisão Sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11. Website. Acedido em Fevereiro 26 2016 em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000100013

Santi, T., Beck, C., Silva, R., Aozane, F., Machado, L. & Donaduzzi, D. (2016). Sentimentos e condutas de trabalhadores de enfermagem diante do erro de medicação. *Revista de enfermagem UFPE online*. 10(11), 4058-4064;

Sistema Integrado de Informação Hospitalar. *SONHO*. Santarém: Serviço de Urgência do Hospital de Santarém. Acedido em Fevereiro 2016;

Sousa, M. & Baptista, C. (2011). *Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios segundo Bolonha*. Lisboa: LIDEL;

Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. Loures: Lusociência;

World Health Organization (2004). *World alliance for patient safety: forward programme*. Genebra: WHO, Acedido em Setembro 15 2015 em: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf;

World Health Organization (2005). *Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems- From information to action*. Genebra: WHO, Acedido em Setembro 15 2015 em: http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf>;

World Health Organization (2008^a). *Guidance on developing quality and safety strategies with a health system*. Copenhaga: WHO, Acedido em Setembro 15 2015 em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/96473/E91317.pdf;

World Health Organization (2008b). *Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Genebra: WHO, Acedido em Setembro 15 2015 em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596541_eng.pdf;

Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo;

Volpe, C., Pinho, D., Stival, M. & Karnikowski, M. (2014) Medication errors in a public hospital in Brazil. *British Journal of Nursing*. 23 (11), 552-559;

Zaghi et al (2013). *Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática*. Série Segurança do paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Agência Nacional De Vigilância Sanitária (ANVISA)

APÊNDICES

APÊNDICE I- Pedido de autorização ao Conselho de Administração e Comissão de
Ética do Hospital de Santarém

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Santarém e

Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética do Hospital de Santarém

Assunto: Pedido de autorização

Ana Rita Pacheco Alves Pratas, Enfermeira a exercer funções no Serviço de Urgência do Hospital de Santarém, com o número mecanográfico 28923, a frequentar o IX Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vem solicitar a Vossas Excelências a autorização para a realização de entrevistas aos enfermeiros do mesmo serviço, com o objetivo de realizar um estudo de investigação sobre os “Fatores que influenciam a ocorrência de erros de medicação, enquanto esta está sob gestão do enfermeiro, no Serviço de Urgência.”. Com este estudo pretende-se elaborar a Dissertação de Mestrado do Módulo VII- Investigação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Amélia Castilho.

A investigação na área da segurança do doente é o pilar dos processos que procuram alcançar *standards* de qualidade e fiabilidade dos cuidados de saúde, obtendo informação que oriente a sua melhoria contínua. É consensual que a segurança do doente assume principal importância na qualidade nos cuidados de saúde. Na verdade, não existirá qualidade sem segurança, sendo que esta é a pedra basilar na qualidade em saúde, tornando os sistemas de saúde mais acessíveis, efectivos e eficazes.

A prestação de cuidados de saúde envolve riscos, de natureza e montante diversos, quer para o doente, quer para os profissionais de saúde, não se podendo negligenciar esses riscos, qualquer que seja a sua escala (Fragata, 2011). A ocorrência de falhas e erros nos cuidados de saúde são um problema sério e muitas vezes comparável com um iceberg, cuja zona visível é inferior à zona submersa, uma vez que a notificação destas situações é ainda reduzida.

Os enfermeiros por representarem uma percentagem significativa dos recursos humanos da saúde e por passarem uma grande parte seu do tempo com os utentes, são responsáveis por mais efeitos adversos/erros evitáveis do que qualquer outro profissional de saúde, sendo fundamental que a equipa de enfermagem tenha consciência da responsabilidade e exigências da sua prática.

Sabe-se que os medicamentos contribuem de forma significativa para melhorar a qualidade de vida das pessoas, proporcionando benefícios sociais e económicos, contudo o seu uso não é isento de riscos. Os erros mais frequentes inerentes aos cuidados de saúde, principalmente a nível hospitalar, são os erros relacionados com a medicação. O erro relacionado com a medicação é um

dos temas prioritários da DGS pois, segundo vários estudos, é uma das principais causas de morte e incapacidade, falecendo mais pessoas devido a erros de medicação do que a acidentes de trabalho.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2006) considera que todas as intervenções de enfermagem junto de um doente, envolvem a possibilidade de erro e um certo nível de risco à segurança deste. Acrescenta que a identificação dos fatores que levam ao aparecimento de erros é o primeiro passo para os prevenir, daí a escolha do tema desta investigação.

Solicita deferimento.

Atenciosamente.

(Professora Amélia Castilho)

(Enfermeira Ana Rita Pratas)

APÊNDICE II- Pedido de Consentimento Informado aos Participantes

CONSENTIMENTO INFORMADO

Ana Rita Pacheco Alves Pratas, Enfermeira a exercer funções no Serviço de Urgência do Hospital de Santarém, a frequentar atualmente o IX Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontra-se a desenvolver um estudo de investigação sobre os “Fatores que influenciam a ocorrência de erros de medicação, enquanto esta está sob gestão do enfermeiro”.

