

ANA CATARINA MACHADO LOBO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**O Erro na Administração de Medicação – Causas e Factores
Contributivos e Atitudes dos Enfermeiros.**

VI Mestrado em Comunicação em Saúde

ORIENTADOR

-Professor Doutor Jorge Correia Jesuíno

Universidade Aberta, Lisboa, 2008

ANA CATARINA MACHADO LOBO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**O Erro na Administração de Medicação - Causas e Factores
Contributivos e Atitudes dos Enfermeiros.**

VI Mestrado em Comunicação em Saúde

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de
Mestre em Comunicação em Saúde por
Ana Catarina Machado Lobo
Sob a orientação do
Professor Doutor Jorge Correia Jesuíno

“Tudo é encontrar qualquer coisa. Mesmo perder é achar o estado de ter essa coisa perdida. Nada se perde; só se encontra qualquer coisa. Há no fundo deste poço, como na fábula, a Verdade.

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor Correia Jesuíno, orientador deste estudo, o empenho, dedicação, tolerância, disponibilidade e espírito crítico que demonstrou desde sempre para a consecução deste trabalho.

Aos meus pais e marido que sempre acreditaram que a finalização deste trabalho era possível e me estimularam para conseguir mais este objectivo de vida.

À Dr.^a Miriam Sampaio, um agradecimento especial pela sua amizade e carinho, disponibilidade e apoio concedidos ao longo deste trabalho.

À Dr.^a Violeta Alarcão pela sua colaboração activa, acompanhamento metodológico, disponibilidade e capacidade de trabalho, que muito contribuíram para a concretização deste estudo.

Ao Hospital de São Francisco Xavier, na pessoa do Sr. Enf. João Fernandes e ao Serviço de Medicina III em particular na pessoa da Sr.^a Enf.^a Mavilde e aos enfermeiros do serviço que gentilmente contribuíram e colaboraram.

Aos meus amigos e familiares pelo incentivo constante, perseverança e carinho com que aceitaram o meu afastamento familiar.

RESUMO

Este estudo de investigação surge de uma preocupação da investigadora, enfermeira na prestação de cuidados, que advém da sua experiência profissional em serviços de internamento de adultos e idosos, tendo presenciado o acontecimento de erros de administração de medicação. A temática da segurança do doente é enfatizada neste trabalho, realizado no Serviço de Medicina III do Hospital de São Francisco Xavier, em Lisboa. Procurou-se recolher a opinião dos enfermeiros e dos enfermeiros gestores sobre as causas e factores que contribuem para o erro, os tipos de erro mais frequentes, as implicações que dele advêm, para o enfermeiro e para o utente e quais as atitudes tomadas pelos enfermeiros e pelas chefias, que representam a organização, quando dele tomam conhecimento. O estudo enquadrou-se numa metodologia qualitativa, sendo do tipo exploratório e descritivo. Recorreu-se à entrevista livre semi-estruturada aplicada a 6 enfermeiros prestadores de cuidados e a 3 enfermeiros com cargos de gestão.

Os enfermeiros na prestação de cuidados consideram os factores ambientais preponderantes para o acontecimento do erro em relação aos factores pessoais. No processo de administração da terapêutica, os erros nas diluições dos fármacos são o factor dominante para ocorrerem erros, associado aos enganos da dose administrada, enquanto que o incumprimento do horário da toma é a violação de regras mais vezes visada. A prescrição electrónica, levou à redução dos erros de transcrição e o método individual de trabalho assume extrema importância na melhoria da segurança do doente internado. Os profissionais mais experientes preferem ocultar os erros por receio que a revelação do erro possa comprometer a sua idoneidade profissional. A conduta da chefia é considerada positiva na abordagem ao enfermeiro que cometeu o erro, procurando compreender aquilo que o motivou. Os enfermeiros gestores consideram que a gravidade dos erros deve ser enquadrada nas consequências para o doente, que são mais gravosas do que para o enfermeiro. Estes encaram a compreensão do erro e do indivíduo como medida mais importante após o seu acontecimento ao invés da penalização. Daqui pode-se extrair uma tentativa real de compreensão do erro embora a punição seja igualmente considerada.

ABSTRACT

This investigation study emerge from a concern of the investigator, healthcare provider nurse, related to its professional experience in medical services with adults and elder people, coming across with errors in drug administration. The thematic of patients security is highlighted in this work, carried out in the Medicine Service III of Hospital S. Francisco Xavier in Lisbon. The objective was to gather from practice nurse's and its management opinions about the reasons and factors that contribute towards the error, the most frequent types of errors, the implications that will arise from it to both nurse and patient, and what actions were taken by the practice nurses and management representing that institution, when they became aware of that happening. The study used a frame of qualitative methodology from the type exploratory and descriptive. The semi-structured free interview was applied to 6 nurses that provide healthcare services and to 3 nurses with management roles.

Nurses that provide healthcare services consider that the ambient factors prevail over the personal factors in what concerns the happening of error. In the process of drug administration, errors in the dilution of drugs are the most preponderant factors that lead to errors; they are associated with errors in the dosing administered, while the nonfulfilment of scheduled administration hours is the most common rule violation. The electronic prescription lead to a reduction of the transcription errors and the individual method of work assumes extreme importance in the increase of in-patient safety. Most experienced professionals prefer to hide the errors fearing that the revelation could compromise their professional competence. The conduct of the management is considered positive in the approach that it does to the nurse that committed the error, seeking an understanding of what lead to it. The managing nurses consider that the gravity of errors must be in direct relation to the consequences that result to the patient, much more important than those for the nurse. The management considers the understanding of the error and the individual as the most significant step rather than penalizing. From what was said, we can extract that there is a real attempt to understand the error, nevertheless punishment is also considered.

ÍNDICE

PREFÁCIO	2
INTRODUÇÃO	4
<u>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</u>	10
1. PROBLEMÁTICA GERAL DO ESTUDO E SUA PERTINÊNCIA ACTUAL	11
2. A SEGURANÇA DO DOENTE	17
2.1 A ENFERMAGEM NO COMPROMISSO PARA A GARANTIA DA SEGURANÇA DO DOENTE	20
3. A ENFERMAGEM NO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA	28
3.1 REGRAS DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR DOSE UNITÁRIA	31
<u>3.1.1 Procedimentos para a Administração de Terapêutica</u>	33
3.2 O SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA EM AMBIENTE HOSPITALAR	34
3.3 A TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO E A SEGURANÇA DO DOENTE	35
<u>3.3.1 A Dose Unitária no Sistema de Prescrição Electrónica</u>	37
4. A DIMENSÃO DO ERRO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	39
4.1 ETIOLOGIA DO ERRO	40
<u>4.1.1 Abordagem Individual do Erro</u>	40
<u>4.1.2 Abordagem Sistémica do Erro</u>	41
4.2 TIPOLOGIA DO ERRO	42
4.3 DO ERRO AO ACIDENTE	45
4.4 ABORDAGEM DO ERRO À LUZ DA ÉTICA	45
5. A VERTENTE MEIS ESTUDADA DO ERRO EM ENFERMAGEM – O ERRO DE MEDICAÇÃO	50
5.1 CAUSAS E FACTORES CONTRIBUTIVOS DO ERROS DE MEDICAÇÃO	55

<u>5.1.1 A Comunicação como Causa Latente dos Erros</u>	59
6. O AMBIENTE E CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO DOS ENFERMEIROS	61
6.1 O PROBLEMA DA ESCASSEZ DOS ENFERMEIROS E SUBSEQUENTE SOBRECARGA DE TRABALHO	65
7. A GESTÃO DO RISCO CLÍNICO	71
7.1 O IMPACTO DO CONCEITO DE GESTÃO DO RISCO CLÍNICO	71
8. A CULTURA ORGANIZACIONAL COMO FACTOR PROMOTOR DA SEGURANÇA DO DOENTE	76
<u>PARTE II – DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE MEDICINA III DO HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER</u>	81
9. CONTEXTUALIZAÇÃO DO HSFX E DO SERVIÇO DE MEDICINA III	82
9.1 CARACTERIZAÇÃO FÍSICA DO HOSPITAL	82
9.2 CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE MEDICINA III	84
<u>9.2.1 A Equipa de Enfermagem</u>	88
9.2.1.1 Horários e Trocas	88
9.2.1.2 Método de Distribuição do Trabalho dos Enfermeiros	89
9.2.1.3 Contractualização dos Enfermeiros	89
9.2.1.4 Integração de novos Enfermeiros	90
<u>9.2.2 A Equipa de Auxiliares de Acção Médica</u>	90
<u>9.2.3 As Secretárias de Unidade</u>	91
<u>9.2.4 Outros Elementos da Equipa Multidisciplinar</u>	91
<u>9.2.5 Proveniência dos Utentes</u>	91
<u>9.2.6 Admissão de um Utente</u>	92
9.3 O TRABALHO NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA	93
<u>9.3.1 Rotinas do Turno da Manhã</u>	96

<u>9.3.2 Rotinas do Turno da Tarde</u>	96
<u>9.3.3 Rotinas do Turno da Noite</u>	97
9.4 CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS DO SERVIÇO	98
<u>PARTE III – METODOLOGIA UTILIZADA</u>	99
10. OPÇÕES METODOLÓGICAS	100
10.1 TIPO DE ESTUDO	100
10.2 POPULAÇÃO	101
10.3 SELECÇÃO DA AMOSTRA POPULACIONAL	102
10.4 PROCEDIMENTOS UTILIZADOS	104
10.5 TRATAMENTO DOS DADOS	108
<u>PARTE IV – RESULTADOS OBTIDOS</u>	110
11. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	111
11.1 PARTICIPANTES DO ESTUDO	111
11.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	112
11.3 RESULTADOS OBTIDOS NOS ENFERMEIROS PRESTADORES DE CUIDADOS	113
11.3.1 Factores Ligados à Ocorrência do Erro identificados no Processo de Preparação e Administração de Terapêutica	114
11.3.1 ¹ Categoria “Ambiente”	114
11.3.1 ² Categoria “Conhecimento sobre o Medicamento”	118
11.3.1 ³ Categoria “Verificação e Registo da Medicação”	120
11.3.1 ⁴ Categoria “Preparação dos Medicamentos”	122
11.3.1 ⁵ Categoria “Violação de Regras”	127
11.3.1 ⁶ Categoria “Administração de Medicamentos”	129
11.3.1 ⁷ Categoria “Prescrição de Medicamentos”	131
11.3.1 ⁸ Categoria “Transcrição”	131

11.3.1 ⁹ Categoria “ <i>Factores Intrínsecos</i> ”	133
11.3.1 ¹⁰ Categoria “ <i>Modelo Organizacional</i> ”	135
11.3.2 Condutas dos Enfermeiros face ao Erro de Medicação	142
11.3.2 ¹ Categoria “ <i>Comunicação do Erro</i> ”	142
11.3.2 ² Categoria “ <i>Medo de Penalização</i> ”	144
11.3.2 ³ Categoria “ <i>Aprendizagem com os Erros</i> ”	145
11.3.2 ⁴ Categoria “ <i>Ocultação do Erro</i> ”	145
11.3.3 Condutas das Chefias e da Instituição face ao Enfermeiro que cometeu o Erro	149
11.3.3 ¹ Categoria “ <i>Despenalização do erro e Aprendizagem</i> ”	149
11.3.3 ² Categoria “ <i>Penalização do Erro</i> ”	153
11.3.4 Consequências para os Utentes do cometimento do Erro de Administração de Medicação	157
11.3.4 ¹ Categoria “ <i>Sem Repercussões Graves para o Doente</i> ”	157
11.3.4 ² Categoria “ <i>Repercussões Com Gravidade para o Doente</i> ”	157
11.3.4 ³ Categoria “ <i>Repercussões com Pouca Gravidade para o Doente</i> ”	158
11.3.5 Tipos de Erros mais Comuns	160
11.3.5 ¹ Categoria “ <i>Erros de Administração</i> ”	160
11.3.5 ² Categoria “ <i>Erros de Preparação</i> ”	162
11.4 RESULTADOS OBTIDOS NOS ENFERMEIROS GESTORES	167
11.4.1 Factores Ligados à Ocorrência do Erro, Medidas de Segurança para Prevenir o Erro e Sistemas de Relato e de Regulação do Erro	168
11.4.1 ¹ Categoria “ <i>Práticas Conducentes ao Erro</i> ”	168
11.4.1 ² Categoria “ <i>Medidas de Segurança para Prevenir o Erro</i> ”	171
11.4.1 ³ Categoria “ <i>Sistemas de Relato do Erro</i> ”	174
11.4.1 ⁴ Categoria “ <i>Regulação do Erro</i> ”	175

11.4.1 ⁵ Categoria “ <i>Normalização do Erro</i> ”	176
<u>PARTE IV – REFLEXÃO FINAL</u>	181
12. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	182
13. CONCLUSÕES E SUGESTÕES	184
<u>PARTE V – BIBLIOGRAFIA CONSULTADA</u>	188
14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	189
ANEXOS	203
ANEXO I – Exemplo de Folha de Terapêutica de Kardex do Enfermeiro	204
ANEXO II - Pedido de Autorização à Instituição para Selecção dos Participantes e Colheita de Dados	205
ANEXO III – Entrevista a um Enfermeiro com Funções de Prestação Directa de Cuidados	206
ANEXO IV - Entrevista a um Enfermeiro com Funções de Gestão	207

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO N° 1 – Estrutura física dos dois edifícios que compõem o HSFX	83
QUADRO N° 2 – Distribuição de utentes por género e patologia pelas camas do Serviço de Medicina III	85
QUADRO N° 3 – Factores Ligados à Ocorrência do Erro identificados no Processo de Preparação e Administração de Terapêutica	139
QUADRO N° 4 – Condutas dos Enfermeiros face ao Erro de Medicação	148
QUADRO N° 5 – Condutas das Chefias e Instituição relativamente ao Enfermeiro que cometeu o Erro de Medicação	155
QUADRO N° 6 – Consequências para os Utentes do cometimento do Erro de Administração de Medicação	159
QUADRO N° 7 – O Erro de administração de Medicação – Tipos de Erros mais Comuns	163
QUADRO N° 8 – Factores Ligados à Ocorrência do Erro, Medidas de Segurança para Prevenir o Erro e Sistemas de Relato e Regulação do Erro – Enfermeiros Gestores	177

ERRATA

- O Quadro nº 8 deverá ser substituído pelo Quadro em anexo.

- No final da página 100, onde se cita Carmo (1998) deverá ler-se Bogdan & Biklen (1994) e no final da frase (como citado em Carmo, 1998).

- Na página 119, no terceiro parágrafo, após a referência no texto ao autor citado, não deve ler-se “- erro em medicina”.

- No final do capítulo 12: Limitações do estudo (página 183), precisamente no último parágrafo, onde se lê “população estudada”, deve ler-se “amostra estudada”.

PREFÁCIO

PREFÁCIO

O meu interesse pessoal pela temática do erro na administração de medicação praticado pelo enfermeiro, surgiu há cerca de dois anos e meio, período desde o qual, no serviço onde exerci a minha prática clínica de enfermagem até há sensivelmente dois anos, observei, senti e participei das consequências da falta de enfermeiros e da sua rotatividade. Pude constatar e aperceber-me das mudanças que se operaram naquela organização, os sentimentos e emoções gerados nos profissionais (todos os que fazem parte da equipa de cuidados: médicos, auxiliares de acção médica, administrativos e enfermeiros), nos familiares e nos próprios utentes.

Pude eu própria, durante o exercício de funções nessa instituição, que não a estudada, observar erros e ser igualmente responsável por eles. Desde essa altura que senti necessidade de saber mais sobre o erro na prestação de cuidados de enfermagem, e sobretudo sobre o que pode motivar o erro de administração de terapêutica. A administração de terapêutica é a actividade inerente ao trabalho dos enfermeiros que exige maior atenção e responsabilidade, pelo impacto negativo para a piora do estado clínico que um erro pode provocar. É também, da minha experiência enquanto profissional de saúde, a área que, se por um lado se constitui essencial para melhoria do estado clínico do doente internado, pode ser causa de consequências danosas para o agravamento do estado do doente. Da mesma forma, para a minimização dos efeitos nefastos dos erros no doente, mobilizam-se numerosos recursos, traduzindo maiores gastos para a instituição de saúde, em exames, terapêutica, transportes, prolongamento do tempo de internamento ou mesmo cirurgias.

Pelos motivos previamente descritos, considero que esta temática é muito actual e é fundamental que todas as suas vertentes sejam analisadas e estudadas para que se instituam medidas de prevenção e de gestão do erro sérias e eficazes, de forma global, nas nossas organizações de saúde.

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A profissão de enfermagem implica uma preocupação permanente com a saúde dos seres humanos. A saúde é um bem precioso, cada vez mais. A esperança de vida aumenta porque a medicina evolui. Os tratamentos são cada vez mais sofisticados, precisos e direccionados. No entanto não são inócuos. A verdade é que prolongam a vida, mas em condições muitas vezes debilitantes, desgastantes e não menos incapacitantes. Prolongam a vida mas não prolongam a saúde, e escasseiam vagas nos hospitais para os utentes idosos, que por razões de ordem orgânica ou emocional descompensam as suas patologias crónicas.

No campo da gestão da doença, os utentes estão a tornar-se mais conhecedores e críticos relativamente aos tratamentos e cuidados que lhe são prestados e aos custos que lhe estão associados. À imagem do que se passa nos Estados Unidos da América, e mais recentemente na Europa, os utentes dos sistemas de saúde, tendem a não se submeter passivamente aos tratamentos. Exigem saber a razão de ser das intervenções a que são sujeitos e em muitos casos, aceder a uma segunda opinião. Pretendem estar a par da sua evolução clínica, das opções de tratamento e das intervenções que lhes são dirigidas, nomeadamente pelos enfermeiros. Estes constituem o grupo profissional que mais próximo está do utente, pois realiza um variado leque de intervenções junto do mesmo. Executa mais procedimentos directos e invasivos e é portador de informação actualizada da sua situação clínica. Os enfermeiros, são por isso, um grupo profissional privilegiado no contacto com o utente, sua família e pessoas significativas. É nessa medida que a relação de ajuda se caracteriza fundamental, bem como a empatia que se desenvolve com o utente. Para Collière (1989) cuidar é um acto individual que concedemos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia. Mas é igualmente um acto de reciprocidade que prestamos a toda a pessoa que, de forma temporária ou em definitivo, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais. A relação de ajuda é uma relação que envolve duas pessoas, o ajudante e o ajudado, na qual se pretende

que a pessoa ajudada desenvolva capacidades para lidar com o seu problema. Contribui para diminuir o medo e a ansiedade face à doença e aos seus tratamentos, tornar mais clara e compreensível a situação no sentido de facilitar a tomada de decisão, fazer frente com realismo aos problemas de vida inerentes à doença e perspectivar soluções e adaptações. Diz-nos Collière (2003) que enquanto a maior parte das profissões procedem de um encontro entre o homem e a matéria, e da sua mútua familiarização, o processo de cuidados de enfermagem procede de um encontro entre duas ou mais pessoas, em que cada uma detém elementos do processo de cuidados. Segundo a mesma autora, cuidar é um aspecto básico em todas as profissões de ajuda. O conceito de enfermagem pode ser apresentado de várias formas, mas todas nos conduzem à ideia chave que esta profissão é caracterizada por um conjunto de competências técnicas e relacionais, implicando uma atitude de ajuda.

É hoje amplamente consensual que o papel central dos enfermeiros, reside no cuidar das e com as pessoas, numa perspectiva holística e multicêntrica, com vista à satisfação das suas necessidades, à recuperação das suas funções e à potenciação das suas capacidades para se cuidar, no sentido de melhorar ou restaurar a sua saúde ou recuperar do seu episódio de doença. Assim, cuidar determina uma perspectiva humanista combinada com bases de conhecimento científico. É um processo intersubjectivo, assente em relações interpessoais, com grande reciprocidade entre os enfermeiros e as pessoas, no qual o enfermeiro participa com a pessoa nos seus cuidados, tendo em vista a sua autonomia. A pessoa é vista como um ser que evolui à procura de uma qualidade de vida que ela define de acordo com o seu potencial e as suas prioridades. O enfermeiro e a pessoa são parceiros nos cuidados. O enfermeiro acompanha a pessoa nas suas experiências de saúde ao seu ritmo e amplitude.

Um dos aspectos essenciais para entender a prática de enfermagem é conhecer a essência do trabalho do enfermeiro, aquilo que faz e, em que condições. A relação próxima que estabelece com o utente requer empenho, dedicação, tolerância. A

realidade do trabalho dos enfermeiros vai além da relação com os utentes. O trabalho do enfermeiro faz interligação com o de numerosos profissionais de saúde que concorrem para a mesma finalidade: o bem-estar do utente. Possui uma dimensão intersubjectiva, pois trata-se de uma prática na qual a intervenção técnica está sempre envolta na interacção, estando as dimensões ética e comunicacional, imediatamente associadas à dimensão técnica.

Sabe-se que a incerteza é uma das componentes que se destaca no âmbito da intervenção dos enfermeiros. Nesse sentido, a necessidade de que essa intervenção se concretize em autonomia depende em grande medida do saber-agir que impõe um conjunto de actos em que a execução de cada um é dependente de tudo ou de parte de outros actos. Todas as actividades desenvolvidas pelos enfermeiros pressupõem esse encadeamento e essa articulação, sem os quais a maioria das suas acções perderia sentido. Estudos recentes demonstram que a gestão dos cuidados de enfermagem e sua prestação, dependem do ambiente e são grandemente influenciadas pelas interrupções constantes a que os enfermeiros estão sujeitos. Existe, sobretudo nos serviços de internamento, devido ao número e tipologia dos utentes (idosos, com pouca autonomia, necessitando de vigilância constante) uma dificuldade permanente em cumprir o planeamento de cuidados que é elaborado no início de cada turno. Verifica-se frequentemente, fruto da exposição do enfermeiro durante a prestação dos cuidados, quer aos utentes, pela variabilidade das suas necessidades em cuidados, quer aos outros profissionais de saúde que com ele trabalham, a cisão entre cuidados planeados e cuidados prestados. Neste âmbito, surge o sentido de responsabilidade que está subjacente à ansiedade em relação à possibilidade de cometer um erro. Esta, está presente em todas as acções de enfermagem e traduz risco adicional quando envolve a execução de procedimentos invasivos.

As actuais reformas empregues ao sistema de saúde, centralizam-se numa perspectiva de eficiência económica (produtividade) a curto prazo e não contemplam a eficácia dos cuidados e serviços de saúde prestados. A redução dos custos e a qualidade da

prestação de cuidados são duas vertentes que com dificuldade se tocam e que vivem inversamente proporcionais. Será que a segurança dos utentes nas unidades de saúde preocupa verdadeiramente os gestores das mesmas? Ou como é característica da cultura nacional vão confortavelmente e assumindo uma postura conformista, observar, deixar que se comprometa a qualidade dos cuidados e só depois procurar travar as consequências? Ainda assim, a premissa da qualidade dos cuidados de saúde é constantemente uma máxima dos governantes.

As más condições de trabalho a que os elementos das equipas que prestam cuidados estão sujeitos e das que dão apoio às mesmas, provoca um turbilhão de mudanças que implicam, para além de uma vivência institucional intensa e difícil, a consciência sólida de que muito fica por fazer, turno após turno, dia após dia. Assim, como consequência do que fica por fazer, do esforço acrescido para o colmatar, da cedência, da priorização dos cuidados feita sob tensão, do stresse, do cansaço e dos sentimentos, sensações e emoções geradas como corolário de acontecimentos incompletos ou constantemente interrompidos, surge a possibilidade de erro. *Errar é humano*, mas quando no erro estão envolvidas pessoas, seres humanos, a percepção que fica após a leitura de tal expressão é que a pretensa desculpabilização que a mesma encerra, não se aplica. Reason (2005) preconiza que “os humanos são falíveis e os erros devem ser esperados, mesmo nas melhores organizações”. Todos aqueles que fazem parte do universo de profissionais da saúde são seres humanos, falíveis como quaisquer outros. No entanto, as expectativas criadas em redor da saúde, quer no que refere à acessibilidade aos cuidados quer no que diz respeito à qualidade da prestação dos mesmos, não permitem toda ou quaisquer aceitação por parte do indivíduo face ao insucesso. Se é certo que a saúde é um tema sensível para todos, os erros que neste âmbito sucedem, se não podem ser totalmente eliminados, têm que servir para crescimento e progresso, para a melhoria das condições assistenciais que preconizam. Se os seres humanos são capazes de errar, também são capazes de utilizar a sua inteligência e aprender algo com o que fizeram, bem ou mal. Aos agentes de saúde compete detectar, analisar e divulgar os eventos para prevenir o

próximo erro. Se é inevitável que aconteça, espera-se que pelo menos não, com a frequência de hoje.

O tema em estudo refere-se ao erro de administração de medicação praticado pelo enfermeiro e sua gestão, pelo profissional que presta cuidados e pela instituição de saúde. Foram realizados no estudo dois tipos de abordagem ao erro de administração de medicação: uma abordagem interna do acontecimento do erro, ou seja, procurando saber pela opinião do enfermeiro prestador de cuidados directos, o que pode contribuir para o mesmo e quais as consequências da sua ocorrência e uma abordagem institucional, sobre a gestão do erro no seio da organização de saúde.

Procurou-se conhecer a apreciação do enfermeiro relativamente ao que pode contribuir para o acontecimento do erro, de que forma surge, com que gravidade e frequência, e que dispositivos podem ser desenvolvidos para limitar o seu acontecimento. Na esfera institucional, procurou-se saber que mecanismos operam os gestores representantes da instituição de saúde quando tomam conhecimento do sucedido e de que forma as medidas institucionais de gestão do erro influenciam as práticas dos enfermeiros.

Com este estudo não se pretende delimitar conceitos, enclausurar as causas do erro, atribuir responsáveis, nem alcançar resultados definitivos. Ambiciona-se evidenciar a pertinência da problemática desenvolvida, por esta se fundar num problema da prática quotidiana dos enfermeiros fornecendo-se um contributo pessoal, ainda que se tratem de juízos especulativos, sustentados num mínimo de dados empíricos.

Assim sendo, os principais objectivos deste estudo de investigação são:

- **Identificar as causas e factores contributivos** que envolvem a ocorrência de um erro na administração de terapêutica pelo enfermeiro, num serviço de internamento hospitalar.

- **Compreender** que **implicações** advêm do acontecimento do erro de administração de medicação na **prática de cuidados pelo enfermeiro**, no **utente**, na **organização** e no **enfermeiro como profissional de saúde**.
- **Compreender** de que **forma age o enfermeiro após ter consciência do erro** que cometeu e **o que procura fazer** no imediato e no rescaldo do acontecimento.
- **Conhecer** que **atitude adopta a organização de saúde**, de acordo os enfermeiros prestadores de cuidados, **quando tem conhecimento do erro** sucedido e que **mecanismos opera** no seguimento do erro.
- **Conhecer** de que **modo as instituições, através dos enfermeiros gestores entendem a ocorrência do erro** e como **actuam** em conformidade.

No capítulo seguinte é feita uma abordagem geral ao tema do erro no contexto da segurança dos cuidados prestados ao utente.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. PROBLEMÁTICA GERAL DO ESTUDO E SUA RELEVÂNCIA ACTUAL

Tendo em conta as questões exploratórias do estudo, torna-se essencial a sua contextualização no âmbito do panorama de cuidados de saúde actual e a sua fundamentação com base na abordagem do problema em foco, referindo-se a sua importância global para a segurança dos cuidados de enfermagem.

Bates, Gandhi, Hsieh, Morimoto & Seger (2004) referem que, a área da prestação de cuidados de saúde que envolve a medicação constitui a maior fonte de eventos adversos que ocorrem nas instituições de saúde. Estes são comuns na maior parte dos ambientes clínicos incluindo em serviços de internamento de doentes adultos, com uma incidência de 6,5% e de crianças, com 2,3% e também em serviços de ambulatório, apresentando uma incidência de 27,4%. Estes eventos adversos implicam consequências substanciais, como o aumento das admissões hospitalares, aumento do tempo de internamento, utilização adicional de recursos, e também por parte dos utentes, um grau de satisfação inferior relativamente aos cuidados prestados.

Por outro lado, os erros de medicação são bastante mais frequentes do que os eventos adversos, mas só uma pequena minoria causa de facto, eventos adversos (Bates et al., 2004). De acordo com um estudo citado por Bates et al. (2004) que avaliou sobretudo a fase de administração de terapêutica, refere que 19% das administrações contêm um erro.

Segundo um estudo de 1999 da Academia Nacional das Ciências dos Estados Unidos, cerca de 44 000 americanos morrem, anualmente como resultado de erros médicos e de outros profissionais de saúde (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000). Alguns estudos realizados nos Estados Unidos da América e na Austrália, conduziram à revisão de milhares de processos clínicos seleccionados aleatoriamente de hospitais que cobriam grandes regiões geográficas. Estes trabalhos, mostram de

forma consistente, que a maioria dos eventos adversos ocorrem em doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos e que os eventos adversos não cirúrgicos mais comuns, estão relacionados com fármacos. Em Portugal não há dados disponíveis. Estima-se que, de acordo com Fragata e Martins (2005), num universo de um milhão de pessoas internadas anualmente em hospitais portugueses, cerca de três mil morram na sequência de erros cometidos pelos profissionais de saúde. Ainda segundo os mesmos autores, a realidade portuguesa apresenta valores que revelam um índice de mortalidade aproximado ao dos acidentes de viação e superior ao da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. No que refere aos erros de administração de terapêutica também não há dados disponíveis no país.

É portanto crucial saber como lidar com o erro, entender as suas implicações, éticas, sociais e económicas, compreender as suas causas e actuar na sua origem, reconhecer atitudes, comportamentos e acontecimentos que pronunciam o aparecimento do mesmo e divulgá-lo, relatá-lo, para prevenir.

A **divulgação do erro** nos cuidados de saúde surge no entanto limitada, e em Portugal praticamente ausente. A maior parte dos erros não são conhecidos, tal como não o são os ambientes em que acontecem. Existe, de facto, uma política de secretismo dentro das instituições e no seio dos organismos reguladores das profissões de saúde. O facto de, no nosso país a divulgação do erro ser apenas feita pelos meios de comunicação social, e da forma como a levam a cabo: envolvendo-a num sensacionalismo sufocante, que traz a lume os falhanços e os associa à exploração da desgraça humana, condiciona fortemente a opinião relativamente à ocorrência deste tipo de erro, à sua causalidade e atribuição de responsabilidade. A medicina, e tudo o que gira em seu torno, está hoje envolta numa mediatização profunda. É cada vez mais apetecível investigar e divulgar massivamente o que corre mal ao invés do que corre bem. Raramente se analisa e revela, como e porque motivo, as pessoas são bem sucedidas em condições de trabalho de considerável adversidade. É esta comunicação social que põe a lume os estrondosos avanços da

medicina, que, na presença do erro, culpabiliza, incrimina, julga e aponta para os seus autores, que isolados respondem pelos seus actos. Lerner (n.d.) refere que os defensores desta perspectiva centrada na pessoa, tendem a tratar os erros como questões morais, considerando que “as coisas más acontecem às pessoas más” (como citado em Reason, 2005). Esta atitude leva à exploração das causas individuais e afasta as que estão associadas ao sistema, de onde o indivíduo faz parte integrante. Contudo a **abordagem individual** continua a ser tradição dominante na medicina. Culpar os indivíduos é emocionalmente mais gratificante do que acusar instituições (Reason, 2005). De alguns pontos de vista, esta abordagem pode considerar-se vantajosa, na medida em que a culpabilização de indivíduos é emocionalmente mais satisfatória do que a das instituições. As pessoas são consideradas agentes com liberdade para escolher entre comportamentos seguros e inseguros. Se algo corre mal, parece óbvio e claro que algum indivíduo ou um grupo de indivíduos tem de ser responsável. Esta abordagem considera de acordo com Reason (2005) que “o erro surge do esquecimento, desatenção, pouca motivação, descuido, negligência e ausência de temor”. No que concerne ao erro praticado a utentes em instituições de saúde, Anderson & Webster (2001) referem que “claramente o potencial para o acontecimento de um erro durante a administração da medicação numa enfermaria hospitalar torna este, um problema preocupante para a enfermagem” (p.35).

Na perspectiva de Benner (2002), a aprendizagem experiencial dentro da disciplina prática e na equipa é distintamente diferente da cultura de vergonha e culpa que se focaliza unicamente na responsabilidade individual ou culpabilização. A cultura de vergonha e culpa faz parte de um moralismo auto-derrotista focado no carácter imperfeito dos prestadores de cuidados, em vez de na aprendizagem pela experiência e avanço e desenvolvimento do conhecimento pela prática. Segundo Benner (2002) os relatórios do Instituto de Medicina Americano e de Leape (1994) recomendaram que a abordagem da engenharia de sistemas pudesse ser usada para prover um sistema de saúde mais seguro. Tal, incluiria a análise das causas de fundo que incidem nas condições que tornam os erros possíveis.

Apesar do aumento de complexidade do ambiente de trabalho dos enfermeiros, o foco das investigações sobre o erro de administração de medicação mantém-se no indivíduo, no enfermeiro que consumou o erro, culpando-o e punindo-o pelo ocorrido. Focando o indivíduo, o completo conjunto de factores que contribuem para o acontecimento do erro, não podem vir a ser conhecidos.

A assumpção da perspectiva punitiva centrada no indivíduo na gestão do erro nas instituições de saúde, dificulta severamente as reais e efectivas melhorias na segurança dos utentes nos serviços de saúde. Parece óbvio que depois do erro ter acontecido, o importante não é saber quem errou, mas porque falharam as defesas. Estas integram um conjunto de contramedidas que visam mudar as condições em que os indivíduos trabalham, assumindo-se a falibilidade intrínseca ao ser humano mas, considerando igualmente os aspectos relacionados com o ambiente em que os erros ocorrem. A **abordagem sistémica** segundo Reason (1990) “presume que os erros e acidentes são resultado de uma longa cadeia de causas, uma sequência de falhas latentes e activas que se alinham, provocando dano nos doentes” (como citado em Fragata e Martins 2005, p.45). Reason (2005), diz-nos que, se não é possível mudar a condição humana, é possível mudar as condições nas quais os indivíduos trabalham. Fragata e Martins (2005) por sua vez, tornam claro que para a génese de um erro contribuem não só atitudes e práticas de ordem individual, mas sobretudo condições latentes, defeitos na organização em que o indivíduo actua, que propiciam a ocorrência desse erro. Um exemplo claro desta situação na prática de enfermagem é o caso da enfermeira que tem utentes sob a sua responsabilidade numa enfermaria, nos quais as campainhas dos quartos se encontram avariadas. Como não pode estar em todos os quartos em simultâneo, a enfermeira pode não se aperceber de uma súbita intercorrência com um dos utentes, sendo responsabilizado individualmente pela não detecção do problema e actuação em conformidade. Neste caso, como em muitos semelhantes, a sua actuação não pode ser separada das condições em que trabalha. Neste caso, a campainha do quarto, que podia ter ajudado o utente e avisado a enfermeira, estava avariada, comprometendo a segurança do utente e da

própria enfermeira. À escala industrial, o operário é conhecido como elemento final da cadeia de prestação de serviços. No âmbito dos cuidados de saúde é o enfermeiro, o profissional que contacta directamente com o utente, e que está por conseguinte, no fim da cadeia de prestação de cuidados. São eles que estão presentes quando alguma coisa corre mal, e são frequentemente eles que detectam a situação primeiramente.

A compreensão da etiologia do erro pode facilitar a implementação de sistemas de relato abertos e não-punitivos nas instituições de saúde. Ao encontro desta questão vêm os processos de auditoria clínica, que preconizam a melhoria de cuidados prestados aos utentes e os resultados dos mesmos, através da revisão sistemática de procedimentos e registos, da sua comparação com critérios explícitos e da implementação de mudanças. De acordo com Sheldon (n.d.) a **auditoria clínica** estuda uma parte da estrutura, processo e resultado dos cuidados médicos ou de enfermagem, efectuado pelos que estão pessoalmente envolvidos na actividade em questão, no sentido de verificar se os objectivos estabelecidos foram atingidos e, desta forma avaliar a qualidade da prestação de cuidados. É uma actividade que, sustentando a melhoria da qualidade da prestação de cuidados, deve, através daqueles que lideram, assegurar a estrutura necessária, contemplando aspectos como o tempo, apoio técnico e bibliográfico e implementar uma cultura em que a criatividade e a abertura sejam encorajadas, e os erros e as falhas sejam relatados e investigados, sem culpabilização, isto sobretudo no seio das organizações profissionais, que para além de regulamentar e legitimar a actividade profissional devem promover e incentivar estas actividades, para o bem do desenvolvimento da profissão (como citado em Lawrence, 1982).

A política de secretismo que envolve a gestão do erro por parte das organizações de saúde é predominante em Portugal. No nosso território pouco se conhece em concreto sobre a dimensão do erro e as suas consequências nos serviços clínicos. Na esfera da enfermagem, esta informação é ainda mais escassa. Aos motivos

anteriormente descritos para a escolha e relevância desta temática, alia-se o facto de se desconhecerem, sobretudo no que diz respeito à enfermagem, os erros que se cometem, a sua natureza, a sua frequência, gravidade e razão. É assunto de conversa nos corredores mas não figura nas agendas para discussão na Ordem dos Enfermeiros. Na medida em que, e recorrendo ao trabalho de Gomes (2005) “a nossa missão é zelar pela melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes” (p.17), o erro e o que em seu redor o condiciona (nomeadamente as suas causas) deve ser fonte de preocupação e investigação, para que seja possível minimizar a sua ocorrência, identificando-o, corrigindo-o, divulgando-o e prevenindo-o, entendendo que estas medidas serão basilares para o desenvolvimento de uma cultura de segurança nas instituições de saúde.

2. A SEGURANÇA DO DOENTE

A segurança do utente é uma premissa fundamental para a qualidade dos cuidados de saúde e mais concretamente para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Kohn et al. (2000) no relatório do Instituto de Medicina Americano (2000), alertam para “a necessidade das organizações de saúde desenvolverem uma cultura de segurança de modo a que a organização dos processos de cuidados e seus colaboradores se focalizassem na melhoria da fiabilidade e segurança dos cuidados prestados aos deus doentes” (p.14). O Conselho Internacional de Enfermagem (2002), por seu lado, acredita que o enfoque na segurança do paciente envolve um largo espectro de acções na mobilização, no ensino e na retenção de profissionais prestadores de cuidados de saúde, com o objectivo da melhoria do seu desempenho, na gestão ambiental da segurança e do risco, incluindo o controle da infecção, no uso seguro da medicina, na segurança do equipamento, na prática clínica segura, na promoção de um ambiente seguro para a prestação de cuidados, e na acumulação e integração de um corpo de conhecimentos científicos focalizado na segurança do paciente e na infra-estrutura que suporta o seu desenvolvimento.

Na Declaração do Luxemburgo do ICN (2005) defende-se que “o acesso aos cuidados de saúde de alta qualidade é um direito humano essencial, reconhecido e valorizado pela União Europeia (...) os doentes têm o direito de esperar que sejam efectuados todos os esforços para assegurar a sua segurança enquanto utilizadores de qualquer serviço de saúde.” Nesta medida, preconiza-se que a segurança do doente deve assumir importância máxima nos cuidados de enfermagem e de saúde de qualidade.

Ballard (2003) refere que, actualmente toda a sociedade civil é responsável pela segurança dos utentes, incluindo os próprios utentes, os enfermeiros prestadores de cuidados directos, os que estão nas escolas a formar novos enfermeiros, administradores de instituições de saúde e investigadores, médicos, governos,

incluindo os corpos legislativos e reguladores das profissões de saúde e associações profissionais. A identificação precoce do risco é a chave para impedir consequências directas nos pacientes, e depende unicamente da criação de uma cultura de confiança, de honestidade, de integridade, e de uma comunicação aberta entre pacientes e profissionais de saúde. O ICN (2002) apoia fortemente um sistema aberto baseado na aproximação, e numa filosofia de transparência contemplando medidas de relato e discriminação de eventos adversos e erros – não responsabilizando ou envergonhando o prestador individual do cuidado mas incorporando-o no que se refere a factores do ser humano e do sistema.

Kohn et al. (2000) acreditam que a segurança devia ser um objectivo organizacional explícito, demonstrado por um rumo forte e pelo envolvimento dos organismos directivos, dos responsáveis pela gestão e chefes de equipas clínicas (p.14).

O ICN (2002) preocupa-se profundamente com a ameaça séria à segurança dos pacientes e com a qualidade dos cuidados de saúde que resultam do número insuficiente de recursos humanos apropriadamente capacitados. A actual falta global de recursos humanos de enfermagem representa uma ameaça. Este organismo mundial acredita que as enfermeiras e as associações de enfermagem de cada país têm como responsabilidades:

- Informar os doentes e as famílias dos riscos potenciais;
- Relatar eventos adversos às autoridades competentes atempadamente;
- Assumir um papel activo na avaliação da segurança e da qualidade dos cuidados;
- Melhorar a comunicação com os doentes e com os outros profissionais de saúde;
- Encontrar medidas no sentido de ser obtido um número de profissionais adequados;
- Implementar medidas que melhorem a segurança do doente;
- Promover programas de controlo rigoroso da infecção;

- Alertar e chamar à atenção para políticas e protocolos estandardizados de tratamento que minimizam erros;
- Estabelecer ligações com representantes de os grupos profissionais como: farmacêuticos, médicos e outros para melhorar a identificação, embalagem e etiquetagem dos medicamentos;
- Colaborar com o sistema de relato nacional registando, analisando e aprendendo com os eventos adversos;
- Desenvolver mecanismos, por exemplo pela acreditação, no intuito de reconhecer as características dos prestadores de cuidados de saúde que oferecem um elevado nível para a excelência na segurança do paciente.

Actualmente, segundo Ballard (2003), os que têm a seu cargo providenciar e fornecer cuidados de saúde encontram muitos desafios quando nas organizações procuram manter os doentes em segurança. A segurança do doente funda-se no estabelecimento de sistemas e de processos operacionais que minimizem a probabilidade da ocorrência de erros e maximizem a probabilidade de os interceptar antes de provocarem um acidente.

Benner (2005) testemunhou o impacto nas enfermeiras e na segurança dos pacientes, de um ambiente de trabalho onde as enfermeiras foram forçadas, pela sobrecarga de trabalho ao desgaste, ao stresse, ao cansaço e sentindo-se incapazes de usar suas habilidades críticas de pensar: “tudo se passava como se elas já não tivessem tempo para reflectir...” (p.154). De acordo com a Associação Americana de Enfermagem (2002) “relacionaram acidentes, doenças e ferimentos, envolvimento em erros de medicação e em episódios de falha em socorro de outrem foi discutido. Se os problemas no ambiente do trabalho não forem identificados e divulgados, as enfermeiras não poderão proteger suficientemente os doentes....” (como citado em Ballard, 2003).

2.1 A ENFERMAGEM NO COMPROMISSO PARA A GARANTIA DA SEGURANÇA DO DOENTE

Todos os que participam e estão presentes aquando dos cuidados de saúde são responsáveis por assegurar que nenhum dano é infligido aos doentes. Estes incluem: sociedade no geral, doentes sujeitos a tratamentos e a cuidados por parte das instituições e dos profissionais, enfermeiras, educadores, administradores, e investigadores da qualidade dos cuidados, médicos, governos incluindo grupos legislativos e reguladores, associações profissionais, e agências auditoras.

No intuito de garantir uma melhoria progressiva dos cuidados de enfermagem prestados e promover a segurança do doente na organização de saúde, o papel dos enfermeiros é de extrema importância na medida em que fazem parte do sistema.

Ballard (2003) considera que “a enfermagem é uma profissão baseada no conhecimento. O fundamento para a prática científica da enfermagem inclui o estudo da ciência de enfermagem”, enquadrando-a nas disciplinas do conhecimento biomédico, físico, económico, comportamental, social, ético e filosófico.

A capacidade da enfermeira reflectir criticamente justifica-se pela utilização deste conhecimento na prestação de cuidados e é essencial para o bem-estar e segurança daqueles que deles necessitam.

Florence Nightingale debateu-se por uma enfermagem segura, propondo que as enfermeiras da prática contribuíssem para que o doente ficasse na melhor condição possível por forma à natureza poder agir sobre ele. Na discussão contemporânea a ANA (2002), afirma que “uma componente essencial da enfermagem é a capacidade de intervir mediante uma relação terapêutica que promova a saúde e a cura. É importante que os enfermeiros continuem a trabalhar segundo estas concepções

estreitando a relação enfermeiro-doente e usando diligentemente, recursos que promovam cuidados seguros.” (como citado em Ballard, 2003)

Leis, regras e protocolos podem também incrementar os cuidados seguros. Os enfermeiros devem seguir as leis, regulamentos e regras de ética da profissão. São responsáveis pela sua prática e “responsabilidade compreende capacidade para prestar contas das suas acções, particularmente para justificar de forma coerente, racional e ética aquilo que fez” (Thompson, 2004, p.80).

Tendo em consideração as concepções de Ballard (2003), os enfermeiros podem também prover a prestação de cuidados seguros servindo-se da competência dos seus líderes. É da responsabilidade da profissão de enfermagem, manter a segurança e assegurar a competência, promovendo a actualização constante das práticas. É importante que os profissionais se mantenham informados sobre os avanços na educação e na prática da enfermagem. Enfermeiros profissionais demonstram proficiência e perícia e são capazes de identificar potenciais riscos e aprender a terminologia própria para identificar e descrever erros em cuidados de saúde e assim promover a segurança dos doentes. Estas actividades, ocorrem na maioria dos casos em ambientes não punitivos, onde os enfermeiros se sentem apoiados quando reportam erros ou identificam necessidades. Ideais que suportam uma prática profissional que corrobore com uma enfermagem de gestão, que leve em linha de conta benefícios e salários adequados, eficácia dos preceptores clínicos, adequado suporte técnico e acesso à formação e desenvolvimento dos profissionais equitativo, incute nos profissionais criatividade e empenho, que providenciam um meio no qual as enfermeiras podem identificar ameaças à segurança dos doentes.

Ballard (2003) assume que “o investigador de cuidados de enfermagem dá actualmente um enorme contributo para a segurança do doente ao cuidado dos enfermeiros, identificando a necessidade de pessoal adequado.” Segundo ele, está

demonstrado que um pessoal de enfermagem em número adequado às necessidades de cada serviço é fundamental para a garantia dos cuidados.”

O acesso aos cuidados de saúde de alta qualidade é um direito humano, reconhecido e valorizado pela União Europeia. Neste sentido, todos os indivíduos doentes devem esperar que sejam empregues esforços para assegurar a sua segurança enquanto utilizadores de um serviço de saúde. No Luxemburgo, realizou-se uma conferência com o objectivo de identificar interesses e desafios de uma perspectiva europeia de segurança dos doentes, tendo como ponto de partida a partilha de práticas e experiências nesta matéria. Os temas abordados prenderam-se com o papel do doente na sua própria segurança, a segurança dos doentes nas instituições de saúde, e o desenvolvimento de um plano para a segurança dos mesmos. Neste sentido, terão de ser introduzidos instrumentos destinados à redução do número e consequências dos efeitos adversos, para actuar na sua prevenção, detecção e limitação de forma a não ocorrerem erros graves e no sentido de melhorar a conformidade com os procedimentos de segurança.

Resumidamente a conferência recomenda aos prestadores de cuidados que implementem nos locais de trabalho projectos que se concentrem na segurança do doente e que estabeleçam uma cultura aberta, onde reine a confiança, de modo a conseguir lidar com os erros e com as omissões eficientemente. Esta cultura aberta é fundada numa cooperação entre doentes, familiares e profissionais de modo a que os primeiros estejam a par de situações nas quais ocorrem falhas e eventos adversos. Wrubel, Benner e Lazarus (1981) associam o conhecimento do doente enquanto pessoa na prevenção dos erros. A implicação do doente enquanto indivíduo e o empenho numa determinada situação são essenciais ao desenvolvimento de uma sensibilidade suficientemente aguçada para detectar potenciais erros (como citado em Benner, 2005, p.138). Às organizações de saúde torna-se assim essencial estabelecer uma cultura de segurança do doente e introduzir a problemática do risco clínico na gestão.

Recorrendo ao trabalho de Benner (2005) “a responsabilidade do enfermeiro em matéria de segurança e de vigilância das respostas terapêuticas aos medicamentos, cresceu com a chegada de medicamentos mais potentes e com a proliferação de novas terapêuticas” (p.130). Esta competência associada ao enfermeiro implica ter em conta as interações e as incompatibilidades possíveis entre os medicamentos. Ao enfermeiro compete igualmente, vigiar de forma específica os efeitos secundários, as reacções, as respostas aos tratamentos, a toxicidade e as incompatibilidades. Tal vigilância pode decidir a vida ou a morte de um doente.

Ballard (2003) acredita que “a enfermagem é uma profissão baseada no conhecimento. O fundamento para a prática científica da enfermagem inclui o estudo da ciência de enfermagem”, enquadrando-a nas disciplinas do conhecimento biomédico, físico, económico, comportamental, social, ético e filosófico.