São objetivos deste estudo: Compreender quais os fatores, que na opinião dos enfermeiros, estão na origem do erro de medicação durante o processo de gestão da mesma, pelo enfermeiro no SU; explorar a percepção dos enfermeiros sobre o erro no processo de gestão de medicação no SU; identificar o contexto da ocorrência do erro (profissionais envolvidos e momento do dia); perceber as causas precipitantes do erro na gestão de medicação (falhas humanas ou falhas sistémicas); descrever as dificuldades dos Enfermeiros no processo de gestão de medicação no SU e identificar a necessidade de formação e/ou implementação de protocolos de melhoria das práticas.

Neste sentido, solicita-se a sua participação neste estudo, agradecendo desde já a sua colaboração.

A participação neste estudo implica a realização de uma entrevista sobre o tema que se pretende investigar a qual será gravada em suporte magnético, transcrita para papel e posteriormente analisada pela investigadora. A informação recolhida será confidencial e não será colocada à disposição de terceiros. As gravações serão cuidadosamente guardadas e no final da investigação serão eliminadas. Nenhuma informação que o identifique será incluída na parte escrita da sua entrevista (o seu nome será substituído por um código). Depois de concluída a investigação poderá ter acesso aos resultados através de consulta do relatório de Dissertação de Mestrado ou do contato direto com a investigadora.

A sua participação é inteiramente voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecido, podendo para isso colocar questões. É salvaguardado o seu direito de não participar no estudo, desistir a qualquer momento ou recusar responder a alguma questão, sem que daí advenha quaisquer consequências. Se decidir colaborar, solicita-se que assine este documento, confirmando o seu acordo em participar.

Se tiver necessidade de informações suplementares ou qualquer preocupação poderá contactar, agora ou a qualquer momento, a investigadora através do número de telemóvel: 911906435 ou do endereço eletrónico: ritinha_enf@live.com.pt

Atenciosamente.

(Enf. Ana Rita Pratas)

(Assinatura do Participante)

APÊNCIDE III- Guia de Entrevista

GUIA DE ENTREVISTA

Título: Fatores que influenciam a ocorrência de erros de medicação, enquanto esta está sob gestão do enfermeiro, no Serviço de Urgência

Entrevista n. ____ Data: __/__/__ Hora início: ____ Hora fim: ____

Legitimação da entrevista

- Identificar o entrevistador; • Dar a conhecer o tema do estudo, a questão levantada e os objetivos;
- Esclarecer os procedimentos e as dúvidas; • Informar sobre a gravação áudio da entrevista;
- Garantir a confidencialidade e a privacidade; • Assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido; • Agradecer a participação e colaboração (início e fim da entrevista);

Entrevista questão central do estudo: Quais os fatores que influenciam a ocorrência de erros de medicação, enquanto esta está sob gestão do enfermeiro no serviço de urgência?

Questões a abordar

- Qual o tipo de erro de medicação descrito?
- Qual o impacto do erro no doente, na organização e no profissional?
- Qual o contexto da sua ocorrência?
- Quais as causas precipitantes do erro de medicação?
- Quais as medidas de mitigação de dano realizadas pelo profissional?
- Como foi gerido na equipa/organização?
- Quais as medidas preventivas propostas pelos profissionais?

Idade: _____ Tempo de experiência profissional: _____ Género: _____

Encerramento da entrevista

- Informar que a entrevista chegou ao fim;
- Perguntar se gostaria de acrescentar mais algum aspeto;
- Perguntar se tem alguma dúvida e esclarecê-la;
- Relembrar sobre a necessidade de um novo encontro, para validar o conteúdo da entrevista depois de transcrito;
- Agradecer a sua colaboração e disponibilidade.

ANEXOS

ANEXO I- Resposta do Conselho de Administração e Comissão de Ética do Hospital de Santarém



HOSPITAL de SANTARÉM

Santarém, 12 de julho de 2016

Apreciação e Votação do Parecer

A Comissão de Ética apreciou o pedido de autorização para realização de estudo: "Fatores que influenciam a ocorrência de erros de medicação, enquanto esta está sob gestão do enfermeiro, no Serviço de Urgência", apresentado pela Sr.^a Enf.^a Ana Rita Pacheco Alves Pratas.

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética do HDS presentes.

Presidente: Dr.^a Maria Lopes Jorge

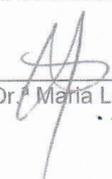
Dr. Luís Siopa

Dr. Frazão Grego

Enf.^a Manuela Freire

RESULTADO DA VOTAÇÃO: PARECER FAVORÁVEL

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde



(Dr.^a Maria Lopes Jorge)