A capacidade dos enfermeiros reflectirem criticamente justifica-se pela utilização deste conhecimento na prestação de cuidados e é essencial para o bem-estar e segurança daqueles que deles necessitam. Benner et al (2002) “Os prestadores de cuidados de enfermagem são membros responsáveis de um grupo social organizado e portadores de um corpo de conhecimentos e competências que contêm uma ética de boa prática. (...) A responsabilidade prática refere-se ao conhecimento socialmente encaixado/embutido/implantado, noções de bem e competências recolhidas numa equipa de prestadores de cuidados de saúde” (p. 510).

Leis, regras e protocolos podem também melhorar a segurança dos cuidados. Os enfermeiros devem seguir as leis, regulamentos e regras de ética da profissão. São responsáveis pela sua prática e de acordo com Thompson (2004) “responsabilidade compreende capacidade para prestar contas das suas acções, particularmente para justificar de forma coerente, racional e ética aquilo que fez.” (p.80)

De acordo com Ballard (2003) a enfermagem é uma profissão baseada no conhecimento. A base para a prática científica da enfermagem inclui a ciência de enfermagem, a ciência biomédica, económica, comportamental e social, a ética e a filosofia. A capacidade da enfermagem para formar pensamento crítico e utilizar o conhecimento na entrega efectiva aos cuidados que prestam é essencial para o bem-estar e segurança daqueles que cuidam.

A segurança do paciente está em todos os aspectos da prestação de cuidados de enfermagem. Isto inclui informar os doentes e outros sobre o risco e a redução do risco, advogar para a segurança do paciente e para o relato de eventos adversos.

A ANA (2002) citada por Ballard (2003) preconiza que uma essencial característica da enfermagem é o fornecimento de uma relação de ajuda que enfatize o cuidar e que facilite saúde e a cura. Na história da enfermagem, Florence Nightingale defendia a segurança dos cuidados. Na Crimeia, Nightingale conduziu um dos primeiros estudos de enfermagem sobre os factores que influenciavam os resultados referentes aos cuidados prestados. Na perspectiva de Florence Nightingale (1859) era importante que o trabalho das enfermeiras perseguisse as suas tradições pelo estreitamento da relação enfermeira-doente e diligentemente usando os achados da investigação para prestar cuidados seguros aos doentes.

Numa declaração de posição sobre a segurança dos doentes em 2002, o ICN argumentou que os enfermeiros têm responsabilidade na segurança dos doentes em todos os aspectos relacionados com o cuidar. Tal inclui informar os utentes e pessoas significativas do risco e de como reduzi-lo, defendendo a sua segurança e comunicando-lhe os eventos/acidentes adversos. A pronta identificação do risco tem uma importância fulcral para prevenir danos nos doentes e depende da implementação de uma cultura de confiança, honestidade, integridade e comunicação aberta entre os utentes e as instituições que provêem cuidados de saúde. O ICN apoiava fortemente nessa declaração, uma abordagem sistémica baseada numa

filosofia de transparência e comunicação, não culpando e envergonhando o prestador de cuidados mas incorporando medidas que atribuíssem quer aos factores humanos, quer aos do sistema, responsabilidade partilhada nos acontecimentos adversos e os envolvessem a ambos na construção de melhores serviços de saúde. Na visão de Ballard (2003) “regras, normas e procedimentos normalizados podem aperfeiçoar os cuidados seguros.”

O ICN (2002), nesta declaração de posição, encontrava-se profundamente preocupado com a séria ameaça à segurança dos doentes e por conseguinte à qualidade dos cuidados, que resultava do número insuficiente de recursos humanos idoneamente qualificados, que se mantém. Esta ameaça provém da actual escassez mundial de enfermeiros.

O ICN (2002) acreditava de acordo com a declaração que publicou que os enfermeiros e as associações que os representam têm a responsabilidade de:

- Informar os utentes e as suas famílias dos possíveis riscos;
- Comunicar prontamente às autoridades competentes os eventos adversos;
- Exercer um papel activo na avaliação da segurança e qualidade dos cuidados prestados;
- Melhorar a comunicação com os doentes e outros profissionais de saúde;
- Exercer pressão para que a dotação de pessoal seja a adequada;
- Apoiar medidas que melhorem a segurança dos utentes;
- Promover programas rigorosos de controlo da infecção;
- Apoiar políticas de tratamento standardizado, bem como a construção e implementação de protocolos e normas que minimizem a ocorrência de erros;
- Estabelecer relação com os órgãos que representam outros profissionais de saúde, como farmacêuticos e médicos para melhorar o acondicionamento e rotulagem dos medicamentos;
- Colaborar com sistemas de relato/comunicação nacionais de acontecimentos adversos, analisando-os e aprendendo com eles;

- Desenvolver mecanismos, como por exemplo, pela acreditação, que reconheçam as características dos prestadores de cuidados de saúde, que possam oferecer serviços de excelência no âmbito da segurança dos doentes.

De acordo com o trabalho de Leape et al. (1995), sabe-se que a equipa de enfermagem é capaz de interceptar até 86% dos erros de medicação provenientes da prescrição, transcrição e dispensa, enquanto que apenas 2% dos erros ocorridos durante a administração são detectados a tempo (como citado em Cassiani, Miasso, Opitz & Silva, 2007, p.275).

As intervenções providas pelos serviços de saúde focalizam o benefício do público. Decorrente da complexa combinação de processos, tecnologia e factores humanos relacionados com a prestação de cuidados, encontra-se sempre presente o risco de acontecerem erros e eventos adversos. Um evento adverso, de acordo com o ICN (2002) pode definir-se como um dano ou lesão causado pela forma como os profissionais de saúde gerem uma condição de doença de um indivíduo e não devido ao processo de doença inerente à mesma. Algumas ameaças à segurança dos doentes incluem: os erros de medicação, infecções nosocomiais, exposição a doses de radiação elevadas e uso de medicamentos contrafeitos. No entanto, embora os erros humanos desempenhem um importante papel na ocorrência de eventos adversos graves, estão geralmente associados a factores ambientais, os quais se identificados atempadamente teriam impedido tais erros.

Os prestadores de cuidados de saúde qualificados enfrentam variados desafios no ambiente de trabalho no sector da saúde. Existe uma evidência crescente de que, ratios inadequados de pessoal de saúde, nomeadamente de enfermeiros, nos serviços estão relacionados com o aumento de eventos adversos durante os internamentos nas unidades de saúde como: quedas dos doentes, aparecimento de escaras ou feridas por pressão, erros de medicação, infecções nosocomiais e taxas de readmissão que podem prolongar o tempo de internamento e aumentar perigosamente as taxas de

mortalidade nos hospitais. Isto significa na visão de Ballard (2003) que “o impacto sobre a segurança de doentes e enfermeiros de um ambiente de trabalho em que os enfermeiros trabalham sob stresse, estão cansados, incapazes de mobilizar as suas competências inerentes ao pensamento crítico, predispõem para acidentes”.

A falta de enfermeiros e a pobre performance do pessoal pela sobrecarga de trabalho, pela baixa motivação ou competências técnicas insuficientes são igualmente determinantes na segurança do doente. Uma fraca qualidade de cuidados de saúde é a causa de um número substancial de eventos adversos com um impacto financeiro negativo no que refere aos gastos.

3. A ENFERMAGEM NO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA

A preparação e administração de terapêutica constitui uma intervenção interdependente, sendo uma actividade de execução que decorre de um acto prescritivo e que além de saberes práticos e competências gestuais, exige dos enfermeiros a mobilização de competências a vários níveis, nomeadamente relacionais, detecção de reacções adversas que podem determinar ou não, a suspensão da execução terapêutica recorrendo a saberes analíticos que se inscrevem na esfera da experiência profissional ou foram adquiridos no âmbito da formação formal. Assim, verifica-se uma dimensão de imprevisibilidade incorporada, mesmo nestas formas mais rotineiras do trabalho de enfermagem, e que implicam a articulação de diferentes recursos cognitivos.

A administração de medicamentos é por isso, uma das actividades mais sérias e de maior responsabilidade da enfermagem e, para a que a sua execução seja pautada pela segurança, é necessária a aplicação de vários princípios e normas que dificultem as oportunidades de erros, ajudando o enfermeiro no cumprimento desta actividade.

O enfermeiro, embora não seja o responsável pela prescrição do medicamento, deve conhecer todos os princípios inerentes à administração, a fim de prevenir erros. Deve igualmente conhecer bem o indivíduo a quem vai administrar determinado fármaco, a sua patologia e patologias associadas, manifestações clínicas e formas de as expressar, alergias medicamentosas e alimentares, etc.

O sistema que permite administrar terapêutica ao doente envolve a participação de vários profissionais, entre eles, médicos (que prescrevem), farmacêuticos (que a providenciam), auxiliares de acção médica (que a transportam) e enfermeiros (que a administram). Os profissionais envolvidos em cada um destes processos interagem e interrelacionam-se. Cassiani et al (2006) consideram que “as suas acções podem

interferir no comportamento do conjunto como um todo (...) qualquer acção de uma parte pode afectar as acções dos outros profissionais e o cuidado ao paciente” (p.355).

O processo de administração de medicamentos culmina então com a administração propriamente dita, pelo enfermeiro ao indivíduo. Para Cassiani et al (2006) “o facto da equipa de enfermagem actuar no último dos processos (...) na ponta final do sistema de medicação, faz com que muitos erros cometidos, não detectados no início ou no meio do sistema lhe sejam atribuídos” (p.355). Entende-se assim, que este processo reúne um vasto conjunto de actividades, planeadas e executadas por pelo menos 3 equipas de profissionais. O erro pode acontecer em cada fase do processo, embora a concretização do mesmo seja levada a cabo pelo enfermeiro, o que constitui uma característica do trabalho que por si, imputa responsabilidade a este profissional. De acordo com Fragata e Martins (2005), corre-se o risco, portanto, que a responsabilidade incida sempre ou quase sempre nas pessoas que actuam no final da cadeia de prestação de cuidados, que contactam directamente com os doentes e que os erros sejam atribuídos apenas aos enfermeiros e não também, a falhas do sistema.

A concepção da Ordem dos Enfermeiros, expressa publicamente no seu boletim Divulgar (2004), designa, no âmbito das competências do enfermeiro de cuidados gerais, que é da sua responsabilidade aplicar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas na prática de enfermagem, e no plano da gestão dos cuidados que “cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e gestão do risco, regista e comunica à autoridade competente as preocupações relativas à segurança” e no respeitante à administração directa da terapêutica “garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas”. No plano da prestação de cuidados de saúde interprofissionais, o enfermeiro “aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes; estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa;

contribui para o trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração” e ainda “participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente” (OE, 2003)

Benner (2005) refere que “a responsabilidade da enfermeira em matéria de segurança e de vigilância das respostas terapêuticas aos medicamentos cresceu” com a chegada de medicamentos novos e mais potentes. A responsabilidade da enfermeira nesta matéria segundo esta autora, centra-se em: “administrar medicamentos de forma apropriada e sem perigo: vigiar os efeitos secundários, as reacções, as respostas ao tratamento, a toxicidade e as incompatibilidades” (p.130). Contempla uma outra componente da administração de terapêutica que se focaliza no momento imediatamente a seguir à administração do fármaco.

Na visão de Cassiani e Coimbra (2001) ao administrar a terapia medicamentosa com responsabilidade, “este fazer” tem de ser considerado um acto de extrema consciência social e humana, mais do que uma atribuição técnica profissional. Ainda de acordo com esta autora, “na prática de enfermagem, no contexto de administrar medicação, a responsabilidade ética e moral adquirem maior profundidade quando o seu acto se concretiza na relação interpessoal” (Cassiani e Coimbra, 2001). “Como a responsabilidade, o agir do enfermeiro no processo de administração de medicamentos não é solitário” (Cassiani e Coimbra, 2001). É fundamental uma integração entre médicos, farmacêuticos, enfermeiros e “agir conforme os princípios” (Cassiani e Coimbra, 2001).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996) os enfermeiros “procedem à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais”.

Ballard (2003) acredita que os enfermeiros podem também prover a prestação de cuidados seguros servindo-se da competência dos seus líderes. É da responsabilidade da profissão de enfermagem, manter a segurança e assegurar a competência, promovendo a actualização constante das práticas. É importante que os profissionais se mantenham informados sobre os avanços na educação e na prática da enfermagem. Enfermeiros profissionais demonstram proficiência e perícia e são capazes de identificar potenciais riscos e aprender a terminologia própria para identificar e descrever erros em cuidados de saúde e assim promover a segurança dos doentes. Estas actividades, ocorrem na maioria dos casos em ambientes não punitivos, onde os enfermeiros se sentem apoiados quando reportam erros ou identificam necessidades. Ideais que suportam uma prática profissional que corrobore com uma enfermagem de gestão, que leve em linha de conta benefícios e salários adequados, eficácia dos preceptores clínicos, adequado suporte técnico e acesso à formação e desenvolvimento dos profissionais equitativo, incute nos profissionais criatividade e empenho, que providenciam um meio no qual as enfermeiras podem identificar ameaças à segurança dos doentes.

É importante que os enfermeiros possuam uma visão ampliada do sistema de administração de medicação e de cada um dos processos que o incorporam, procurando a optimização da segurança e qualidade assistencial, através do estudo dos fluxos das suas actividades, ambiente e recursos, e desenvolvimento da formação sobre fármacos e sua preparação e administração nas mais diversas situações.

3.1 REGRAS DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR DOSE UNITÁRIA

Paulino, Rojão & Tareco (1999) afirmam como objectivos da administração de terapêutica em dose unitária: "permitir a individualização da terapêutica, racionalizar a utilização dos medicamentos e diminuir o risco de falha humana". A dose unitária está presente nos hospitais americanos desde a década de 60 (p.15).

Aludindo a Paulino et al (1999) a dose unitária consiste na preparação e fornecimento individualizado pelo serviço farmacêutico do hospital, da terapêutica prescrita para cada doente no período de 24 horas. Os medicamentos são dispensados de acordo com a prescrição médica, na posologia prescrita, sendo separados e identificados na farmácia hospitalar. Este sistema envolve as seguintes etapas:

- prescrição médica em impressos protocolados;
- transcrição para a folha de terapêutica de enfermagem (não é necessário nos serviços com prescrição electrónica);
- envio aos serviços farmacêuticos da prescrição médica;
- elaboração do perfil farmacoterapêutico;
- preparação individualizada da terapêutica na cassette que contém separadores referentes aos horários de administração de terapêutica (que se coloca no carro de terapêutica do serviço) com controlo posterior;
- distribuição da terapêutica (cassete) aos serviços utilizadores;
- controlo e administração de terapêutica de forma individualizada.

Nos serviços do hospital deve existir um pequeno stock de terapêutica de modo a dar resposta a situações imprevistas e fora do horário de funcionamento dos serviços farmacêuticos. As prescrições médicas são colocadas em local próprio no serviço e são recolhidas diariamente por um funcionário dos serviços farmacêuticos. O enfermeiro deve ter conhecimento do mecanismo de acção, indicações, dosagens, interacções e cuidados inerentes aos medicamentos que vai administrar. O carro de terapêutica contém os módulos com as cassetes individuais de cada doente (identificadas) separadas pelas horas de administração de fármacos. Junto ao carro fica o dossier com as folhas de registo de terapêutica dos doentes (kardex).

As vantagens deste sistema unitário são visíveis: optimização da segurança da farmacoterapia, redução de custos, permite que os enfermeiros disponibilizem menos tempo nesta actividade (preparação) com consequente melhoria da qualidade assistencial. Coimbra, Carvalho, Pelloso & Valsechi (1998) destacam ainda a

“diminuição da incidência de erros, aumento da segurança do pessoal médico na garantia da utilização do medicamento certo, na dose certa, à hora certa, segundo a prescrição médica”.

3.1.1 Procedimentos para a Administração de Terapêutica

No sentido de ser compreendida esta actividade de enfermagem, são descritos os seus principais passos da preparação e administração de medicação:

- 1- Proceder à lavagem higiénica das mãos ou desinfeção com solução alcoólica própria;
- 2- Verificar stock do carro de terapêutica antes da sua utilização;
- 3- Identificar o doente;
- 4- Controlar a terapêutica a administrar (nome do medicamento, dose, via de administração e horário) através do registo na folha de terapêutica e medicamento fornecido pelo serviço farmacêutico do hospital;
- 5- Fazer ensino ao doente sobre a terapêutica a administrar;
- 6- Preparar e/ou administrar o medicamento ao doente, certificando-se que o doente o ingere;
- 7- Recolher e dar destino adequado ao material utilizado;
- 8- Proceder à lavagem higiénica das mãos ou desinfeção com solução alcoólica própria.
- 9- Vigiar o doente após a administração do medicamento. (Coimbra, 1998;17)

Na perspectiva de Benner et al (2002) aqueles que prestam cuidados de enfermagem desenvolvem competências e hábitos da prática que estão relacionados com os objectivos da sua prática, nomeadamente as seis regras de medicação: a terapêutica certa, o doente certo, a dosagem certa, a via de administração certa e para finalidade certa.

Na verdade, o sistema de administração de medicação por dose unitária é um método que permite a intervenção de maior número de elementos da equipa multidisciplinar neste processo tão importante para o utente. A intervenção de um maior número de técnicos de saúde neste processo, por si só, não significa que se reduza substancialmente o risco de ocorrerem erros, da mesma forma que o facto deste processo depender de outros, que não só enfermeiros, também não constitui garantia para que a qualidade dos cuidados melhore. O tempo que o enfermeiro poupa neste processo, não será assim tão visível se o enfermeiro tiver de, ao conferir a terapêutica enviada pela farmácia, recorrer ao stock ou pedi-la a outros serviços para completar a medicação que vem nas gavetas.

3.2 O SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA EM AMBIENTE HOSPITALAR

O sistema de administração de medicação numa organização hospitalar pode designar-se complexo, interligando numerosos processos e profissionais de diferentes áreas da saúde: médicos, farmacêuticos e enfermeiros. Todos partilham um objectivo comum: prestação segura de cuidados ao doente. Para compreender este sistema é necessário identificar os vários processos que o compõem. A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2006) refere no seu documento sobre a gestão do medicamento, que esta actividade é uma importante componente no tratamento sintomático, curativo e paliativo de variadas doenças e condições de saúde. Uma gestão dos fármacos segura, conduz a um processo de administração de medicação onde se incluem: a selecção e obtenção do fármaco, a sua armazenagem, ordenação e transcrição, a preparação e distribuição do medicamento e sua administração e monitorização (no que refere aos efeitos desse fármaco no utente). No entanto, o número e tipo de processos podem variar de hospital para hospital, consoante as suas especificidades.

No que concerne à fase de selecção e obtenção do fármaco, a mesma organização JCAHO (2006) recomenda que a instituição hospitalar deva facultar uma lista de

medicamentos que estão disponíveis e o processo para obter esses medicamentos. Na armazenagem é fundamental o controlo real dos medicamentos. Na fase de ordenação e transcrição é importante coordenar a selecção, preparação ou administração da medicação e transcrever informação à medida das necessidades. No que refere à preparação e distribuição/despacho de uma ou mais doses de fármacos prescritas por um farmacêutico ou outro elemento autorizado, bem como a distribuição de medicação específica. No que refere à administração, que é designado como o acto de administrar uma dose prescrita e preparada de um fármaco a um doente. Na monitorização são vigiados e controlados os efeitos da medicação administrada.

3.3 A TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO E A SEGURANÇA DO DOENTE

Actualmente o mundo da saúde sofre uma mudança constante e progressiva. É a área onde concorrem mais profissões, onde se verifica a maior diversidade de formações académicas e técnicas. Estes factores e o desenvolvimento e maior aplicabilidade na prática dos cuidados das novas tecnologias podem melhorar o ambiente de trabalho destes profissionais e devolver-lhes mais tempo para o doente e suas necessidades, ampliando na área da enfermagem a vertente independente dos cuidados.

Uma noção importante que é preciso ressaltar é que não é a tecnologia em si que é fonte de vantagem competitiva, mas a aplicação criativa que lhe é concedida pelos indivíduos. Já Collière (2003) referia que a significação e o alcance das tecnologias utilizadas estão (...) em estreita dependência com a ligação que se estabelece entre a tecnologia utilizada e a relação que a acompanha.

Conceitos como modernização ou inovação estão actualmente no centro das atenções. Seja qual for o sector de actividade, todos querem estar, na rota da inovação. A saúde não é excepção. As novas tecnologias de informação e Comunicação vieram permitir, não apenas uma maior proximidade entre os serviços

prestadores de cuidados de saúde e os pacientes mas também, vieram permitir que, em muitos casos, fosse possível “andar um passo à frente” da realidade, antevendo-a.

Para Van de Castle et al. (2004), “os erros podem ser cometidos tanto devido à falta de uniformização de procedimentos como pelo não seguimento das normas instituídas” (p.611). Segundo estes autores, nos estudos de caso por eles apresentados que descreviam eventos adversos resultantes de erros, estes podiam ser evitados usando uma aplicação interdisciplinar bem desenhada e um sistema de alerta. Estes sistemas permitem aos profissionais de saúde, estarem atentos aos dados que podem influenciar a tomada de decisões.

Van de Castle et al. (2004) sublinham que o uso da tecnologia na administração de fármacos em meio hospitalar “está disponível e os seus benefícios são reconhecidos”, nomeadamente no que diz respeito ao “uso dos códigos de barras como recurso para identificar utentes unicamente dentro do hospital e pode prevenir a administração de medicação ao doente errado” (p.611).

Leape et al. (1995) afirma que “as lacunas de conhecimento são as causas sistémicas mais frequentes associadas a erros de medicação sérios” (como citado em Van de Castle et al., 2004). Estas falhas de conhecimentos estão muitas vezes relacionadas com as dosagens dos medicamentos a administrar. De acordo com Van de Castle et al. (2004) a ferramenta informática com respeito à ordem de entrada provida pelo computador associada à prescrição electrónica, elimina o problema da decifração de prescrições e permite fornecimento de suportes de decisão aos seus utilizadores. O apoio à decisão é facultado pelo próprio sistema que faculta ao profissional de saúde um conjunto de sugestões que garantem intervenções apropriadas nos doentes.

Sempre que uma prescrição dá entrada no sistema informático, é verificada quanto a potenciais problemas e quando completa, enviada directamente à farmácia para verificação. Doolan & Bates (2002) estimam “que cada vez que uma prescrição é

transcrita, há 15% de probabilidades de ser introduzido um erro” (como citado em Van de Castle et al., 2004).

Estas aplicações informáticas que permitem a verificação da informação e a prescrição electrónica destacam-se por serem um instrumento único normalizado. Acolhem e passam as prescrições pelos profissionais envolvidos no processo de administração de medicação, o que desde logo garante clarificação da informação que é disponibilizada pelo sistema.

3.3.1 A Dose Unitária no Sistema de Prescrição Electrónica

A prescrição electrónica veio revolucionar, no meio hospitalar, a forma como a medicação prescrita é reconhecida, validada e distribuída nos serviços. Esta funcionalidade permite uniformizar o sistema de administração de terapêutica hospitalar tornando-o mais fiável, eficaz e seguro. Segundo o Manual de Enfermagem do Utilizador – CPCHS (n.d.) o sistema funciona com base na prescrição do médico no Sistema de Apoio ao Médico - SAM, sendo depois validada pela farmácia, que envia o medicamento na dosagem certa ao serviço, de acordo com os requisitos da unidade. O enfermeiro, que prepara e administra a medicação ao doente, faz mais uma vez a confirmação e regista, após a administração no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SAPE. Para o registo das prescrições, administração de medicamentos e de outros actos médicos e de enfermagem, é necessário equipamento informático suficiente para que os profissionais possam aceder ao sistema atempadamente. Deste modo, cada episódio fica registado em tempo útil, dispensando-se a consulta do processo individual do doente em papel, podendo também diminuir a possibilidade de erros ao nível do medicamento prescrito, dosagem ou quantidade. Contém ainda funcionalidades que permitem cruzar os dados de cada doente, individualmente, emitindo alertas, por exemplo, em caso de alergias ou complicações noutras episódios de internamento do doente. A prescrição electrónica tem como finalidade conferir maior segurança a todo o sistema

de administração de terapêutica, concedendo-lhe maior fiabilidade, melhor rastreabilidade e poupança de trabalho, nomeadamente para a equipa de enfermagem, dando as transcrições lugar a um efectivo controlo da medicação. Por outro lado, com este sistema, prevê-se uma redução substancial dos stocks farmacêuticos nos serviços, o que é uma vantagem ao nível da gestão de recursos.

A prescrição electrónica é disponibilizada por uma aplicação informática que está disponível num cada vez maior número de instituições de saúde em Portugal. Tendo em consideração o documento do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde – IGIF (n.d.) sobre a prescrição electrónica para hospitais do Sistema Nacional de Saúde, esta permite uma acessibilidade em tempo útil ao histórico das prescrições feitas ao doente internado pelo médico, enfermeiro e farmacêutico e a possibilidade do médico fazer a prescrição de medicamentos a doentes internados com previsão de registos de: prescrição para administração em SOS e prescrição urgente; prescrição de itens não medicamentosos (ex: aspiração de secreções, reforço da ingestão hídrica); notas para distribuição e/ou administração acompanhadas (ex: alertas de doses máximas, interacções). Disponibiliza toda a informação sobre o medicamento para ajudar na escolha do mesmo, incluindo pesquisa inteligente, cruzando informação disponível na base de dados do medicamento com o histórico do doente e possibilita uma gestão gráfica e intuitiva do calendário de prescrição.

4. A DIMENSÃO DO ERRO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Reason (1990) define o erro como “qualquer situação em que uma sequência planeada de actividades mentais ou físicas não atinge o fim proposto e quando essa falha não pode ser atribuída ao acaso e implica a existência, não de um gesto automático, mas de um plano.” (como citado em Ballard, 2003)

Como foi referido anteriormente, não existem dados concretos que se reportem à população portuguesa, sobre a dimensão do erro nas organizações e serviços de saúde. Existem apenas algumas estatísticas, das quais faz parte a referência anterior. Contudo (Weingart, Callanan, Ship & Aronson, 2000) reforçam que “quanto mais perto examinamos a prestação dos cuidados de saúde mais erros encontramos”. Consideram ainda que “doentes com patologias mais graves, sujeitos a múltiplas intervenções, que permanecem no hospital mais tempo, têm mais possibilidades de serem alvo de danos em resultado de erros...” (como citado em Fragata e Martins, 2005, p.32). Obviamente que a exposição contínua aos cuidados expõe igualmente os utentes aos seus prestadores, o que não exclui a falibilidade aliada ao ser humano. Quanto mais invasivos, complexos, imprevisíveis e aleatórios forem os cuidados maior é o risco de acontecimento de um erro. Por outro lado os trabalhadores da saúde organizam o seu trabalho em tarefas mais ou menos metódicas, sistemáticas e rotineiras que procuram dar resposta a necessidades particulares de cada indivíduo. Esta estruturação e planeamento dos cuidados serve para a sua organização, sendo que, durante a sua prossecução, surgem múltiplas e imprevisíveis contingências. Estima-se que durante a prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente na administração de fármacos, os enfermeiros sejam interrompidos e chamados a intervir inúmeras vezes, quer por solicitações de colegas ou outros profissionais, quer pelos doentes e familiares. Esta é uma das faces responsáveis pelas falhas, no entanto deve ter-se em consideração a fiabilidade da organização em que o profissional actua,

considerando que no processo de errar se firma a vertente do indivíduo e a do sistema.

4.1 ETIOLOGIA DO ERRO

Pepper (1995) afirma que “um indivíduo raramente é a única causa de um erro (...) e que os erros deveriam ser considerados como falhas de sistemas, ao invés de falhas do indivíduo” (como citado em Cassiani 2000; p.24) Este autor pretende dar relevância ao erro na óptica do sistema, não ilibando de todo o indivíduo pela falha cometida. Ainda hoje, na perspectiva de Fragata e Martins (2005) os danos resultantes do cometimento de erros são avaliados à luz da culpabilização de um indivíduo, como se este se encontrasse isolado do meio em que o erro ocorreu. Esta atitude não serve à prevenção porque apenas impediu que um só indivíduo errasse de novo, enquanto permitirá que outros mantenham a trajectória potencial de erro e voltem a cometer erros do mesmo tipo.

A abordagem sistémica permite avaliar o sucedido de uma forma pragmática, não servindo para justificar erros, mas para os contextualizar, de lhes dar forma, para que possam ser entendidos numa tónica global, como refere Fragata e Martins (2005) corrigindo à posteriori “os circuitos em falta, e promovendo os mecanismos de segurança que tornassem menos provável que outros errem e, caso errem, permita que os erros cometidos causem o menor dano possível” (p.41).

4.1.1 Abordagem Individual do Erro

Esta perspectiva de gestão do erro assume o seu enfoque no fim da cadeia de prestação de serviços, isto é, nos que contactam directamente os doentes: enfermeiros, médicos, cirurgiões, anestesistas, farmacêuticos. (Fragata e Martins, 2005), ou seja àqueles que se encontram na linha da frente da efectivação dos cuidados. As falhas, omissões e erros são atribuídos a processos mentais (falta de

atenção, falta de cuidado, baixo nível motivacional) inculcando total responsabilidade ao indivíduo e sua condição de trabalhador.

De acordo com Fragata e Martins (2005) existe uma tendência forte para considerar que os actos inseguros são cometidos porque os indivíduos optaram por acções inseguras. Esta abordagem considera as pessoas do ponto de vista individual, como agentes livres e capazes de escolher entre comportamentos seguros e não seguros. Ainda segundo esta visão reduccionista, actos incorrectos são cometidos por pessoas incorrectas, o que pela simples generalização contribui para mascarar situações, que são sempre complexas.

4.1.2 Abordagem Sistémica do Erro

Na visão do ICN (2002), “as intervenções de cuidados de saúde pretendem o benefício o público, havendo no entanto elementos de risco que potenciam que os erros e os eventos adversos ocorram devido à combinação complexa dos processos, das tecnologias e dos factores humanos relacionados com o cuidado de saúde. Um evento adverso pode ser definido como o dano ou o ferimento causado pela gestão da doença do indivíduo por profissionais de saúde mais do que pela doença subjacente ou pela condição própria do paciente. As ameaças comuns à segurança do doente incluem erros de medicação, infecções adquiridas hospital, exposição a doses elevadas da radiação e uso de medicinas contrafeitas. “

Embora os erros humanos possuam o seu papel nos eventos adversos sérios, há geralmente os factores inerentes ao sistema, que se conduzido correctamente impediria os erros. Portanto, para que determinado erro aconteça, não contribuem apenas atitudes ou práticas de cariz individual. A pessoa que age no ambiente da prestação de cuidados está envolta numa matriz institucional, age mediante regras, protocolos e condicionantes da organização. Nesta, existem defeitos, nos quais esse indivíduo actua e desenvolve o seu trabalho. Esta situação pode propiciar o erro. Por

exemplo, quando uma enfermeira por cansaço não ouve a chamada de um doente, na sequência de vários turnos que tem feito no serviço, para colmatar a falta de recursos de profissionais de enfermagem naquele serviço. Como é lógico e compreensível, a sua actuação não pode ser dissociada das condições em que trabalha. Um outro exemplo relaciona-se com problemas no equipamento de monitorização dos parâmetros vitais do doente, aos quais, por problemas na área do aprovisionamento não são solucionados com a devida precaução, ou pior, quando o equipamento se encontra já obsoleto mas ainda em utilização...

Segundo esta abordagem, o erro humano é visto como uma consequência em vez de ser percebido como uma causa. Os erros manifestam apenas a presença de condições latentes que não operam com eficiência naquela organização.

Neste sentido, é importante olhar a ocorrência de eventos que conduzem a erros, considerá-los como sintomas de falibilidade do sistema e analisá-los friamente compreendendo todo o envolvimento da organização e a necessidade de medidas pró-activas de segurança, bem como a importância de reformas contínuas na organização.

4.2 TIPOLOGIA DO ERRO

Como já foi referido, o erro supõe a existência de um plano, sendo que este é composto por uma fase de projecto (de planeamento) e uma fase final, de execução. Em ambas as fases o erro pode ter lugar. Aos tipos de erro associam-se as formas que estes assumem:

- a) Erros de Execução – Lapso: consideram que “um lapso é um erro em que o indivíduo tem noção do que deve fazer, age correctamente, mas o resultado não é o que se esperava”. (p.48) Um exemplo concreto é quando, um enfermeiro após ter detectado que um doente estava hiperglicémico, consulta

o esquema terapêutico de insulino terapia daquele indivíduo, prepara a dose certa de insulina na seringa mas em vez de administrar utilizando uma seringa subcutânea, utiliza uma seringa intradérmica.

- b) Erros de Planeamento – Engano: Fragata e Martins (2005) definem “um engano é um erro mais sustentado e corresponde ao formular de uma intenção – decisão errada, pelo que acção resultante é a acção errada”. (p.48) Este tipo de enganos podem corresponder a conhecimentos insuficientes ou a informação incompleta, falta de experiência ou falha de memória. No momento, a decisão parece a mais adequada, provando ser no entanto a decisão errada. Quando um enfermeiro após ter admitido uma doente operada, lhe avalia a tensão arterial e verifica que a doente se encontra hipotensa, a posiciona em trendlenbourg, não vigiando o penso e o dreno.

Os lapsos estão usualmente relacionados com a destreza e resultam de falhas de memória sobre procedimentos automatizados, que não pressupõem existência de um plano prévio. É o caso de uma punção venosa que falha o alvo e em vez de atingir uma veia, atinge uma artéria, não resultando com isto um dano grave para o doente, visto que será apenas necessário realizar compressão durante vinte minutos na região puncionada. Por outro lado, os enganos presumem um mau planeamento, má aplicação de regras, como no caso de uma enfermeira que observou a chegada dos familiares de um doente, tristes e chorosos com a sua situação clínica. Logo após a saída das visitas, o doente chama a enfermeira e diz que sente dor no peito e que não está a conseguir respirar bem, situação que já se havia repetido, e que noutros episódios anteriores, revertia após alguns minutos. A enfermeira associa então o estado actual à presença dos familiares e à carga negativa que haviam transferido para o doente. Não avalia contudo os parâmetros vitais e a situação clínica do indivíduo agrava-se. Nestas condições verifica-se que o doente se encontra com alterações do padrão respiratório, com baixas saturações periféricas de oxigénio e com taquicardia, optando-se de imediato por contactar o médico.

Podem ocorrer igualmente enganos por má utilização do conhecimento. Na situação anterior a enfermeira não percepcionou a situação correctamente e fez uma simples associação de informações de que dispunha, tendo realizado uma incorrecta identificação do problema, não por falta de conhecimentos relativamente à sintomatologia do enfarte mas porque como explica Fragata e Martins (2005) se limitou a “aplicar uma regra pré-estabelecida, evitando recorrer a formas elaboradas de raciocínio dedutivo” (p.50). Recorreu portanto à regra do menor esforço, à associação da situação presente a outras, com semelhantes características (mesmas queixas) que já se haviam repetido. Na fase de execução, após ter tomado uma decisão sobre o que fazer, acalmou o doente, procurou tranquilizá-lo, embora não tivesse esta atitude sido suficiente para que o doente ficasse bem. Fragata e Martins (2005) mencionam que “a solução mais simples é a aplicação de uma regra que, por experiência se sabe que resultou bem numa situação idêntica ou aproximada” (p.53).

As violações são erros em que não foram cumpridos determinadas normas de actuação previstas para uma dada situação. Implica uma escolha de um comportamento que não é o habitual e consensual para o efeito. Na maioria dos casos os indivíduos violam regras, não intencionalmente, mas porque é mais fácil, dá menos trabalho...Existem exemplos que ilustram como a ergonomia e o desenho dos sistemas pode evitar enganos e promover a segurança do doente, como a existência de conexões incompatíveis nas unidades dos doentes, que ao permitirem ligação entre si provocariam graves erros com consequências humanas drásticas. A negligência vem lado a lado com a violação.

Fragata e Martins (2005) designam como negligência “qualquer atitude que assente na violação de regras estabelecidas como aceitáveis e desejáveis numa determinada situação” (p.320). Um comportamento assente em violações como este é indesculpável.

Existem portanto, segundo Fragata e Martins (2005) eventos preveníveis, que resultam de um erro, potencialmente preveníveis, em que uma alta incidência deste tipo de eventos revela um baixo nível de cuidados ou competência técnica, como é o caso das úlceras de pressão e os eventos não preveníveis que resultam de uma qualquer complicação que não pode ser prevenida no actual estado de conhecimento.

4.3 DO ERRO AO ACIDENTE

De acordo com Fragata e Martins (2005) num sistema complexo existem sempre elementos de vulnerabilidade que residem na própria estrutura do sistema e que facilitam ou potenciam a ocorrência de erros e que representam de facto a morbilidade do sistema. Podem relacionar-se com decisões tomadas por parte de elementos responsáveis, a nível da chefia ou da execução técnica.

Determinados actos incompletos ou que por outros motivos se revelem menos seguros podem potenciar a existência de erros. Estes podem suceder devido a factores humanos activos que se combinam com falhas latentes do sistema operativo de cuidados e que são cometidos pelos profissionais que prestam cuidados na “linha da frente”.

Os acidentes (fenómenos descontínuos) resultam na maioria dos casos, de uma sucessão, encadeamento, e conjugação de “episódios ou eventos adversos”, que resultaram ou não em erros. O estudo da ocorrência de “quase erros”, permite detectar erros e prevenir acidentes. Estes eventos adversos são praticamente invisíveis dado que não causam danos relevantes, passando por isso despercebidos.

A consciência de que é possível evitar um acidente e acautelar a segurança do doente é fundamental e passa por identificar os que já aconteceram, desconfigurá-los até chegar aos eventos adversos (lapsos, enganos, violações) que ocorrem antes do acidente. Decorre desta consciência o reconhecimento de que para que estes

procedimentos aconteçam é obrigatório reportar os erros, os eventos adversos, para que possam ser trabalhados com o objectivo de aprender...

Na perspectiva de Fragata e Martins (2005), trata-se de inculcar nos cuidados de saúde e nas organizações que os prestam uma verdadeira cultura de risco e de segurança, que proceda à gestão do risco clínico passando por aceitar que acidentes acontecem, não isoladamente, não individualmente, mas como resultado de trajetórias complexas de erros ou de falhas, na sua maioria evitáveis

4.4 ABORDAGEM DO ERRO À LUZ DA ÉTICA

O ICN (2000), através do seu código de ética para enfermeiros, diz que estes têm “4 responsabilidades fundamentais: promover a saúde, prevenir a doença, restaurar a saúde e aliviar o sofrimento. A necessidade de cuidados enfermagem é universal. Está inerente à enfermagem o respeito pelos direitos humanos, incluindo o direito à vida, à dignidade e a ser tratado com respeito. Os cuidados de enfermagem não contemplam restrições quanto à idade, cor, credo, cultura, incapacidade ou doença, género, nacionalidade, política, raça ou estatuto social. Os mesmos são prestados à pessoa, à família e à comunidade, coordenando os seus serviços com os grupos afins”.

Em presença de um erro há sempre a considerar diferentes pontos de vista. Fragata e Martins (2005) consideram “em primeiro lugar o da vítima, o doente, que é lesado fisicamente e defraudado, moralmente nas suas legítimas expectativas de melhoria ou de cura. Em segundo lugar, o do, ou dos profissionais envolvidos (...) Finalmente existem os familiares do doente, os responsáveis institucionais, a opinião pública e a sociedade em geral” (p.273). E para Thompson et al (2004) “o doente, tem direito a ser encorajado e a “obter dos médicos e outros prestadores directos de cuidados, informação actualizada e compreensível relativamente ao diagnóstico, tratamento e prognóstico” (p.404). O doente tem por isso direito à verdade sobre tudo o que o

envolve. Se sobre si foi praticado um erro, pelo princípio ético da justiça, ele tem direito a ter conhecimento do mesmo e a ser reparado fisicamente e indenizado pelos danos causados. A Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina (n.d.) configura que “qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ser efectuada depois da pessoa em causa dar o seu consentimento de forma livre e esclarecida”. Quando um doente dá o seu consentimento informado presume que está e vai ser informado de tudo o que se irá passar e fá-lo numa base de confiança. Esta relação, tendo em conta os cuidados de enfermagem que se vão prestar, baseia-se na responsabilidade fiduciária, que significa que “alguém está confiado aos nossos cuidados, que se entrega voluntariamente aos mesmos e que confia.” (Thompson et al, 2004, p.80) Pressupõe-se assim, na relação enfermeiro-doente um “contrato de cuidar e ser cuidado”. Thompson et al (2004) referem que “o dever legal do cuidar dos enfermeiros (...) deriva da natureza do contrato implícito ou real entre os prestadores de cuidados e aqueles de quem eles cuidam ou que lhes confiaram as suas vidas. (...) O não cumprimento do dever de cuidar enquanto profissionais não só pode ser moralmente condenável por quebra de confiança, como alvo de um processo judicial” (p.110).

Sempre que se omite a verdade, esta situação contribui para deteriorar a relação de confiança com o doente e com a sociedade, pelo cariz da profissão que os enfermeiros exercem. É em todas as situações muito difícil lidar e admitir o erro, ainda mais profissional e que envolve pessoas, quer pela natural frustração, quer pela inevitável comparação com o desempenho de outros colegas, seja ainda pelo receio de má reputação, incriminação, culpabilização, condenação...Há uma consciência pesada naquele que provocou danos num ser humano que confiou nele e nos cuidados que oferecia, há a frustração, o peso individual e social. Fragata e Martins (2005) acreditam que esta “cultura de culpabilização individual pelo erro cometido e a condenação decorrente, seja ela hierárquica, institucional, ou a divulgação pública (...) fazem com que em torno do erro se criem reacções de ocultação e de fuga, que só são naturais.” “A culpabilização compensa socialmente e faz notícia fácil, mas não é a

forma mais séria de abordar este tipo de casos e não contribui para facilitar a confissão espontânea.” (p.277, p.279)

Reason (1997) pensa que seria benéfico adoptar uma política de avaliação de erros que considere “maus sistemas e boas pessoas” transferindo a culpa mais para o sistema e menos para os indivíduos (como citado em Fragata e Martins, 2005, p.278). Para Fragata e Martins (2004) esta teoria baseada na abordagem sistémica dos erros, facilitará a confissão voluntária dos erros por parte de quem os comete, fazendo uma comparação do campo da saúde ao campo da aviação onde os erros são cada vez mais controlados e monitorizados prevenindo-se assim acidentes e danos humanos.

Na perspectiva de Fragata e Martins (2005) é essencial distinguir os “erros honestos” e os erros por violação de regras, ou por negligência. Ambos são erros cometidos por pessoas e se os primeiros podem ser desculpáveis os segundos não. Onde há um erro não existe necessariamente negligência, dado que errar é, não só humano, como muito frequente.

Para além de relatar o erro cometido, o enfermeiro deve comunicar também erros cometidos por colegas e membros da equipa multidisciplinar, salvaguardando o anonimato. A atitude do enfermeiro que oculta tal informação, não serve a causa do doente, nem o prestígio da profissão, pelo que o seu dever ético e legal é denunciar esses casos aos superiores para que se tomem medidas. Não se trata de romper a lealdade com outros profissionais, mas salvaguardar os direitos dos doentes e o seu direito à verdade.

De acordo com Fragata e Martins (2005) e reportando-nos ao erro de enfermagem, em caso deste se verificar, o profissional deve procurar inteirar-se de forma completa e segura do que sucedeu e qual é a situação actual; tem a obrigação moral e ética de dizer toda a verdade ao doente e familiares directos; ter um discurso sincero e honesto explicando que erros acontecem e que tudo será feito para remediar, dentro

do possível os danos causados; aceitar a responsabilidade pelo resultado mas evitar a culpabilização; se o erro foi remediado, deve comunicar-se ao doente o mesmo após tudo ter passado e se encontrar estável; nunca evitar o contacto, deve-se mostrar empenho em assistir com a maior disponibilidade; documentar no diário de enfermagem toda a evolução do indivíduo e referir as conversas importantes com os familiares.

Dizer a verdade, no momento e no local certos, mantendo uma atitude coerente e uma presença constante entre o doente e a família, são do ponto de vista ético e humano, as melhores formas de compensação, em caso de erro. A responsabilidade não se ausenta e a atribuição de culpas mantém-se sob a competência dos tribunais.

5. A VERTENTE MAIS ESTUDADA DO ERRO EM ENFERMAGEM – O ERRO DE MEDICAÇÃO

O National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Preventing - NCC MERP (1998) define erro de medicação como um qualquer evento evitável no qual o uso inadequado da medicação pode prejudicar o paciente enquanto a medicação está sob o controle dos profissionais de saúde, doentes, ou consumidor. Esses eventos podem estar relacionados com a prática profissional, cuidados de saúde prestados, produtos usados, procedimentos e sistemas, incluindo a prescrição, comunicação da ordem, etiquetagem dos produtos, embalagem e nomenclatura, composição, fornecimento, distribuição, administração, educação, monitorização e utilização.

O **erro de administração de medicação** é a face do erro na prestação de cuidados de enfermagem mais visível e que mais consequências determina, sendo portanto aquela que mais é noticiada e por conseguinte, estudada. De acordo com o ICN (2005), na sua posição sobre a segurança do doente, e na sequência de um estudo efectuado: “médicos, administradores e enfermeiros, reconhecem que a segurança do doente é sobretudo uma responsabilidade da enfermagem”. A vigilância dos enfermeiros protege os doentes de práticas inseguras.

Segundo Benner et al (2002) “a indústria dos cuidados de saúde tem muito a aprender ao investigar o papel dos enfermeiros na prevenção, detecção e estrutura dos erros” (p.509). Liang (2001), citado por Benner et al (2002) refere que: os erros em saúde definem-se como: “engano, ocorrência inadvertida ou evento involuntário na prestação de cuidados, que pode ou não resultar em dano para o paciente” (p.509).

O erro de medicação, nomeadamente aquele a que se reporta à administração, é a face do erro na prestação de cuidados de enfermagem mais visível e que mais consequências determina, sendo portanto aquela que mais é noticiada e estudada.

Para o ICN (2005), os **tipos de erros mais frequentemente referidos** são os erros de omissão (não administração de medicação prescrita), dosagem imprópria (dosagem da medicação, concentração ou quantidade diferente da prescrita), e medicação que foi administrada e que não foi prescrita. Por outro lado, um estudo conduzido por Cassiani, Carvalho, Chiericato & Miasso (1999) identificaram que o erro mais frequente foi a medicação administrada ao doente errado.

Tal como outros problemas de segurança, os erros de medicação surgem de erros humanos e/ou falhas no sistema. Este tipo de erro pode resultar de problemas de prática clínica, produtos, procedimentos ou sistemas. Outros factores como: deficiências na formação e má percepção do risco podem contribuir para a ocorrência de mais erros. Ainda na perspectiva do ICN (2005), e segundo estudos efectuados, no sistema de saúde, cerca de 60 a 80% das situações prejudiciais envolvem erro humano. De qualquer forma, afirmar que os acidentes acontecem devido a falhas humanas, não deveria conduzir à culpabilização e humilhação das pessoas. Estas são reacções comuns quando se verificam erros, acrescentando-se ainda o castigo. Porém é improvável que os erros aconteçam devido a um único acto de um profissional de saúde. Culpar o indivíduo não é sequer uma forma de impedimento da repetição do erro, não contemplando os factores de risco subjacentes. O problema da segurança do doente em meio institucional de saúde não se encontra nos maus profissionais do sector, mas nos maus sistemas, que também eles precisam de se tornar mais seguros. O ICN (2005) apoia uma abordagem a todo o sistema, baseada na transparência e comunicação pró-activa, não culpando e responsabilizando o trabalhador individual, e incorporando medidas que abranjam os factores humanos e de sistema em situações prejudiciais.

Uma forma correcta e apreciável de aprender com os erros de medicação e com todos os outros, é **relatar voluntariamente informações** através de um sistema de comunicação que melhore efectivamente a segurança dos doentes. As atitudes de reprovação que envolvem a culpabilização e humilhação presentes no actual sistema de saúde, não permitem que tudo seja relatado, não sendo possível posteriormente uma análise e compreensão da causa dos erros, nem a criação de sistemas de aprendizagem. Uma das abordagens utilizadas para fazer o relato dos erros e/ou acidentes é a análise dos incidentes críticos (ICN, 2005). Esta análise examina os casos prejudiciais para procurar averiguar onde é que o sistema falhou, o motivo pelo qual o erro aconteceu e quais foram as circunstâncias que rodearam o sucedido. Esta abordagem facilita a compreensão das condições que levaram ao erro real ou ao risco de errar e dos factores que contribuíram para tal situação.

É possível reduzir os erros de medicação, embora uma redução significativa dos mesmos implique numerosas intervenções e uma colaboração contínua entre a equipa de saúde e a gestão. Os erros humanos não se podem evitar em absoluto, mas, práticas individuais seguras acompanhadas de uma cultura organizacional de apreciação do risco, vigilância e adaptação podem reduzir a incidência de erros/acidentes e minorar as suas causas. A comunicação de retorno e a divulgação de informação pelos canais certos (sistemas voluntários de comunicação de erros), concedem a possibilidade de compreensão dos erros (pela análise dos eventos adversos e do erro em si) e fortalecem a estrutura do sistema, que se auto-credibiliza, que se torna mais fiável e competitivo.

Para esta percepção e para a evolução urgente que tem de se iniciar Henriques (2005) afirma que “muito têm contribuído os resultados dos que relacionam os ambientes pró-activos, o poder, a responsabilidade, a satisfação e a autonomia clínica e administrativa dos enfermeiros com estes e outros indicadores positivos de saúde, bem como o bem-estar das populações e dos próprios profissionais.”

O enfermeiro, embora não seja o responsável pela prescrição do medicamento, deve conhecer todos os princípios de administração, a fim de prevenir erros. Ainda assim, o sistema que permite administrar terapêutica ao doente envolve a participação de vários profissionais, entre eles, médicos (que a prescrevem), farmacêuticos (que a providenciam), auxiliares de acção médica (que a transportam) e enfermeiros (que a administram). O processo de administração de medicamentos culmina então com a administração propriamente dita, pelo enfermeiro ao indivíduo. Entende-se assim, que este processo reúne um vasto conjunto de actividades, planeadas e executadas por pelo menos 4 equipas de profissionais de saúde. O erro pode acontecer em cada fase do processo. Embora a concretização do mesmo seja levada a cabo pelo enfermeiro, podem ter sucedido lapsos ou eventos adversos no decorrer do processo, dos quais o enfermeiro não tem conhecimento. É nesta medida que se corre o risco que a responsabilidade pelos erros seja atribuída aos enfermeiros e não a falhas do sistema descrito.

Tal como outros problemas de segurança, os erros de medicação surgem de erros humanos e/ou falhas no sistema. Este tipo de erro pode resultar de problemas de prática clínica, produtos, procedimentos ou sistemas. Outros factores como: deficiências na formação e má percepção do risco podem contribuir para a ocorrência de mais erros. Ainda na perspectiva do ICN (2005), e segundo estudos efectuados, no sistema de saúde, cerca de 60 a 80% das situações prejudiciais envolvem erro humano. De qualquer forma, afirmar que os acidentes acontecem devido a falhas humanas, não deveria conduzir à culpabilização e humilhação das pessoas. Estas são reacções comuns quando se verificam erros, acrescentando-se ainda o castigo. Porém é improvável que os erros aconteçam devido a um único acto de um profissional de saúde. Culpar o indivíduo não é sequer uma forma de impedimento da repetição do erro, não contemplando os factores de risco subjacentes. O problema da segurança do doente em meio institucional de saúde não se encontra nos maus profissionais do sector, mas nos maus sistemas, que também eles precisam de se tornar mais seguros. O ICN (2005) apoia uma abordagem a todo

o sistema, baseada na transparência e comunicação pró-activa, não culpando e responsabilizando o trabalhador individual, e incorporando medidas que abranjam os factores humanos e de sistema em situações prejudiciais.

5.1 CAUSAS E FACTORES CONTRIBUTIVOS DO ERRO DE MEDICAÇÃO

Estudos efectuados sobre esta problemática evidenciam a ocorrência de erros nestes processos. As causas associadas a estes erros podem estar relacionadas com factores ambientais como: barulho, interrupções, fadiga, sobrecarga de trabalho, iluminação pobre, stock e armazenamento inadequado da terapêutica ou factores individuais, como: falta de atenção, falhas de memória, inexperiência, deficits na formação profissional ou falha na comunicação, problemas nas políticas e procedimentos. (Cassiani, 2006b)

O NCC MERP (1998) elaborou um documento que fornece uma taxionomia dos erros de medicação que deve ser utilizada em combinação com sistemas de análise no registo e encaminhamento dos erros de medicação. Propuseram a criação de uma linguagem standardizada pela categorização e o desenvolvimento de uma estrutura de dados de erros de medicação relatados para utilizar no desenvolvimento de bases de dados que analisem os relatos de erros deste tipo.

A eficácia da taxionomia e a análise resultante dos relatos de erros de medicação depende da quantidade e qualidade dos dados reunidos através dos relatos obtidos. Para uma aplicação óptima da taxionomia, deve ser incluído o máximo de informação possível no instrumento. Contudo, se toda a informação descrita na taxionomia não está toda reunida, a informação disponível deverá ser categorizada.

No que refere à etiologia dos erros de medicação, devem ser indicadas as causas relatadas como estabelecido pela perspectiva daquele que relatou o incidente. As causas possíveis segundo a NCC MERP (1998) são:

1. Comunicação - falta de comunicação verbal e escrita – letra ilegível, uso de abreviaturas, uso de unidades de medida não métricas, palavras mal lidas ou não lidas...
2. Confusão com o nome do fármaco – confusão com o nome comercial do fármaco – confusão com o prefixo ou sufixo, termo semelhante a outro nome comercial ou a outro nome genérico (som ou palavra escrita).
3. Rotulagem errada ou confusa.
4. Factores humanos – deficits de conhecimento, deficits de performance, cálculo mal feito da dosagem ou da velocidade de infusão; erros do computador (selecção incorrecta realizada desde a lista fornecida pelo computador, programação incorrecta da base de dados, inadequada protecção para alergias ou interacções medicamentosas; erro na armazenamento/rearmazenamento; erros na preparação do fármaco, como: falha na activação do sistema de entrega, solvente errado, quantidade de solvente errada, errada quantidade de ingredientes activos adicionados ao produto final, erro na adição do fármaco; erros de transcrição: da original para outro papel; da original para o computador; stresse, fadiga, necessidade de dormir, comportamento intimidatório ou conflituoso.
5. Desenho da embalagem – inapropriada, confusão relacionada com semelhança em cor, forma e/ou tamanho de outro fármaco ou do mesmo mas com diferente dosagem.
6. Equipamento – avaria, selecção do equipamento errado (ex: usar uma bomba infusora em vez de uma seringa infusora), uso de sistemas inapropriadamente (para alimentação parentérica em vez de entérica), equipamentos de medida oral (seringas, copos, colheres).

No que refere aos factores contributivos, a NCC MERP (1998) indica variados itens:

- Luminosidade inadequada;
- Nível de barulho elevado;

- Interrupções frequentes e distrações;
- Falta de treino;
- Pessoal;
- Falta de disponibilidade dos profissionais de saúde (médicos, outros profissionais de saúde aliados, farmacêuticos, enfermeiros);
- Atribuição ou colocação de um provedor de cuidados de saúde ou pessoal inexperiente;
- Sistemas adoptados para cobertura de cuidados de saúde (ex: rotatividade de pessoal excessiva e cobertura por empresas de contratação, como médicos ou outros profissionais de saúde aliados, farmacêuticos, enfermeiros);
- Políticas e procedimentos;
- Sistemas de comunicação entre profissionais de saúde;
- Aconselhamento dos doentes;
- Piso para o stock;
- Formulários para pedidos de medicação.

De acordo com Benner et al. (2002) “os erros práticos cometidos por enfermeiros podem causar danos nos pacientes, famílias, restante equipa, sistemas e profissão” (p.509). Após a análise de 21 estudos de caso referentes a erros praticados por enfermeiros, Benner et al. (2002) desenvolveram uma taxonomia de erros de enfermagem com o intuito de os identificar, para que as suas múltiplas causas possam ser deduzidas da forma como o erro foi definido. Oito categorias de erros de enfermagem representativos de uma larga mostra de possíveis erros e factores causais ou contributivos foram identificados: “falta de atenção, falta de acção; juízo inapropriado; falta de intervenção a favor do doente; erros de medicação; falta de cautela/prevenção; esquecimento ou mal-entendido relativamente a ordens dadas; erros de documentação” (p.509). Em todas estas categorias, causas de responsabilidade prática, individual e sistémica foram identificadas.

Benner et al. (2002) salienta que o problema da falta de atenção é particularmente relevante, uma vez que a segurança do doente depende da atenção do enfermeiro à condição clínica do doente. Este problema pode ser causado, segundo esta autora, por falta de recursos humanos, grande rotatividade de pessoal ou turnos que se desenrolam de forma imprevista, associados a descompensação dos doentes em estado crítico, sem aumento do número de enfermeiros necessário. Em concomitância à falta de atenção estão a pobre monitorização de ritmos de infusão endovenosos, infusão de diluições erradas, insuficiente supervisão na monitorização das necessidades dos doentes.

Com respeito aos erros de medicação, neste estudo, Benner et al (2002), destacam que os actos da prática de enfermagem fazem esperar que os enfermeiros não desprezem e intervenham previamente à administração de qualquer prescrição médica inapropriada. A prevenção e detecção de potenciais erros de medicação é uma função fundamental dos enfermeiros que é legítima e esperada. Os enfermeiros agem como intermediários entre os doentes e outros profissionais de saúde. Benner (2005) refere ainda que se espera que os enfermeiros “se apercebam do que é necessário fazer para prestar ao paciente os melhores cuidados, mais do que simplesmente seguir à risca as prescrições médicas, mesmo que essa atitude possa causar problemas” (p.141).

Benner (2005) considera que as enfermeiras “sabem por experiência que errar é humano (...) portanto, são capazes de agir segundo a sua própria opinião e estão preparadas para fazê-lo” (p.140).

5.1.1 A Comunicação como Causa Latente dos Erros

Tendo em consideração que o sistema de medicação é um sistema complexo, no qual interagem diferentes equipas de saúde de modo interdependente, uma das mais importantes medidas para garantir a qualidade e a segurança assistencial passa por

garantir um canal de comunicação eficaz. Na perspectiva de Cassiani et al. (2007) a comunicação envolve relações interpessoais que frequentemente podem estar sujeitas a problemas e dificuldades. No que refere à administração de medicação, os problemas de medicação que podem gerar actos inseguros, pertencem a três categorias: falhas no sistema em que o canal de comunicação não existe, não está a funcionar ou não é regularmente utilizado; quando o canal de comunicação existe mas a informação não é transmitida; falhas na recepção, quando o canal de comunicação existe, a mensagem foi enviada correctamente mas o receptor, interpretou-a de forma errada ou com atraso.

Segundo o Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations (2008), as falhas de comunicação foram a principal causa em mais de 60% dos eventos adversos ocorridos no ano de 2006. Desde 30 de Setembro de 2007, foram revistos 4693 eventos adversos pela JCAHO, dos quais 3173 (67,6%) ocorridos em hospitais gerais, sendo que 438 (9,3%) eram erros de medicação.

Os resultados do estudo realizado por Cassiani et al. (2007) indicaram que o erro de prescrição foi apontado como o de maior ocorrência (29% dos relatos), associando-se à dificuldade de leitura e incompreensão da letra do médico prescritor. Por outro lado, foi possível observar neste estudo, a existência de problemas de comunicação entre as equipas de farmacêuticos, enfermeiros e médicos no que refere a: divergências de opinião quanto à existência ou não de medicamentos em stock nos serviços, preenchimento de requisições ou falta destas para o fornecimento de medicamentos como antibióticos ou psicotrópicos. Em relação ao processo de preparação e administração dos medicamentos, foi referido neste estudo, que nas transcrições das prescrições não constava o nome do doente, apenas o número da cama onde se encontrava internado, o que constitui um dado insuficiente devido à grande rotatividade de doentes nos serviços. Foi ainda observado que, este processo de administração de terapêutica era realizado à tarefa, ou seja, um enfermeiro transcrevia, outro preparava e outro administrava ao doente, provocando múltiplas

transferências de informações, o que pode gerar erros de medicação. Outro facto observado foi a administração dos fármacos ocorrer sem que o enfermeiro falasse com o doente, chamando-o, no máximo, pelo nome. Ao serem analisados os registos de enfermagem, constatou-se que apenas 45,4% dos medicamentos não administrados apresentavam justificação.

Cassiani et al. (2007) constataram que as “prescrições de medicamentos incompletas e com abreviaturas não padronizadas levam à incompreensão das mensagens enviadas; falhas no preenchimento de requisições e formulários levam ao não fornecimento de medicamentos ao doente; falhas no fornecimento de informações entre as equipas dos diferentes processos respeitantes ao sistema de medicação, uso de etiquetas de identificação dos fármacos incompletas, assim como falta de comunicação entre as equipas e os doentes, fazem com que as informações relevantes deixem de ser transmitidas” (p.275).

Em relação à frequência dos erros, e de acordo com Leape (1995) 39% dos erros ocorrem na prescrição, 12% na transcrição, 11% no processo de distribuição e 38% no processo de preparação e administração da terapêutica (como citado em Cassiani et al., 2006a)

6. O AMBIENTE E CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO DOS ENFERMEIROS

Segundo Page e Opara (2004) o trabalho da equipa de enfermagem que presta cuidados directos aos doentes inclui, tanto actividades visíveis como não visíveis. As visíveis são aquelas acções físicas observadas pelos doentes e outros, e frequentemente retratadas nos meios de comunicação social, como: ajudar um paciente a caminhar, administrar medicação e tratamentos e educar os pacientes acerca das suas doenças e terapias. O trabalho invisível incorpora conhecimentos apreendidos através de educação formal e subsequente complemento da prática. Nestes estão incluídos avaliação do estado de saúde do utente, vigiar e detectar quando é necessária uma alteração da terapêutica e integrar as necessidades de cuidados de saúde individuais de cada doente, com a intervenção de uma variedade de diferentes prestadores de cuidados de saúde para elaborar um plano feito à medida das necessidades particulares do doente. Enquanto algumas acções de avaliação, monitorização e planeamento de actividades podem ser visíveis, (ex: uma enfermeira que vigia o traçado cardíaco ou ausculta o coração do doente) os processos cognitivos não são visíveis. Frequentemente, quando uma enfermeira aparenta estar a desenvolver uma actividade visível, tal como higienizar um doente, ele ou ela, está na realidade a realizar numerosas tarefas invisíveis tais como, vigiar a pele do doente fazendo o despiste de má oxigenação, avaliar a integridade da pele em busca de sinais de alterações, envolver o doente numa conversa para avaliar a sua condição psicológica ou educar o doente acerca da sua condição ou doença e da forma como a deve gerir.

Determinado pelo prescrito, o trabalho nas enfermarias tem como finalidade o tratamento do doente até que este possa ser realizado no domicílio. O trabalho do enfermeiro tem como finalidade o auto-cuidado, a gestão da condição de saúde pelo próprio doente e família de forma sustentada, equilibrada e sedimentada pela formação e educação fornecida pelo enfermeiro. O tratamento nas enfermarias é

segmentado e atribuído a diferentes categorias profissionais chefiadas por um profissional da mesma formação, subordinados à direcção clínica. Os médicos prescrevem os procedimentos de diagnóstico e tratamento, determinando o trajecto que o doente desenvolverá durante o internamento de acordo com o diagnóstico realizado. As decisões quanto à terapêutica prescrita são inteiramente suas. As questões administrativas associadas aos procedimentos a desenvolver para assegurar resultados das prescrições (tais como, não haver seringas suficientes para a administração de fármacos endovenosos no dia) constituem uma preocupação dos enfermeiros. Os nutricionistas prescrevem as dietas com base no que os médicos solicitam. Designam a dosagem a ser administrada e acompanham a preparação da alimentação entérica. Os assistentes sociais actuam nas relações entre o doente, a sua família e o seu ambiente de vida, procurando sanar as dificuldades que a situação de doença e internamento pode trazer à vida social do doente. O enfermeiro organiza o trabalho de enfermagem, determina a divisão das tarefas entre os auxiliares e realiza alguns procedimentos terapêuticos. As secretárias de unidade elaboram o trabalho burocrático na organização de manuais, marcação de exames, organização e marcação de consultas. Os auxiliares de acção médica não têm formação específica em nenhuma área mas ajudam na execução de actividades da equipa de enfermagem e da equipa médica. Transportam a medicação preparada na farmácia em sistema de unidade para os serviços, transportam doentes para a realização de exames auxiliares de diagnóstico, auxiliam nos cuidados de higiene, levante e posicionamento dos doentes, sob a supervisão dos enfermeiros.

A análise aprofundada da divisão do trabalho e estratégias adoptadas pelos diferentes grupos profissionais sugere que as relações que se estabelecem nas equipas estão marcadas pela contradição entre o ideal de trabalho inter e multi-profissional em prol do doente e o elevado grau competitivo entre graus e categorias profissionais. Inevitavelmente, num ambiente em que as hierarquias estão delimitadas mas as barreiras entre elas pouco definidas, surgem conflitos mais ou menos visíveis.

Existe uma rígida separação, no trabalho prescrito, entre planeamento, gestão, concepção e execução. Isto leva a que haja uma concentração de poder, sobretudo nos responsáveis pelo planeamento e gestão dos cuidados prestados.

Sabe-se que um **processo de comunicação** eficaz é indispensável para a garantia da segurança do doente. Segundo Cassiani et al. (2006b) “falhas nesse processo podem resultar no agravamento da condição do paciente, atraso na sua recuperação e até mesmo em óbito” (p.527). A comunicação é portanto, fonte constante de problemas. Podem verificar-se problemas por exemplo, com a marcação ou a realização de exames, porque este não chegou a ser marcado ou o doente não está devidamente preparado para a sua realização, ou ainda vai fazê-lo mas surgiu uma intercorrência e chegará atrasado e o serviço onde se realizará o exame não foi informado e já não aceita o doente....São feitas transferências de doentes de camas para cumprir a distribuição de tiras para os médicos e por exemplo, a copa não é informada e a refeição vem trocada, o serviço de farmácia não sabe e envia para o número de cama onde o doente estava.... A comunicação pode ser perturbada pelas condições do ambiente, pela multiplicidade de funções dos trabalhadores envolvidos e pela inadequação do tempo reservado a receber e processar informação. Além da carga cognitiva, há uma carga psíquica que advém do reconhecimento e muitas vezes da consciência da incapacidade em atender a todas as solicitações. O trabalho nas enfermarias exige a percepção e a elaboração de informações complexas, em quantidades, por vezes, excessivas. A intensidade da carga cognitiva depende das fontes e frequência das informações, bem como da sua quantidade e densidade. Por outro lado, as cargas psíquicas estão fortemente relacionadas com o conteúdo do trabalho. No hospital lida-se com a vida e com a morte. O trabalho é frequentemente associado a uma missão. Além da falta de tempo para cumprir planos terapêuticos, surgem em concomitância problemas como: más condições dos equipamentos (os monitores cardíacos ou oxímetros de pulso que avariam e é necessário substituir e providenciar a sua reparação, camas sem grades de protecção), falta de medicamentos no stock e na unidose do doente que é necessário pedir a outros serviços (por

exemplo no turno da noite em que a farmácia se encontra fechada). A cooperação interdisciplinar é muitas vezes uma fachada e o que se verifica realmente é a cooperação dentro do mesmo grupo profissional. O relacionamento entre equipas é frequentemente mantido e continuado por relações pessoais entre equipas ou relações de trabalho sedimentadas por muitos anos de trabalho conjunto, podendo ser prejudicado pela rotatividade do pessoal.

Muitas vezes, para obviar a não realização do trabalho que se pretende e é desejável para bem do doente, o próprio trabalho é fraccionado, é realizado à tarefa, o que a médio prazo, gera monotonia. Esta solução parcela e desqualifica o trabalho, confere-lhe menos significado, menor peso e relevância. As tarefas são vistas individualmente, não como um conjunto de actividades que objectivam uma melhoria clínica e a autonomia do doente face àquela situação de doença. A fragmentação do trabalho dificulta a percepção da totalidade do processo de prestação de cuidados. Por isso, as tarefas são descontextualizadas, quer no que respeita à situação clínica actual apresentada pelo doente, quer às intercorrências acontecidas, quer também a todos os aspectos a que só o seu enfermeiro responsável pode responder e pode actuar em conformidade. A organização do trabalho que fragmenta as tarefas e os trabalhadores reafirma as características individualistas e competitivas que atravessam a rede de relações no hospital. A tendência para se amenizar a carga de trabalho é sempre a divisão de tarefas pelos enfermeiros que os desconecta dos cuidados personalizados e integrados e da assistência completa ao doente.

Outra característica comum do trabalho dos enfermeiros são constantes **interrupções** no *continuum* do trabalho do enfermeiro geram sobrecarga devido à ansiedade e à necessidade de conceder atenção a quem interrompe. Todos participam no plano terapêutico do doente: farmacêuticos, médicos, familiares, pessoas significativas, auxiliares de acção médica, terapeutas... No entanto, essas interrupções propiciam erros, nomeadamente os que estão associados à preparação e

administração de fármacos e à divisão e fragmentação do trabalho. Num estudo realizado por Cassiani et al (2006a) foram relatadas interrupções constantes devido ao telefone, interferência de outros profissionais da equipa multidisciplinar, ou de colegas, dificultando a necessária concentração dos profissionais.

Inerente ao trabalho do enfermeiro existe também uma **descontinuidade entre o trabalho prescrito e o real**, que determina consequências que variam de caso para caso. Muitas vezes o que está prescrito não corresponde às necessidades de cuidados do momento, e portanto há que, primariamente, assegurar que o cuidado é prestado, neste caso, pelo enfermeiro. O desfasamento entre o trabalho real o trabalho prescrito gera por vezes um sentimento de falta de organização, de método ou disciplina. Na maioria dos casos o trabalho real passa a prescrito mas nem sempre tal acontece e o que fica documentado nem sempre corresponde ao que foi realmente realizado ao doente.

6.1 O PROBLEMA DA ESCASSEZ DE ENFERMEIROS E SUBSEQUENTE SOBRECARGA DE TRABALHO

O ICN (2002) pensa que “há uma evidência crescente que um número de enfermeiros inadequado nas instituições está correlacionado com o aumento de eventos adversos tais como quedas de pacientes, úlceras de pressão causadas por permanência dos doentes durante longos períodos de tempo no leito, erros de medicação, infecções nosocomiais e taxas de readmissão que podem conduzir a internamentos mais longos no hospital e a taxas aumentadas de mortalidade no mesmo. A falta de funcionários e o desempenho pobre do pessoal devido à baixa motivação ou habilidades técnicas insuficientes são também determinantes importantes da segurança do doente.”

“O cuidado de saúde desprovido de qualidade causa um número substancial de eventos adversos com impacto financeiro sério em despesas de cuidados de saúde.” (ICN, 2002)

Benner (2005), refere que “faltas intermitentes de pessoal e uma mobilidade significativa do mesmo aumentam a sobrecarga de trabalho das enfermeiras e levam a uma pressão suplementar, devido ao facto de trabalharem com um pessoal provisório e inexperiente” (p.152). Neste âmbito a possibilidade de acontecerem erros e acidentes é bastante acrescida e está relacionada quer com o nível de aumento de trabalho, quer com os recursos humanos menos experientes. Esta autora atribui às diferenças entre oferta e procura, um factor importante relativamente à avaliação dos cuidados de enfermagem. “Esta profissão é muito difícil de suportar e provoca stress, mesmo quando as circunstâncias são ideais; mas quando sofrem pressões suplementares, as enfermeiras devem mudar completamente os seus desempenhos e as estratégias que lhes permitam enfrentar as situações.” (Benner, 2005, p.152)

“Estudos recentemente realizados nos Estados Unidos que permitiram a quantificação do número de mortes e complicações evitáveis por cada doente adicional atribuído a um enfermeiro. Isto para não falar do aumento do número de erros, da demora média de internamento, do incremento do tempo e da diminuição do nível de recuperação, acrescidos da perda de dias de trabalho e de outros custos humanos e sociais, directos e indirectos, tangíveis e intangíveis.” (Henriques, 2005)

O ICN (2002) tem feito esforços para implementar um nível mínimo de profissionais de enfermagem e após ter realizado estudos, concluiu que: o ratio óptimo de trabalho atribuído a um enfermeiro é 4 doentes. Aumentando o ratio para 6 doentes, existe uma probabilidade acrescida de 14% de ocorrer morte desses doentes em 30 dias de internamento. Um aumento para 8 doentes significa um aumento de 31% na mortalidade. Um ratio mais baixo enfermeiro-utente determina “um número reduzido de infecções do trato urinário, pneumonia, hemorragias gastrointestinais”

(ICN, 2002) De acordo com este órgão, o risco de acontecimento de erros por parte dos enfermeiros, aumenta com um rácio elevado de doentes por enfermeiro e em climas organizacionais pobres no que concerne à gestão do risco clínico. Rogers et al (2004) citado pelo ICN, concluiu após um estudo centrado nas horas de trabalho dos enfermeiros (nomeadamente nos turnos seguidos) que a possibilidade de cometer um erro aumenta com as horas de trabalho e é três vezes maior quando as enfermeiras trabalham em turnos com 12 horas ou mais. No entanto o risco aparece logo após as oito horas e meia de trabalho contínuo. Trabalhar mais um turno após aquele que estava inicialmente planeado, aumenta a possibilidade de cometer pelo menos um erro.

Na opinião de Benner (2005), as situações agudas de falta de pessoal e a sobrecarga de trabalho criam um clima organizacional de crise. A insatisfação das enfermeiras e suas estratégias de acção, nestas condições de trabalho, realçam a insuficiência de cuidados, quando uma organização é deficiente e o pessoal insuficiente. “As enfermeiras fizeram notar que acreditavam que tudo se passava como se elas já não tivessem tempo para reflectir, aprenderem e aperfeiçoarem-se.” (Benner, 2005, p.154) Esta situação implica estar menos desperto para os eventos adversos, implica que a solicitação dos nossos cuidados seja mais frequente, porque os doentes e os familiares se sentem menos seguros, porque observam os profissionais, reparam como estão atarefados e sobretudo como não estão disponíveis e não os escutam. A pressão contínua, perpetua o elevado nível de mobilidade do pessoal (porque insatisfeito procura melhores condições de trabalho) e constitui uma fonte de insatisfação e de frustração para o pessoal que está presente. Os mais novos são deficientemente integrados e os mais experientes cada vez mais responsabilizados e sobrecarregados. Estes, embora “respondendo ao desafio lançado pela situação, acabam por frequentemente, sentir que fizeram pouco e demasiado tarde, nomeadamente no domínio das relações humanas. (...) O ambiente de trabalho destas enfermeiras não lhes dá qualquer apoio” (Benner, 2005, p.154)

Benner (2005) questiona-se assim, sobre o que acontece ao papel da enfermeira nestas condições. Além da escassa descrição de cuidados de enfermagem prestados aos doentes, mesmo quando não havia uma “crise”, as enfermeiras “não falavam dos doentes enquanto pessoas. Davam poucas informações sobre a identidade destes ou sobre o modo como interpretavam a sua doença.” “Apenas falavam dos períodos de crise porque era deles que se lembravam (...) e tiveram dificuldade em sentirem-se orgulhosas dos seus actos, porque fazê-lo significaria lançar o opróbrio sobre as suas condições de trabalho” (Benner, 2005, p.154).

De acordo com a autora supra citada, quando a sobrecarga de trabalho é demasiado significativa, o enfermeiro deve avaliar com rapidez quais são os cuidados cruciais e as necessidades de maior vigilância: avaliar o processo do doente, estabelecer prioridades e mudá-las frequentemente. A este dever associa-se o sentirem-se pouco à vontade face aos conhecimentos que possuem dos seus doentes (quando essa informação era solicitada, pelo médico, pelo farmacêutico, pelo familiar ou pelo colega de trabalho), e a insatisfação pelo facto de apenas poderem agir muito limitadamente e demasiado tarde. A relação terapêutica enfraquece-se e a segurança no que se faz e a quem se faz também: ”é claro que as enfermeiras não gostam de trabalhar nestas condições” (Benner, 2005, p.147).

Estas situações salientam a exigente e complexa natureza do papel dos enfermeiros no contexto do trabalho das instituições de saúde. Para se providenciarem cuidados contínuos e seguros exige-se coordenação e trabalho de equipa, mas para tal é necessário recursos, quer de equipamento essencial ao desenvolvimento e prática dos cuidados, quer humanos. “Embora uma melhoria na saúde seja um objectivo exigente por si só, uma saúde melhorada contribui e é essencial para o desenvolvimento económico. A ligação entre o investimento em saúde e o crescimento económico e a sustentabilidade precisa de ser melhor compreendida e desenvolvida de forma construtiva.” (ICN, 2005). Esta prática de enfermagem sob o ponto de vista das organizações de saúde rentabiliza os recursos humanos, no

entanto, fragiliza o contexto dos cuidados prestados, quem os presta e quem os recebe. Isto permite a fragmentação dos cuidados e a consequente desvalorização dos mesmos. Incita o recurso ao trabalho à tarefa ao invés da distribuição do enfermeiro responsável preconizando o método individual de trabalho.

As acções a nível mundial que foram designadas pelo ICN para combates a escassez mundial de enfermeiros e de outros profissionais de saúde, foram: aumentar o apoio aos países de forma a fortalecerem os respectivos sistemas de saúde, abranger a escassez de trabalhadores e melhorar as condições para um melhor desempenho; usar fundos mundiais de saúde para fortalecer as infra-estruturas de distribuição de recursos humanos; implementar alianças estratégicas entre governos, doadores, agências, educadores, reguladores, uniões e associações, que serão críticas para o sucesso de tais intervenções. Para o ICN, a migração dos enfermeiros não é a causa da escassez, mas de um sintoma de problemas que existem nos sistemas de saúde. “Os países têm de ser capazes de aceder a assistência técnica qualificada. É urgente requerer bases de dados de instrumentos, estratégias e intervenções relacionadas com os recursos humanos da enfermagem” (ICN, 2005).

A nível nacional, os gestores e administradores das unidades de saúde devem ter em conta a vastidão de prestadores de cuidados de enfermagem necessários a garantir as necessidades de saúde da população, maximizando o potencial dos enfermeiros. Isto inclui a adopção de novos modelos de cuidados, com especial atenção para problemas como a constituição de equipas de enfermagem recorrendo a enfermeiros e a outros técnicos menos diferenciados, com diferentes níveis de formação e para os cuidados primários.

Kuteeve-Moreira (2005), citado por Henriques (2005) refere que é pura “demagogia o discurso político de desenvolvimento de um sistema de saúde baseado nos cuidados primários quando, em Portugal, este é um sector sem incentivos, inclusiva

financeiros, ou perspectivas de desenvolvimento pessoal para os jovens enfermeiros altamente qualificados”.

Melhorar a carga de trabalho, o ambiente e as condições do mesmo são aspectos fundamentais para soluções sustentáveis, que também devem ser específicas ao contexto no qual estão a ser implementadas. Melhorar condições de trabalho, ajuda a recrutar e reter enfermeiros e contribui para um sistema de saúde melhorado para as populações. Benner (2005) pensa que apesar dos esforços, devido à falta de recursos humanos, as enfermeiras irão continuar a necessitar de uma organização original e competências profissionais específicas.

7. A GESTÃO DO RISCO CLÍNICO

Pela natureza intrínseca da sua actividade, as instituições de saúde são uma área de risco. Desta forma torna-se fundamental a existência de mecanismos estruturais e reguladores que possam, de forma permanente, dar a conhecer fragilidades e lacunas do sistema. Estas medidas só fazem sentido se todos os colaboradores da instituição forem envolvidos nos processos de gestão do risco.

Na Europa, a **gestão do risco** na saúde nasceu nos anos 70 nos Estados Unidos mas desenvolveu-se sobretudo na segunda metade dos anos 90, em consequência de estudos sobre erros médicos e eventos adversos em cuidados de saúde, que evidenciavam a dimensão do problema. Isto depois de nos Estados Unidos e no Reino Unido, haver uma explosão de acções em tribunal contra médicos, que conduziu a um acréscimo relevante das situações litigiosas que sobrelevavam brutalmente as custas de saúde com indemnizações sucessivas, perdas de dias de trabalho, subsídios por incapacidade... O conceito de gestão do risco clínico na saúde evoluiu e expandiu-se. Nos anos 70-80, a gestão do risco era sobretudo defensiva passando mais recentemente à gestão do risco preventiva e proactiva apoiada pelo crescente movimento da segurança do doente, colhendo frutos da experiência de outras indústrias na área da segurança, como as da aviação.

7.1 O IMPACTO DO CONCEITO DE GESTÃO DO RISCO CLÍNICO

Do objectivo inicial de evitar o descalabro financeiro associado às queixas em tribunal, passa-se para o objectivo de tornar o sistema de saúde mais seguro – movimento de segurança do doente. Neste âmbito, a JCAHO (2008) lançou os National Patient Safety Goals com intento de melhorar a precisão na identificação do doente; a eficiência da comunicação entre prestadores de cuidados; a segurança no uso de medicação: identificar e, no mínimo, anualmente, fazer revisão da terapêutica que pode ser confundível (nome semelhante, aspecto semelhante), usadas na

instituição e tomar medidas que possam evitar a administração errada destes fármacos, rotular todos os medicamentos e os medicamentos contidos em seringas, balões/frascos de soro; reduzir a probabilidade de acontecimento de danos nos doentes associados ao uso de terapêutica anticoagulante; melhorar a eficácia dos sistemas de alarme clínicos; reduzir o risco de infecções nosocomiais; reconciliar com exactidão a medicação durante o *continuum* de cuidados; reduzir o risco de dano no doente devido a quedas; encorajar o envolvimento activo dos pacientes nos cuidados que lhe são prestados como estratégia de promoção da sua segurança; melhorar o reconhecimento e a resposta às alterações da condição do doente.

O reconhecimento de que as falhas dos serviços são mais frequentemente devidas a disfunção dos sistemas do que a mau desempenho do indivíduo é a filosofia que suporta a gestão do risco, nomeadamente do risco clínico.

Fragata (2006) define risco como “a probabilidade de ocorrência de um qualquer evento adverso” (p.41). Um evento adverso, de acordo com o autor referido é “uma ocorrência negativa ocorrida para além da nossa vontade e como consequência do tratamento, mas não da doença que lhe deu origem, causando algum tipo de dano” que pode estar relacionado com uma alteração do trabalho clínico, ou mesmo resultando num dano permanente ou morte. A identificação precoce deste risco é a chave para impedir consequências directas nos pacientes, e depende unicamente da criação de uma cultura de confiança, de honestidade, de integridade, e de uma comunicação aberta entre pacientes e profissionais de saúde. Para Fragata (2006) é fundamental para “podermos medir e logo comparar, indicadores de performance e de qualidade” (p.42). Os índices de risco permitem saber com clareza o resultado ou de acordo com Fragata (2006) “a mortalidade, a morbilidade, o número de dias de internamento, os custos gerados...” (p.42).

Os objectivos da gestão do risco são, de acordo com a Oliveira (2005) “desenvolver e implementar processos para identificar e priorizar riscos; estabelecer sistemas para

lidar com os riscos identificados, eliminando-os ou reduzindo-os a um nível aceitável; reduzir o efeito directo e consequente e o custo de incidentes que ainda possam ocorrer, a partir da criação de medidas de suporte efectivas; proteger o hospital e o seu pessoal de responsabilidades legais.” Na perspectiva da Ordem dos Enfermeiros (2005), para que estes objectivos sejam alcançados deve haver um compromisso dos órgãos de gestão da instituição de saúde com a gestão do risco clínico, uma transmissão dos objectivos da mesma aos profissionais para que se envolvam e participem activamente nela. Em paralelo, devem ser criados mecanismos formais que permitam avaliar a efectividade das estratégias, planos e processos de gestão do risco, bem como, desenvolver e implementar mecanismos formais para a participação imediata de todos os incidentes, avaliação das consequências potenciais e investigação das causas, para a determinação de falhas no sistema, sem atribuição de culpa. Esta é uma premissa-chave para a evolução da relação entre as organizações de saúde e os erros. As organizações de saúde não desenvolveram ainda a capacidade de aprender com os erros cometidos, e sobretudo: não melhoraram sistemas de trabalho de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano; não desenvolveram nos colaboradores, competências que lhes permitissem lidar com situações de emergência internas ou externas; não investiram na criação de mecanismos de participação, reflexão e análise dos incidentes ou acidentes, preconizando uma cultura organizacional mais aberta, onde os erros e as falhas pudessem ser participadas e discutidas. As organizações de saúde em Portugal ainda não amadureceram o suficiente para afirmarem o valor de uma abordagem do risco baseada na prevenção e na aprendizagem com o erro.

A gestão do risco clínico está intimamente ligada à qualidade em saúde. Na perspectiva de Fragata (2006) para o cidadão comum, um serviço de saúde com qualidade é “aquele que é de fácil acesso, tem uma boa cota de humanização, é transparente e responsável e tem boa reputação” (p.27). Na óptica dos profissionais de saúde a qualidade apresenta variadas vertentes: “o resultado imediato e o resultado à distância (...) o procedimento técnico em si, desde ao diagnóstico, à indicação e à

execução técnica, o tempo que foi necessário para o realizar e a presença ou ausência de complicações” (p.27). Mas também os ganhos pessoais, a satisfação pessoal “pela realização técnica e humana conseguidas, pela reputação pessoal...” (p.27). Já para os gestores hospitalares, a qualidade traduz-se em “tempos de internamento, taxas de cancelamento, transferências para outros hospitais, ratios de pessoal, tempos mortos no bloco operatório, custos de produção do acto médico, satisfação dos utentes, dos clientes e organizações a montante e imagem e reputação institucional.” (Fragata, 2006, p.27) Para a Organização Mundial de Saúde (2000) “qualidade dos cuidados é o grau em que os serviços de saúde para os indivíduos aumentam a probabilidade da prestação de saúde desejável e são consistentes com a sabedoria profissional” (como citado em Fragata, 2006, p.25). Esta definição tem como base as dimensões que a mesma organização divulgou em 1990: “qualidade dos actos médicos, eficiência económica, gestão do risco (evicção de danos ou eventos adversos relacionados com o tratamento) e a satisfação dos doentes” (como citado em Fragata, 2006, p.25). Para além destes factores, Fragata (2006) considera que o envolvimento dos doentes e da sociedade civil, pela humanização e informação adequada e individualizada, favorece a chegada dos “feed-backs”, reputação e “accountability” e deve sobrepor-se às perspectivas dos gestores e dos técnicos de saúde prestadores de cuidados, pelo menos nas opções e nas escolhas. Para além dos princípios anteriormente descritos este autor inclui ainda, o acesso e a equidade no acesso aos cuidados de saúde e a eficácia, tendo em conta os “outcomes” ou resultados a longo prazo, uma preocupação diferida.

Os “scores” de risco que hoje são utilizados para fazer a gestão do risco “permitem prever com grande fiabilidade a morbilidade e a mortalidade” nos internamentos, sobretudo no que refere ao pós-operatório. É esperado, que um indivíduo submetido a uma cirurgia seja tratado da causa que motivou a doença e que no período de convalescença se restabeleça do impacto da anestesia e da cirurgia e recupere a sua saúde. A morbilidade, nomeadamente as complicações pós-operatórias, acarretam custos ao sistema de saúde e aos doentes, daí a importância da morbilidade como

critério ou índice de Qualidade. Segundo Fragata (2006) “a mortalidade é importante mas não dirá tudo sobre o nível ou qualidade dos resultados (...) A relevância do «outcome» morbidade não parece residir só no facto de agravar reconhecidamente os custos (...) com efeito, dados muito recentes indicam de forma surpreendente, mas clara, que a ocorrência de uma complicação significativa (...) afectará o prognóstico de vida dos doentes à distância” (p.72).

O ICN (2002) apoia fortemente um sistema aberto baseado na aproximação, numa filosofia de transparência contemplando medidas de relato e discriminação de eventos adversos e erros, não responsabilizando ou envergonhando o prestador individual do cuidado mas incorporando-o no que se refere a factores do ser humano e do sistema.

Na visão do ICN (2002), “as intervenções de cuidados de saúde pretendem o benefício o público, havendo no entanto elementos de risco que potenciam que os erros e os eventos adversos ocorram devido à combinação complexa dos processos, das tecnologias e dos factores humanos relacionados com o cuidado de saúde. Um evento adverso pode ser definido como o dano ou o ferimento causado pela gestão da doença do indivíduo por profissionais de saúde mais do que pela doença subjacente ou pela condição própria do paciente. As ameaças comuns à segurança do doente incluem erros de medicação, infecções adquiridas hospital, exposição a doses elevadas da radiação e uso de medicinas contrafeitas”.

Todos os que participam e estão presentes aquando dos cuidados de saúde são responsáveis por assegurar que nenhum dano é infligido aos doentes. Estes incluem: sociedade no geral, doentes sujeitos a tratamentos e a cuidados por parte das instituições e dos profissionais, enfermeiras, educadores, administradores, e investigadores da qualidade dos cuidados, médicos, governos incluindo grupos legislativos e reguladores, associações profissionais, e agências auditoras.

8. A CULTURA ORGANIZACIONAL COMO FACTOR PROMOTOR DA SEGURANÇA DO DOENTE

Os fenómenos que se passam no interior de uma organização de saúde são atravessados por distintos campos de conhecimento e domínios teóricos. Geertz (1989) explica que se a cultura for entendida como “um sistema de significados que cria algum tipo de identidade compartilhada” (como citado em Vaitsman, 2000, p.848) ou um código que orienta as práticas sociais dentro de pessoas pertencentes a vários grupos e categorias sociais, podem compreender-se os fenómenos particulares que se pretendem analisar numa instituição de saúde. Para muitos autores, tal como para Ott (1989) a cultura organizacional é considerada como “uma organização numa espécie de mini-sociedade que construiu um sistema de significados” (como citado em Vaitsman, 2000, p.849).

A cultura de uma organização de saúde incorpora valores, crenças, pressupostos, normas e padrões de comportamento tomados como inerentes à teia de relações instituídas ao longo da sua história enquanto organização, comportando também, elementos da cultura da sociedade em que está inserida. Segundo Vaitsman (2000), um dos elementos definidores dessa identidade é o facto das actividades dos membros da organização estarem voltadas para os fenómenos de vida e morte e para a produção de serviços com a finalidade de promover o bem-estar físico, mental e social dos seus utentes. Todas as organizações de saúde possuem lógicas específicas de acordo com os seus ramos de actuação, no entanto, de acordo com este autor, partilham características, nomeadamente a autonomia dos médicos e a centralidade do seu lugar na hierarquia institucional. Já Osório (2006) refere que, “o médico dispõem de canais diversos de participação, formais ou não. Discute casos nas reuniões clínicas e influi na definição da organização do trabalho” Este autor refere ainda que, “as relações com os médicos são marcadas hierarquicamente. Há uma relação de subordinação por parte dos enfermeiros que ultrapassa a divisão técnica do trabalho...as hierarquias são rígidas e relacionadas com as áreas de saber ou com

as categorias profissionais” (Vaitsman, 2000, p.849). As habilidades aprendidas, os conhecimentos, práticas e valores próprios das profissões que convivem no local de trabalho, envolvem a existência de distintos sistemas de significados e hierarquias de poder que operam em simultâneo, muitas vezes não de forma articulada, estabelecendo-se vários tipos de conflitos. Vaitsman (2000) acredita que nas sociedades “as possibilidades de escolha são limitadas: as pessoas fazem as coisas como sempre foram feitas e os comportamentos são legitimados em nome da própria tradição, o que limita a mudança e o surgimento de novos padrões sociais.” (p.849) A introdução de perspectivas baseadas na reflexividade não traduzem o desaparecimento das tradições mas devem ser justificadas diante dos comportamentos. Tal acaba por produzir conflitos, mas torna emergente o surgimento de novos padrões de comportamento e mudanças do próprio sistema de significados, ou seja, na cultura da organização. Os códigos culturais anteriores podem permanecer subjacentes, orientando os comportamentos. Vaitsman (2000) crê que “a relação entre permanência e mudança é sempre incerta, inesperada e mesmo paradoxal” (p.850). Esta é uma situação que condiciona a introdução de propostas reformadoras nas organizações de saúde. Vaitsman (2000) propõe uma análise à relação entre novos desenhos institucionais ou inovações na gestão e mudanças nas culturas das organizações com base numa metodologia que permita a verificação da reprodução ou não de determinados padrões ao longo do tempo.

Pertencer a uma organização de saúde, decerto constitui um elemento de identidade, no entanto Vaitsman, (2000) afirma que “um dos critérios de diferenciação interna é o facto das pessoas fazerem parte de distintas categorias ou grupos profissionais, bem como de sectores ou departamentos voltados para determinado tipo de actividades” (p.852).

Sendo várias as noções de cultura organizacional, uma delas apresenta-a como “um elemento estruturante fundamental da segurança e fiabilidade.” (Martins, 2005, p.215) De acordo com Martins (2005, p.215) a cultura organizacional revela-se quando os

indivíduos sentem que algo é apropriado ou inapropriado num dado contexto, o que se relaciona com os pressupostos que influenciam as pessoas face ao inesperado e à adversidade.

A forma como os indivíduos pertencentes a uma dada organização entendem o erro depende da forma como ele é implicitamente considerado. Shein (1999) acredita que a noção de falha e erro está contextualizada na cultura da organização, pelo facto de que, aprender com os erros depende do modo como são encarados pelo grupo e depende dos valores que esse grupo partilha em relação ao erro (como citado em Martins, 2005, p.217). Weick (2001) acredita que “se os sistemas de detecção e correcção dos erros existentes na organização são baseados na punição, desenvolvem uma cultura de culpabilização” (como citado em Martins, 2005, p.217). Para que se aprenda com os erros é necessário que deles se tenha conhecimento e é igualmente fundamental a sua revelação, como procedimento-chave para a sua mensuração e correcção. Uma cultura de fiabilidade assenta em várias características: o que é relatado quando as pessoas cometem erros; como é que os indivíduos são incentivados a revelar quando algo não está bem; com que rapidez as pessoas se adaptam a mudanças radicais e qual o grau de aplicabilidade dos processos que reflectam a aprendizagem com os erros, permitindo a reconfiguração de pressupostos, estruturas de pensamento e acções (Weik, 2001, como citado em Martins, 2005, p.218). Todas estas características ajudam a compreender a postura da organização de saúde face ao erro e também a atitude dos seus intervenientes face ao inesperado. Os processos organizacionais que concorrem para a fiabilidade resultam, na perspectiva de Martins (2005) numa gestão focalizada num entendimento partilhado colectivamente possibilitando aos indivíduos disporem de concepções comuns, identificando a variabilidade nas actividades, induzindo uma actuação adaptativa aos acontecimentos. Esta evidência torna mais claro que as organizações que objectivam a eficiência “dividem e estruturam as actividades, definindo padrões (...) e estabelecendo regras de funcionamento o que espartilha as actividades e não permite a revisão de procedimentos. Segundo Martins (2005), os acontecimentos

inesperados exigem um entendimento partilhado na equipa, face a estes novos eventos, possibilitando o encontro de padrões de variabilidade adaptativos no seio do grupo, sendo fonte de aprendizagem colectiva.

Pode dizer-se que a rotina desliga a actividade do seu sentido e a esvazia de conteúdo se esta não for pensada e reflectida. O trabalho do enfermeiro é pleno de rotinas, o que faz com que ele pense em dever cumprido quando todas as tarefas naquele turno foram asseguradas. No entanto, este sentimento pode ser enganador, visto que nenhum doente pode ser comparável a outro com a mesma doença, da mesma forma que nenhum turno pode ser igual a outro. A imprevisibilidade, aliada ao trabalho do enfermeiro obriga-o ao ajustamento permanente que segundo Martins (2005) “gera o potencial de informação acerca da capacidade e vulnerabilidade organizacional, na resposta às necessidades dos doentes” (p.220).

Leape (1994), citado por Benner (2002; 510) identificou 5 estratégias para prevenir o próximo erro:

1. Reduzir a confiança na memória. O trabalho deve ser desenhado de forma a minimizar a necessidade de tarefas conhecidas por serem particularmente falíveis. Estas tarefas, tais como: as que exigem o recurso à memória a curto prazo e vigilância (atenção prolongada). Checklists, protocolos e decisões computadorizadas ajudam e são exemplos de instrumentos/ferramentas que podem ser incorporadas nos processos de cuidados de saúde.
2. Melhorar o acesso à informação. Devem ser desenvolvidas formas criativas de tornar a informação mais facilmente disponível. Por exemplo: exibindo informação onde e quando ela é necessária, e sob a forma que permita um fácil acesso àqueles que dela necessitam.
3. Providenciar processos de evidência/demonstração do erro. Quando possível as tarefas críticas devem ser estruturadas de forma que os erros não possam dar-se. Por exemplo: Forçar funções pode ser proveitoso, como quando os

sistemas informáticos estão desenhados de uma forma que previne a entrada de uma ordem para uma dose letal de um fármaco.

4. Uso de tarefas standardizadas/normalizadas. Um meio eficaz de reduzir erros é tornar os processos cada vez mais uniformizados. Se uma tarefa é feita por toda a equipa da mesma forma e à mesma hora, todos os dias, existe uma menor probabilidade do erro acontecer.
5. Reduzir o número de intervenientes envolvidos nos mesmos processos. Bastantes erros acontecem de lapsos nas transferências/passagens de material, informação, pessoas, instruções ou pedidos. Processos que envolvem menos intervenientes reduzem as hipóteses de acontecimento desses lapsos.

Ainda segundo a JCAHO (2006) um planeamento e implementação cuidadoso do sistema de gestão da medicação conferem segurança ao doente e melhora a qualidade dos cuidados através das seguintes acções:

1. Reduzir variações, erros e más práticas na execução de procedimentos;
2. Monitorizar os processos de gestão da medicação no que diz respeito à eficiência, qualidade e segurança;
3. Normalizar equipamento e processos com vista à melhoria do sistema de administração de medicação;
4. Utilizar práticas reconhecidas como boas, para desenvolver o processo de gestão da medicação;
5. Controlar processos críticos associados à gestão da medicação de forma a promover uma gestão da medicação segura;
6. Uniformização do processo de manuseamento da medicação.

PARTE II

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE MEDICINA III

DO

HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

9. CONTEXTUALIZAÇÃO DO HSFX E SERVIÇO DE MEDICINA III

Uma vez que este estudo se realizou no Hospital de São Francisco Xavier, considerou-se pertinente fazer uma breve caracterização histórica desta instituição, do Serviço de Medicina II, bem como uma caracterização da Equipa de Enfermagem que nele trabalha.

Em 1972, dá-se início à construção do actual Edifício 1 do Hospital, que inicialmente seria projectado como clínica privada no Restelo. No entanto, é em 1986 que o Ministério da Saúde decide comprar as instalações do Grupo Império que as havia adquirido em 1981 para se tornar no novo Hospital da Cuf. Assim, a 24 de Abril de 1987 é inaugurado o Hospital de São Francisco Xavier, que se torna parte integrante da Unidade de Saúde Central da Sub-Região de Lisboa e da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, servindo as freguesias de Alcântara, Ajuda, Santa Maria de Belém, São Francisco Xavier e Santo Condestável. Em Oeiras, abrange as freguesias de Carnaxide, Paço de Arcos, Barcarena, Oeiras, Algés, Dafundo/Cruz Quebrada, Linda-a-Velha e Queijas. A 9 de Dezembro de 2002 o Hospital é transformado em Sociedade Anónima de capitais exclusivamente públicos, em virtude da Reforma da Saúde que se operou nessa data.

Actualmente, o Hospital de São Francisco Xavier pertence ao Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, um agrupamento de três hospitais, onde se incluem o Hospital de Santa Cruz e o Hospital de Egas Moniz, sob a forma de Entidade Pública Empresarial, estando sujeitos a administração comum.

9.1 CARACTERIZAÇÃO FÍSICA DO HOSPITAL

O Hospital de São Francisco Xavier (HSFX) é constituído por dois edifícios, nos quais funcionam os seguintes Serviços:

Quadro nº 1. Estrutura física dos dois edifícios que compõem o HSFX

EDIFÍCIO 1	EDIFÍCIO 2
<p>Piso -4: Armazém.</p> <p>Piso -3: Vestiários de funcionários, Rouparia, Armazéns Gerais, Arquivo e Anatomia Patológica.</p> <p>Piso -2: Esterilização, Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Intensivos e Recobro</p> <p>Piso -1: Imagiologia, Laboratório, Serviço de Saúde Ocupacional, Serviço de Sangue e Farmácia</p> <p>Piso 0: Urgência Geral, Urgência Ambulatória, Sala de Endoscopias, Serviço Social, Gabinete de Polícia /Segurança, Telefonista e Serviço Informativo</p> <p>Piso 1: Unidade de Cuidados Intensivos, Laboratório de Pacemaker, Laboratório de Ecocardiograma, Serviço de Medicina III e Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UNICARD).</p> <p>Piso 2: Serviço de Medicina IV e Refeitório.</p> <p>Piso 3: Capela</p>	<p>Piso -3: Recepção (visitas), Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Gestão de doentes, Cafeteria e Estacionamento (entrada).</p> <p>Piso -2: Estacionamento.</p> <p>Piso -1: Urgência Pediátrica, Urgência Obstétrica, Bloco de Partos, Hospital de Dia de Cardiologia, Especialidades Médicas e Análises Clínicas.</p> <p>Piso 0: Consulta Externa, Pedopsiquiatria e Serviços Administrativos.</p> <p>Piso 1: Neonatologia</p> <p>Piso 2: Pediatria</p> <p>Piso 3: Obstetrícia e Serviço de Nutrição e Dietética</p> <p>Piso 4: Ginecologia, Diagnóstico pré-natal, Ecografia Obstétrica e Fetopatologia</p>

9.2 CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE MEDICINA III

O Serviço de Medicina III localiza-se no piso I do primeiro edifício do Hospital. Este serviço integra uma Unidade de Insuficiência Cardíaca, uma Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UNICARD), um Laboratório de Ecocardiograma e uma Copa. Fazem ainda parte da estrutura do Serviço de Medicina III: uma rouparia, uma sala de convívio para os utentes, uma arrecadação, uma sala de sujos, um wc para o pessoal, uma sala de enfermagem, uma sala onde são realizadas algumas técnicas invasivas, dois armazéns de material, uma sala de convívio dos profissionais de saúde e o gabinete do (a) enfermeiro (a) chefe.

A área de internamento do Serviço de Medicina III é composta por 10 salas:

- Duas com capacidade para quatro utentes;
- Quatro com capacidade para três utentes;
- Quatro com capacidade para dois utentes.

Os utentes internados no serviço estão distribuídos pelas salas de acordo com a sua patologia e género, sendo este último critério exceção nas unidades. Pode também acontecer, que em determinado momento haja necessidade de alterar as salas, onde até então, estavam utentes mulheres, para utentes do sexo masculino. Nas salas dos utentes, existem ainda wc, que podem ser utilizados quando a sua condição clínica o permita. Cada wc é partilhado pelos utentes de duas salas. Existem ainda duas camas (uma para utentes do sexo feminino, outra para utentes do sexo masculino) destinadas apenas a doentes que realizam exames no serviço e que exigem vigilância/cuidados de enfermagem, durante 12 a 24 horas (como biopsias ou colocação/substituição de gerador de pacemaker).

O serviço está organizado para receber doentes do foro médico, que são distribuídos pelas camas de acordo com a sua patologia e género. A UNICARD dispõe de seis camas para doentes que necessitem de cuidados intensivos do foro coronário. A

enfermaria dispõe de 28 camas, sendo que destas: 17 acolhem doentes médicos, 3 doentes com insuficiência cardíaca, 3 com acidentes vasculares cerebrais e 5 com doença oncológica. Ao chegarem ao Serviço de Medicina III, os utentes são distribuídos de acordo com as camas disponíveis e a sua especificidade como se demonstra no seguinte quadro, não sendo um esquema rígido, havendo por vezes necessidade de o alterar.

Quadro nº 2. Distribuição de utentes por género e patologia pelas camas do Serviço de Medicina III

Salas	Camas	Patologia	Género
1	101;102;103;104	Medicina	Homens
2	105;106	Medicina	Mulheres
3	107;108;109	Medicina	Mulheres
4	110;111	Medicina	Mulheres/Homens
5	112;113;114	Insuficiência Cardíaca	Mulheres+Homens
6	115;116	Medicina	Mulheres/Homens
7	117;118;119	Acidentes Vasculares Cerebrais	Mulheres/Homens
8	126;127	Oncologia	Mulheres/Homens
9	128;129;130	Oncologia	Mulheres/Homens
10	131;132;133;133 extra*	Medicina	Mulheres

*Camas reservadas para utentes que realizam exames

Quando há necessidade de adoptar medidas de isolamento relativamente a algum utente, quer por imunodepressão quer pela presença de microrganismos multiresistentes, opta-se por ocupar um quarto de duas camas, efectuando-se na altura, as mudanças necessárias para serem asseguradas as medidas de protecção adequadas.

A medicação de todos os doentes, do Serviço de Medicina III e da UNICARD é fornecida pela farmácia diariamente, no turno da tarde, em esquema de unidose e de acordo com a prescrição efectuada pelo médico, no programa informático disponível no serviço, ou em folha própria. Esta tarefa é também da responsabilidade do auxiliar de acção médica responsável pelos transportes.

No interior da sala/estação de enfermagem existem dois stocks de medicação, um com medicação para administrar via oral e outro para via endovenosa, que são utilizados em caso de situações específicas ou sempre que exista alguma falta de medicação na unidose do doente. Estes stocks são repostos às segundas, quartas e sextas-feiras pelo auxiliar de acção médica responsável pelos transportes, no turno da manhã. É na mesma sala, que se encontra o cofre de medicação de registo obrigatório, onde se encontram as benzodiazepinas e os estupefacientes.

O armazém de material de consumo clínico é repostado por auxiliares do aprovisionamento às segundas e quintas-feiras, enquanto que o armazém de material de farmácia é repostado às segundas, quartas e sextas-feiras, por um auxiliar da farmácia.

Na sala onde são realizadas técnicas invasivas, para além de material usado para execução destes procedimentos, existe também um carro com material disponível para a realização de pensos, um carro de urgência e um armário onde é guardado equipamento diverso (monitores cardíacos, oxímetros de pulso, seringas e bombas infusoras). Além disso, é aqui que se guarda todo o material esterilizado para utilizar nas técnicas invasivas. Actualmente, é também, onde fica o carro da medicação.

A unidade de insuficiência cardíaca é constituída por três camas, onde se encontram doentes com patologias cardíacas, hemodinamicamente instáveis. Neste espaço existe a possibilidade de os doentes ficarem monitorizados (traçado cardíaco, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturações de oxigénio, pressões arteriais não invasivas e pressões venosas centrais).

Para que haja uma uniformização dos cuidados prestados aos doentes internados nesta unidade existem protocolos definidos, que nos ajudam a conduzir a nossa acção. Contudo, estes podem ser aplicados noutras salas do Serviço de Medicina III.

A Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UNICARD) é constituída por uma sala onde existem seis camas. Os doentes internados nesta unidade encontram-se monitorizados (traçado cardíaco, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturações de oxigénio, pressões arteriais invasivas, não invasivas e PVC's). No interior da UNICARD existem vários armários com material (reposto às terças e sextas-feiras pelo aprovisionamento), um armário com equipamento (seringas e bombas infusoras, compressor, sacos de areia, cabos de monitores,...), um stock de medicação diversa (reposto às segundas, quartas e sextas-feiras pelo auxiliar de acção médica responsável pelos transportes no dia em que é necessário realizar a substituição) e um carro de pensos. A UNICARD possui ainda um carro de urgência.

No laboratório de Ecocardiograma existem duas salas com três ecografos, sendo um deles, portátil. Estes destinam-se à realização de exames, tais como, ecocardiograma, ecocardiograma transesofágico, ecocardiograma de contraste e de sobrecarga com dobutamina (de esforço), que podem ser realizados a doentes internados no serviço/hospital e a utentes vindos de ambulatório. Este espaço funciona de segunda a sexta-feira.

A copa é responsável pelo fornecimento da alimentação dos doentes, existindo neste espaço auxiliares de alimentação e dietistas. Aos doentes é distribuído pequeno-almoço (9 horas), almoço (13 horas), lanche (16 horas), jantar (19 horas) e ceia (21h30min). Contudo, a alguns doentes, como o caso de doentes diabéticos, é fornecido um pequeno lanche entre as duas principais refeições. Cada doente, caso esteja consciente e orientado, escolhe as suas refeições, no dia anterior para o dia seguinte, de acordo com a dieta prescrita pelo médico, tendo assim, uma dieta personalizada.

9.2.1 A Equipa de Enfermagem

A equipa de enfermagem é constituída pela Enfermeira Chefe, duas Enfermeiras Coordenadoras (uma responsável pela enfermaria e outra pela UNICARD) e 43 enfermeiros, distribuídos por seis equipas.

9.2.1.1 Horário e Trocas

A Enfermeira Chefe e as duas Enfermeiras Coordenadoras juntamente com outra enfermeira, responsável pelos doentes que realizam exames, possuem horário fixo, realizando apenas manhãs. Existem duas enfermeiras, para além da enfermeira-chefe, que têm horário semi-fixo, ou seja, fazem apenas manhãs e tardes. Os restantes elementos do serviço funcionam em horário rotativo de 35 horas semanais, divididas em manhã, tarde e noite.

Manhã: 8h – 16h30m

Tarde: 16h – 23h

Noite: 22h30m – 8h30m

Assim, no serviço de Medicina III, no turno da manhã estão em média escalados seis enfermeiros (sendo um mínimo de três enfermeiros por turno), estando um responsável pelos doentes que vêm de ambulatório para realizar exames. Na tarde encontram-se escalados quatro enfermeiros e na noite estão escalados três enfermeiros. Na UNICARD, estão sempre dois enfermeiros por turno. Na totalidade, exercem funções neste serviço 43 enfermeiros, distribuídos por seis equipas, sendo composta cada uma por seis a sete enfermeiros.

As trocas de turnos em relação ao horário estabelecido são permitidas desde que respeitem o princípio geral, de que é imprescindível a presença de dois elementos mais experientes do serviço em cada turno, um deles para assegurar cuidados de enfermaria e o outro na UNICARD, para que se mantenha a estabilidade da equipa e

a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. As trocas devem ser devidamente registadas nas agendas de trocas (uma da enfermaria e outra da UNICARD) o mais cedo possível.

Cada enfermeiro regista os turnos realizados e as trocas efectuadas na sua folha de ponto, para que no fim de cada mês esta seja revista pela Enfermeira Chefe e encaminhada para os Serviços Administrativos.

9.2.1.2 Método de Distribuição do Trabalho dos Enfermeiros

No Serviço de Medicina III utiliza-se o método individual, sendo cada enfermeiro responsável pelos utentes que lhe são previamente distribuídos. A distribuição dos utentes do serviço por cada enfermeiro é feita pelo enfermeiro chefe de equipa ou pelo enfermeiro mais experiente do turno anterior, para o próximo turno. Desta forma, os enfermeiros da noite fazem a distribuição para a manhã, os enfermeiros da manhã realizam a distribuição da tarde e assim sucessivamente. Na UNICARD o método de trabalho utilizado é por equipa. O critério utilizado para a distribuição dos utentes pelos enfermeiros é o nível ou grau de dependência dos mesmos.

A filosofia dos cuidados de enfermagem prestados no Serviço de Medicina III tem como base o Método Teórico de Nancy Roper, baseando-se nas necessidades humanas básicas.

9.2.1.3 Contractualização dos Enfermeiros

Contratos individuais de trabalho a termo indeterminado (actualmente 35 horas semanais) e da função pública/quadros (35 horas semanais) com regime de roulement. Há enfermeiros com horário fixo (2 e a enfermeira-chefe) e dois só a realizar manhãs e tardes.

9.2.1.4 Integração de novos Enfermeiros

A integração de novos elementos no Serviço de Medicina III é orientada por um enfermeiro mais experiente, durante cerca de quatro de semanas. Esta integração tenta ir ao encontro das expectativas do novo elemento, sendo personalizada de acordo com o seu percurso ao longo das cinco fases que a compõem. Para que isto aconteça, a integração é orientada pelo Manual de Integração para Enfermeiros.

Relativamente à UNICARD, prevê-se que a integração nesta unidade ocorra numa fase posterior, sendo porém, o primeiro contacto com a mesma, efectuado durante a integração na enfermaria.

9.2.2 A Equipa de Auxiliares de Acção Médica

A equipa de auxiliares de acção médica é constituída por 18 elementos, com horário de 35 e 40 horas semanais, que trabalham em horário rotativo, havendo também elementos em horário fixo e semi-fixo.

Manhã: 8h – 16h30m

Tarde: 16h – 22h

Noite: 21h30m – 8h30m

As Enfermeiras Coordenadoras elaboram semanalmente os planos de distribuição dos auxiliares de acção médica pelo serviço. Ficando no turno da manhã cinco auxiliares escalados, um deles responsável pelos transportes pelos transportes (levar e trazer doentes à Imagiologia, transportar colheitas para o laboratório, trocar o stock da medicação,...), outro pelo laboratório de ecocardiograma, outro pela UNICARD e os restantes pela enfermaria. No turno da tarde ficam dois auxiliares na enfermaria (sendo que um deles também é responsável por eventuais transportes que possam existir) e um na UNICARD. No turno da noite, são escalados, dois auxiliares de acção médica, um para a UNICARD e outro para a enfermaria.

9.2.3 As Secretárias de Unidade

No Serviço de Medicina existem duas Secretárias de Unidade que estão responsáveis pela enfermagem, pela UNICARD e pelo Laboratório de Ecocardiograma. Estas estão presentes de segunda a sexta-feira das 9 horas às 17 horas. Para além deste horário, o secretariado é assegurado pela secretária de unidade do IAU (extensão: 2305).

9.2.4 Outros Elementos da Equipa Multidisciplinar

Como membros de uma equipa multidisciplinar, os enfermeiros estão em constante interação com outros profissionais que também participam no processo de cuidar do doente. Assim, existem vários profissionais a quem os enfermeiros recorrem diariamente e que ajudam a melhorar a qualidade dos cuidados prestados:

- Fisioterapeutas;
- Médicos;
- Assistentes Social;
- Dietistas;
- Técnicos de Imagiologia;
- Técnicos de Farmácia;
- ...

9.2.5 Proveniência dos Utentes

O Serviço de Medicina III recebe doentes provenientes do serviço de Urgência Geral, do Hospital de Dia de Cardiologia, do Hospital de Dia de Oncologia, de outros serviços do CHLO ou de outro Hospital de qualquer ponto do país. Pode ainda receber doentes vindos do domicílio, como acontece com os doentes que vêm ser submetidos a implantação de pacemaker definitivo/substituição de gerador do pacemaker. Nestas situações de internamento, a sua duração habitual é de 24 horas, no primeiro caso e de 16 horas no segundo.

Os cuidados de higiene são assegurados pelo serviço, no entanto, os familiares poderão trazer produtos pessoais do doente.

Antes do doente ser admitido no serviço, os seus objectos pessoais ficam no espólio (piso 0), podendo ser posteriormente levantados por um familiar ou pelo próprio.

9.2.6 Admissão de um Utente

A admissão de um doente constitui-se para o mesmo como uma grande mudança em todos os seus hábitos de vida. O doente encontra-se num ambiente totalmente diferente do que está habituado, são-lhe incutidas rotinas diferentes das suas, tem medo da dor que possa ser provocada pelos vários procedimentos ou pela própria patologia, não é, muitas vezes informado da sua evolução e tudo isto gera nele sentimentos negativos, como ansiedade, medo, abandono, agressividade... desta forma, é de extrema importância proporcionar ao doente recém chegado ao serviço, um ambiente calmo e tranquilizador, dentro da medida do possível, tentando também respeitar as suas opiniões, valores e crenças.

Ao acolher o doente, caso o seu estado de consciência e de orientação assim o permitam, o enfermeiro deve apresentar-se, transmitir informação acerca do espaço físico envolvente (campainha, luz, wc) e do funcionamento do serviço (rotinas, horário de visitas), entregando o Guia de Acolhimento do Serviço. Procede-se ainda à avaliação dos parâmetros vitais e, caso exista indicação, monitoriza-se o doente do ponto de vista cárdio-respiratório, explicando ao doente o procedimentos que vão sendo realizados.

Posteriormente, ou logo se seguida, o enfermeiro tenta perceber a situação social e familiar, identificando com o doente a familiar/pessoa significativa.

Como se pode compreender, tudo o que foi referido, deve ser adaptado a cada situação, sendo o acolhimento, um cuidado de enfermagem dinâmico e personalizado.

Por último, é preenchida a Nota de Entrada de Enfermagem, que permite uma visualização sistematizada e personalizada dos dados mais relevantes que foram colhidos. Contudo, esta folha deve ser completada/actualizada sempre que surjam novas informações/evoluções no processo de saúde do doente.

Em conjunto coloca-se também a folha de Diário de Enfermagem, o Quadro de Classificação de Doentes, a Classificação de Risco segundo a Escala de Braden (1995) /Folha de Úlceras de Pressão – registo de evolução e a Folha de Registo de Temperatura. No caso de doentes em situações de coma, acrescenta-se ainda a Folha de evolução de Comas.

Procede-se ainda à elaboração da Folha de registo de Terapêutica de Enfermagem, tendo por base a folha de terapêutica médica que o doente trás do serviço de urgência (“folha verde”) ou outra prescrição médica (como uma revisão terapêutica no Diário clínico). Para além disso, é necessário que o médico que transfere o doente assine o processo com assinatura legível.

No caso dos doentes virem do Hospital de Dia de Oncologia fazem-se acompanhar da Folha com o Ciclo de Quimioterapia que irão realizar. É necessário ainda preencher da Folha de Dietas Extemporâneas, para solicitar a dieta prescrita, para o doente.

Para que o sistema informático seja actualizado é necessário, quando o doente é admitido no serviço, enviar, através de um sistema de Internet interno (Microsoft Outlook - Movimento de Doentes) um mail, para a secretária de Unidade de Internamento de Apoio à Urgência (IAU), com os dados, incluindo a cama que ele ocupa. Este procedimento é apenas necessário, quando não existe Secretária de Unidade no serviço (nos turnos da tarde e da noite e ao fim-de-semana).

9.3 O TRABALHO NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA

Nas enfermarias de medicina, as rotinas são determinadas e incutidas no período de integração dos enfermeiros no serviço. O turno da manhã, por norma é mais agitado, estão presentes maior número de profissionais de saúde como médicos, terapeutas, dietistas, enfermeiros, auxiliares de acção médica e o tipo de actividades que são realizadas com os utentes exigem mais tempo por parte dos profissionais,

inclusivamente os de enfermagem. Entre as 8 horas e as 8.30h os enfermeiros do turno da noite passam ocorrências oralmente aos que iniciam o turno da manhã. Fazem um resumo do que se passou com os doentes desde o turno da tarde ao final do turno da noite. Fala-se de todos os doentes tendo em conta o assegurar da continuidade de cuidados. Se o doente deu entrada na tarde ou na noite, lê-se a nota de entrada de enfermagem e faz-se referência aos aspectos mais importantes para seguimento e vigilância durante a manhã, com vista também a que a informação seja transmitida ao médico assistente que pode não conhecer o doente.

Geralmente o período entre as 8.30h e as 11h é o mais absorvente. Às 9h o serviço de auxiliares da copa distribui o pequeno-almoço que precede ou acompanha a administração de terapêutica. Em seguida, e juntamente com a equipa de auxiliares de acção médica os enfermeiros inteiram-se da situação clínica de cada doente que lhe foi distribuído, avaliam os parâmetros vitais e determinam segundo o grau de dependência, que doentes vão ao WC a pé, na cadeira de banho ou os que necessitam de higiene prestada no leito. Estão presentes em todas estas actividades junto dos doentes. Diariamente são feitas alterações terapêuticas dos doentes por parte dos médicos assistentes e são dadas indicações para realização de novos exames e análises, dos quais o enfermeiro deve dar conhecimento à secretária de unidade que providencia as marcações, devendo igualmente garantir que os exames são realizados com os cuidados necessários (por exemplo garantindo que o doente está em jejum ou que tem uma veia periférica canalizada para a introdução de um contraste ao qual o doente não é alérgico) Habitualmente uma vez por semana é feita visita médica, na qual o director de serviço, médicos residentes e assistentes fazem o resumo da história clínica dos doentes, determinam mudanças no plano terapêutico, solicitam exames e análises, pedem observação de outros clínicos especializados, determinam a intervenção de outros profissionais de saúde junto do doente (como terapeutas da fala ou fisioterapeutas) ou decidem transferências e altas. Ainda neste turno, os enfermeiros fazem registos das actividades que foram planeadas e executadas com o doente e menciona-se o tipo de ajuda que determina o grau de dependência do

doente e as horas com ele dispendidas, com o fito de organizar dia após dia, cada vez melhor a distribuição do trabalho dos enfermeiros. Os registos da terapêutica administrada são feitos no sistema de prescrição electrónica após a introdução de uma palavra-passe no sistema de software informático. Às 12h começa a preparar-se novamente medicação, a que é administrada com o almoço de acordo com as prescrições efectuadas pelos médicos da parte da manhã. Pelas 16h é retirada do computador uma folha com as prescrições de terapêutica actualizadas para as 24 horas seguintes (Anexo I). Após a preparação e administração da terapêutica das 15h, os enfermeiros e auxiliares posicionam os utentes acamados, prevenindo-os dos inconvenientes associados à imobilidade.

O pessoal do turno da tarde rende o do turno da manhã às 16 h, no mesmo local onde é feita a passagem de ocorrências do turno da manhã e da noite: na estação de enfermagem. Uma abertura para fora do corredor com sofás e cadeiras, onde estão os computadores, os processos clínicos arrumados, normas e procedimentos protocolados, algum stock de terapêutica e os bens de enfermeiros e auxiliares de acção médica guardados. Esta reentrância tem vista para a entrada do hospital por intermédio de grandes vidraças, localizadas por trás dos sofás. No turno da tarde dá-se continuidade aos cuidados assegurados ou não no turno da manhã, imprimem-se as folhas de terapêutica novas (com as alterações de terapêutica incluídas), observam-se de novo os doentes, avaliam-se parâmetros vitais, alternam-se decúbitos dos doentes acamados, faz-se vigilância dos acessos venosos periféricos e centrais dos doentes, administra-se terapêutica às 19h e neste serviço, é norma preparar-se para os enfermeiros do turno da noite, a terapêutica para este turno. A medicação é conferida e colocada nas gavetas correspondentes às horas de administração (1h, por vezes 3h e 7h). As diluições de medicação como os antibióticos endovenosos não são feitas e as drogas estupefacientes não são retiradas do armário respectivo, por terem que ser assinadas em local próprio pelo enfermeiro que administrou. Esta medida é vista como adjuvante relativamente ao trabalho do enfermeiro presente no turno da noite. A medicação é frequentemente muita, sobretudo endovenosa, e exige dispêndio de

bastante tempo para a sua preparação segura. No turno da noite é ainda rotina a avaliação das temperaturas timpânicas.

9.3.1 Rotinas do Turno da Manhã

As rotinas inerentes a cada turno fazem parte integrante do trabalho dos enfermeiros, bem como as actividades que delas dependem. Os itens apresentados apenas devem ser perspectivados como pontos orientadores e não assumidos de uma forma estanque.

- Proceder à observação sistematizada do doente, apresentando-se;
- Verificar a permeabilidade das vias endovenosas;
- Substituir os soros e os sistemas sempre que indicado;
- Verificar oxigenoterapia e soroterapia;
- Verificar a funcionalidade das rampas de oxigénio e aspiradores;
- Avaliar e registar parâmetros vitais sempre que necessário;
- Confirmar os parâmetros introduzidos nos monitores e os alarmes;
- Preparar, administrar e registar terapêutica;
- Prestar cuidados de higiene e conforto;
- Mobilizar/posicionar os doentes sempre que necessário;
- Realizar pensos de acordo com os protocolos do serviço;
- Supervisionar a alimentação dos doentes;
- Consultar os processos;
- Utilizar os instrumentos de registo de forma apropriada;
- Fazer a distribuição dos doentes para o turno seguinte (pelo chefe de equipa ou elemento mais velho).

9.3.2 Rotinas do Turno da Tarde

- Proceder à observação sistematizada do doente, apresentando-se;
- Verificar a permeabilidade das vias endovenosas;

- Substituir os soros e os sistemas sempre que indicado;
- Verificar oxigenoterapia e soroterapia;
- Verificar a funcionalidade das rampas de oxigénio e aspiradores;
- Avaliar e registar os parâmetros vitais;
- Mobilizar/posicionar os doentes sempre que necessário;
- Supervisionar a alimentação dos doentes;
- Proceder à impressão das folhas de terapêutica (todas as segundas, quartas e sextas-feiras) e as prescrições alternada (terças e quintas-feiras);
- Preparar, administrar e registar terapêutica;
- Garantir que os doentes que foram submetidos a implantação de pacemaker definitivo realizam RX de controlo e que o mesmo é observado pelo médico e que se inicia a terapêutica profilática;
- Registar no quadro que se encontra na sala de trabalho de enfermagem as rotinas e os exames que os doentes irão realizar no dia seguinte;
- Preencher a folha de jejuns para se entregar à auxiliar de alimentação e dietética;
- Consultar os processos;
- Confirmar os parâmetros introduzidos nos monitores e os alarmes;
- Utilizar os instrumentos de registo de forma apropriada;
- Fazer a distribuição dos doentes para o turno seguinte (pelo chefe de equipa ou elemento mais velho).

9.3.3 Rotinas do Turno da Noite

- Proceder à observação sistematizada do doente, apresentando-se;
- Verificar a permeabilidade das vias endovenosas;
- Substituir os soros e os sistemas sempre que indicado;
- Verificar oxigenoterapia e soroterapia;
- Verificar a funcionalidade das rampas de oxigénio e aspiradores;
- Avaliar e registar os parâmetros vitais;
- Confirmar os parâmetros introduzidos nos monitores e os alarmes;
- Preparar, administrar e registar terapêutica;

- Mobilizar/posicionar os doentes sempre que necessário;
- Colher sangue para análise de urgência (final do turno: 7 horas);
- Supervisionar a alimentação dos doentes;
- Consultar os processos;
- Prestar cuidados de higiene aos doentes que irão ser submetidos a algum exame fora do hospital durante o período da manhã;
- Utilizar os instrumentos de registo de forma apropriada;
- Fazer a distribuição dos doentes para o turno seguinte (pelo chefe de equipa ou elemento mais velho).

9.4 CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS DO SERVIÇO

A par das rotinas supracitadas, existe no serviço protocolos e normas de actuação (manuseamento de material, administração de fármacos, intervenções junto de doentes com acidente vascular cerebral) que possibilitam uma uniformização dos cuidados de enfermagem e uma melhoria da qualidade dos mesmos. Neste sentido, a sua consulta torna-se fundamental.

PARTE III

METODOLOGIA UTILIZADA

10. OPÇÕES METODOLÓGICAS

Neste capítulo, começa-se por justificar a metodologia de investigação utilizada, passando-se a caracterizar a população deste estudo, fazendo-se referência aos procedimentos utilizados na constituição da amostra. Referem-se os instrumentos de recolha de dados utilizados na investigação, justifica-se o método escolhido, a construção do mesmo e o tratamento dos dados obtidos.

10.1 TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo desenvolvido é do **tipo exploratório**, pois tem como finalidade “o reconhecimento de uma dada realidade pouco ou deficientemente estudada e levantar hipóteses de entendimento dessa realidade. Investiga a natureza complexa e outros factores relacionados com o fenómeno” (Carmo, 1998, p.214). É do **tipo descritivo**, porque procura “estudar, compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação, o que inclui: a recolha de dados para testar hipóteses (...), a realização de entrevistas ou a observação da situação real” (Carmo, 1998, p.213) e recorreu a uma **metodologia qualitativa** para “compreender a conduta humana a partir dos próprios pontos de vista daquele que actua” (Carmo, 1998, p.179). Considero esta a metodologia que melhor se enquadra nos objectivos que delineei, bem como no tema em estudo. Embora considere difícil manter a objectividade do investigador, eles são sensíveis ao contexto. “Os actos, as palavras e os gestos só podem ser compreendidos no seu contexto” (Carmo, 1998, p.180). De acordo com Carmo (1998) “os métodos qualitativos são humanísticos, (...) os investigadores tentam conhecer os sujeitos como pessoas e experimentar o que eles experimentaram...” (p.180) Os investigadores preocupam-se mais com o processo de investigação do que com os resultados que dela decorrem, porque como Bogdan & Biklen (1994) explica “a preocupação central não é a de saber se os resultados são susceptíveis de generalização, mas sim a que outros contextos e sujeitos a eles podem ser generalizados” (citado em Carmo, 1998; p. 181).

Face à natureza do problema em estudo e em função da reflexão que foi previamente consumada, escolhi este método de análise, de natureza qualitativa por ser o que se afigurou mais adequado para o tema e problemática envolvida. Uma das principais características da análise qualitativa, prende-se com a interacção do investigador com os sujeitos que estão a ser estudados o que possibilita uma análise da componente cognitiva associada à “análise de casos concretos, nas suas particularidades de tempo e espaço, partindo das manifestações e actividades das pessoas nos seus contextos próprios.” (Flick, 2005, p.13) Para Leininger (1985), ao utilizar-se a metodologia qualitativa, a “ênfase é colocada na importância de conhecer, compreender e interpretar cuidadosamente a natureza e significado de acontecimentos ou situações passadas ou actuais” (p.8).

10.2 POPULAÇÃO

Carmo (1998) escreveu que “a população ou universo é o conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição (...) têm uma ou mais características que os diferenciam de outros conjuntos de elementos” (p.191). A população considerada neste estudo é constituída pelos enfermeiros prestadores de cuidados directos aos utentes do Serviço de Medicina III do Hospital de São Francisco Xavier e pelos/por enfermeiros com cargos de gestão a exercer funções na mesma instituição. Escolheu-se este hospital por abranger uma vasta população e estar integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), o qual, nascido a 1 de Janeiro de 2006, resultou da fusão deste com mais 2 unidades hospitalares: os Hospitais de Santa Cruz e Egas Moniz. A criação do CHLO implicou a implementação e desenvolvimento de um inovador modelo de gestão hospitalar, envolvendo a prestação de cuidados de saúde, tendo como principal objectivo, melhorar os padrões de eficiência, introduzindo uma maior capacidade de resposta aos problemas dos utentes. O motivo pelo qual foi seleccionado este serviço prendeu-se com o facto de eu, enquanto profissional de enfermagem já ter exercido funções nesse local, estar familiarizada com o pessoal de enfermagem, responsáveis e chefias, bem como com

médicos e auxiliares de acção médica. Para além destes motivos, o facto de os internamentos de medicina serem fontes inestimáveis de aprendizagem para os jovens e experientes profissionais de saúde por proporcionarem um variado e enriquecedor campo experiencial, favorece o desenvolvimento tanto na vertente profissional como na de crescimento e maturação pessoal.

10.3 SELECÇÃO DA AMOSTRA POPULACIONAL

Depois de terem sido abordados os aspectos de natureza metodológica e o tipo de estudo elegido, procedi à selecção da amostra de acordo com a metodologia escolhida e população definida, obedecendo a critérios previamente determinados. Estes foram:

- 1. A amostra seleccionada para o estudo teria de ser composta por enfermeiros prestadores de cuidados directos ao utente e enfermeiros gestores ou com cargos de gestão.**

Esta selecção de dois grupos de profissionais de enfermagem com funções distintas poderia fazer prever diferenças de opinião quanto à problemática do erro de administração de medicação. Considerei interessante conhecer a perspectiva do enfermeiro gestor, na medida em que este faz parte do organismo regulador da instituição, devendo manter igualmente uma relação estreita com os enfermeiros nos serviços.

- 2. Os enfermeiros prestadores de cuidados teriam de ter mais de 5 anos de desempenho de funções naquele serviço e experiência profissional de pelo menos 7 anos.**

Esta exigência justificou-se pelo facto do tempo de permanência na instituição permitir uma maior segurança na assumpção e integração da cultura organizacional. Tal permitiria um maior à vontade na descrição de procedimentos e normas do serviço, bem como no revelar de aspectos específicos do serviço. O conhecimento do significado das experiências vividas pelos enfermeiros permite conhecer o modo

como estes contextualizam a falibilidade no seu desempenho, nas suas múltiplas facetas e dimensões.

3. Os enfermeiros gestores teriam de ter no mínimo, 6 anos de experiência em gestão e pelo menos 9 anos de exercício de funções como enfermeiros na prestação de cuidados.

A experiência na gestão é importante porque focaliza a questão do enraizamento desta problemática no seio dos organismos que gerem a instituição. Permite conhecer como actua a instituição estudada para prevenir e para controlar o erro.

4. O local de trabalho escolhido para a colheita dos dados seria o Hospital de São Francisco Xavier, em Lisboa.

Esta instituição de saúde e serviço foram escolhidos por terem sido o meu local de exercício profissional durante 2 anos, tendo apenas quando lá ingressei, 1 ano de experiência como enfermeira. Estes dois anos foram marcantes e favorecedores da construção da minha identidade profissional. Esta escolha, de certo poderia levantar certos constrangimentos, no que refere ao enviesamento dos dados devido ao facto de já ter pertencido à instituição. Para contornar possíveis desvios, desenvolvi esforços para seleccionar participantes desconhecidos, o que exigiu algum cuidado no decorrer do trabalho. Foi difícil atingir este objectivo devido ao facto de o serviço não possuir um número de enfermeiros total, capaz de oferecer muitos participantes dentro de cada critério definido para a selecção da amostra. Ainda assim, foi possível na globalidade, atingir este objectivo pela grande rotatividade que o serviço tem, de enfermeiros jovens vindos de outras instituições, mas igualmente de enfermeiros com bastante experiência que vêm sobretudo de outros serviços do hospital, nomeadamente do serviço de urgência.

A realização do estudo no Hospital de São Francisco Xavier teve vantagens, designadamente quanto à realização das entrevistas pela proximidade do hospital à minha residência, com menor dispêndio de tempo em deslocações para a realização

das entrevistas, pesquisa documental e observação participante. Procurei assim, superar o problema limitador do estudo.

Após ter sido definida a amostra populacional, coloquei o problema de quantos enfermeiros prestadores de cuidados e com cargos de gestão, iriam fazer parte do estudo. Ficou mais claro, depois de uma reunião com o orientador do trabalho que, a representatividade nos estudos de natureza qualitativa é estabelecida de acordo com a riqueza dos dados obtidos e não com o número de participantes. O importante é a abrangência como o problema do estudo é tratado e a riqueza e variedade da informação obtida. Polit, Beck & Hungler (2001) apontam para que “a pesquisa qualitativa, o tamanho da amostra deve ser determinado a partir da necessidade de informações (...) um princípio orientador é a saturação dos dados (...) até ao ponto em que não é obtida nenhuma informação nova e é atingida a redundância” (p. 237).

10.4 PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

Para a colheita de dados utilizei como técnicas:

- Pesquisa documental;
- Entrevistas semi-estruturadas;
- Observação participante.

A **pesquisa documental** teve como base um trabalho exploratório para conhecer previamente o sistema informático que suporta a prescrição electrónica, a organização estrutural do serviço, suas metas e objectivos, normas e procedimentos regularizados, nomeadamente para a preparação e administração de determinados fármacos, para a realização de exames de diagnóstico ou para o transporte de utentes para o exterior.

Para a recolha de dados optei pelas **entrevistas semi-estruturadas**, obedecendo a uma planificação prévia, com perguntas abertas para permitir ao entrevistado expor as suas opiniões, ideias e convicções, contextualizando-as.

A entrevista semi-estruturada é uma técnica que permite “colocar e desenvolver questões mais ou menos abertas no guião. Espera-se que o entrevistado responda livremente a essas perguntas” (Flick, 2005, p.94) e utilizando as suas próprias palavras, serem criativos, expressando as suas perspectivas pessoais e revelando aspectos muito importantes como os sentimentos e emoções associados à prática de cuidados de enfermagem. Este tipo de entrevista exige um esquema ou guião mas a ordem de questionamento e resposta é livre.

Estas entrevistas foram concebidas no sentido de recolher a opinião dos enfermeiros, nomeadamente dos prestadores de cuidados directos ao doente e dos que exercem cargos de gestão na instituição, indo ao encontro dos objectivos e finalidade do estudo. O motivo pelo qual se pretendeu esta diferenciação prende-se com o facto de ser esperada uma postura e actuação diferente por parte do enfermeiro gestor. Interessou saber, para além da sua opinião pessoal sobre este tipo de erro, como é que ele é gerido no serviço onde ocorreu e de que forma é que, ao ser do conhecimento da instituição, o processo decorre. Assim, no que respeita à concepção das entrevistas, tendo em conta estes dois grupos-alvo, algumas questões foram retiradas, outras adaptadas e outras mesmo, substituídas.

As questões contidas nas entrevistas, procuraram recolher um maior conhecimento das causas e factores associados à ocorrência do erro de administração de medicação pelos enfermeiros, das implicações inerentes à ocorrência do erro terapêutico, através das atitudes e comportamentos dos enfermeiros (gestores e prestadores de cuidados directos) descritos, na sequência do erro. Tendo em consideração o tipo de implicações que advêm do seu acontecimento para o profissional de enfermagem e para o utente, questionou-se o procedimento do enfermeiro quando detecta um erro na prescrição electrónica e quando toma consciência do cometimento de um erro por si ou por um colega, a frequência e gravidade com que surgem este tipo de erros e quais as consequências para os utentes e para eles próprios enquanto profissionais.

No início e como preparação das entrevistas, fiz uma apresentação aos enfermeiros participantes. Antes da realização das entrevistas realizei uma abordagem prévia ao tema, descrevendo os objectivos gerais e finalidade do estudo, solicitando a sua colaboração e o seu início foi pautado por uma conversa informal de modo a evitar distância e receios, para propiciar uma melhor expressão das experiências vividas pelos participantes. Esteve presente também a noção de que a relação estabelecida influencia a qualidade dos dados. As entrevistas foram efectuadas sempre com a preocupação que os enfermeiros estivessem a vivenciar a sua experiência ou a de outros colegas. Tive em consideração a importância de criar um conjunto de condições necessárias para proporcionar o mais elevado nível de conforto e privacidade, assegurando um ambiente calmo, numa sala adequada. Solicitei a gravação em registo áudio das entrevistas, tendo os participantes aceite prontamente o pedido. A utilização de um gravador facilita a transcrição da entrevista mas o seu uso pode levantar problemas para o investigador, quer na técnica de utilização, quer no facto do gravador poder ser considerado um instrumento inibidor para alguns participantes, receando que a sua informação privada seja divulgada. Assim, apesar de ter sido obtida autorização para a sua realização, compreendi que a minha presença influenciou certamente o participante.

A conduta ética não foi esquecida. Assegurou-se a confidencialidade da informação colhida e o anonimato dos participantes envolvidos no estudo. Procurei não direccionar as entrevistas, nem expor opiniões ou conhecimentos sobre o que se pretendia estudar. Os participantes podiam interromper ou finalizar a entrevista sempre que desejassem. De referir que foram esclarecidas dúvidas, sempre que estas surgiram, em relação às perguntas colocadas.

Consideraram-se suficientes as 6 entrevistas a enfermeiros da prática de cuidados e as 3 aos enfermeiros gestores, para o esclarecimento e profundidade do que se pretendia estudar. Embora nem todas as entrevistas apresentassem a mesma riqueza de informação, forneceram dados bastante úteis para a concretização do estudo.

Foram portanto, realizadas 6 entrevistas livres, semi-estruturadas a enfermeiros (as) do Serviço de Medicina III do Hospital de São Francisco Xavier com pelo menos 7 anos de experiência profissional e que desempenham funções naquele serviço há mais de 5 anos. Para além destas foram igualmente realizadas entrevistas semi-estruturadas a 3 enfermeiros gestores ou com funções de gestão há mais de 9 anos e com pelo menos 14 anos de experiência profissional como enfermeiros. Todos os enfermeiros foram inquiridos no sentido de melhor caracterizar o contexto e as práticas de cuidados. No que concerne aos enfermeiros prestadores de cuidados directos aos doentes, foram escolhidos estes participantes por constituírem um grupo de profissionais experientes, sendo 3 destes enfermeiros, chefes de equipa. Em relação aos enfermeiros gestores, todos tiveram uma carreira longa e estão na gestão de serviços há bastante tempo, com um percurso consolidado.

As entrevistas decorreram nos meses de Março e Abril de 2006 no hospital em questão (Hospital São Francisco Xavier), sendo que 5 das efectuadas aos enfermeiros prestadores de cuidados tiveram lugar num espaço reservado do serviço (Serviço de Medicina III), para o convívio entre pessoal. Este local foi escolhido por não existir mais nenhum no serviço onde fosse possível ter privacidade e isolamento. Ainda assim, de referir que os entrevistados foram muitas vezes interrompidos, nomeadamente os chefes de equipa, para resolver problemas, sobretudo de índole burocrático. A restante entrevista foi realizada fora do espaço hospitalar. No que concerne às entrevistas feitas aos enfermeiros gestores, foram todas realizadas nos seus gabinetes, garantindo assim o mínimo de interrupções e barulho. A duração das entrevistas variou entre os 30 e os 45 minutos sendo o tempo médio de 38 minutos.

Com o objectivo de conhecer o processo de administração de medicação do serviço, para além de ter sido necessária uma familiarização com o sistema informático que suporta este processo, foi igualmente fundamental a **observação participante** com a colaboração dos enfermeiros que utilizam o sistema e a sua opinião crítica sobre as

suas características, vantagens ou desvantagens e o seu papel no assegurar da segurança dos utentes, sendo que esta técnica é “particularmente útil e fidedigna, na medida em que a informação obtida não se encontra condicionada pelas opiniões e pontos de vista dos sujeitos” (Afonso, 2005, p.91).

10.5 TRATAMENTO DOS DADOS

Posteriormente foi efectuada **transcrição das entrevistas** obtidas para suporte informático (Word 2000) e em seguida, tratamento das entrevistas recorrendo à **análise de conteúdo** em separado dos dois grupos (dos enfermeiros prestadores de cuidados directos e dos gestores), permitindo deste modo fazer: segundo Berelson (1968) uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tendo por objectivo a sua interpretação” (citado em Carmo, 1998, p.251) indo ao encontro dos objectivos específicos e finalidade do estudo.

Após a transcrição integral das entrevistas, realizei uma leitura atenta dos depoimentos no sentido de obter uma percepção do todo. Procedi à identificação de cada expressão significativa (palavras ou frases) que estivessem directamente relacionadas com a problemática em estudo, retirando-as de cada transcrição. “Nem todo o texto é tido em consideração. Apenas a dimensão das atitudes e por consequência só os enunciados que exprimem uma avaliação são submetidos à análise” (Bardin, 2004, p.150). Após o agrupamento de expressões semelhantes, procedi à categorização considerada por Bardin (2004) “divisão das componentes das mensagens analisadas em rubricas ou categorias de um *corpus*” (p.111). A análise dos dados obtidos foi conseguida através de uma “análise temática, transversal, que recorta o conjunto das entrevistas através de uma grelha de categorias projectada sobre os conteúdos” tomou-se em conta “a frequência dos temas extraídos do conjunto dos discursos, considerados como dados segmentáveis e comparáveis.” (Bardin, 2004, p.168) A análise temática trabalha um “sistema de categorias em função de um quadro de referência.” (Bardin, 2004, p.168) Um quadro de referência

teórico que neste caso suporta a problemática do erro na prestação de cuidados de enfermagem – na administração de medicação, inerente à segurança do doente.

A integração dos dados em categorias ou temas permitiu realçar os aspectos associados ao objecto do estudo – o erro de administração de medicação praticado por enfermeiros, e enquadrá-los de forma clara no domínio da prática dos cuidados de enfermagem reais, quotidianos e vividos, por parte dos profissionais destes profissionais de saúde.

Depois da definição dos temas, passei à definição das unidades de registo: “o segmento mínimo de conteúdo que se considera necessário para proceder à análise, colocando-a numa dada categoria” sabendo que “a escolha das unidades de registo depende dos objectivos estabelecidos e do quadro teórico orientador da investigação.” (Carmo, 1998, p.257) Em seguida, e para caracterizar a unidade de registo, introduzi as unidades de contexto, para “assegurar a fidelidade e validade da análise.” (Carmo, 1998, p.257) Pretendi ainda, distinguir a importância concedida a vários temas. A unidade de registo foi traduzida pelo número de vezes que apareceu em cada um dos temas. “Uma maior frequência de uma categoria corresponde ao maior interesse que o autor de um discurso lhe atribuiu” (Carmo, 1998, p.258).

PARTE IV

RESULTADOS OBTIDOS

11. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, começa-se por caracterizar a amostra do estudo e em seguida descrevem-se os resultados encontrados nos enfermeiros que prestam cuidados directos aos utentes na enfermaria, relativos às respostas dadas às entrevistas. Posteriormente, relatam-se os resultados obtidos das entrevistas realizadas aos enfermeiros com cargos de gestão na instituição. Será feita uma exposição das categorias encontradas, bem como dos problemas associados às mesmas e frequência de relatos. Os temas que ressaíram das entrevistas relacionar-se-ão com ilustrações retiradas das mesmas, achados literários e experiência pessoal da investigadora.

11.1 PARTICIPANTES DO ESTUDO

De acordo com a definição de Carmo (1998; 191), a amostra, caracteriza-se por uma selecção de elementos pertencentes a uma população ou universo. “A amostragem conduz à selecção de uma parte ou subconjunto de uma dada população ou universo (...) de tal maneira que os elementos que constituem a amostra, representam a população a partir da qual foram seleccionados” (Carmo; 1998;191).

Os indivíduos que compõem a amostra do estudo são enfermeiros de ambos os sexos, que aceitaram voluntariamente participar no estudo e que se encontravam à data da realização das entrevistas, a exercer funções no serviço de internamento de Medicina III do Hospital São Francisco Xavier inserido no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, com ou sem vínculo contratual à instituição. Foi seleccionada uma amostra não probabilística de conveniência com o objectivo de “determinar as unidades da população que fazem parte da amostra (...) utilizando-se um grupo de indivíduos que esteja disponível ou um grupo de voluntários” (Carmo, 1998; 197).
”As amostras não probabilísticas podem ser seleccionadas tendo como base critérios

de escolha intencional sistematicamente utilizados com a finalidade de determinar as unidades da população que fazem parte da amostra” (Carmo, 1998; 197).

A participação no estudo centrou-se na operacionalização do instrumento usado nesta investigação. O contacto com os enfermeiros para o planeamento da entrevista, foi feito de forma individualizada pela própria investigadora, via telefónica ou pessoalmente. Obteve-se assim, a participação de 6 enfermeiros prestadores de cuidados e de 3 enfermeiros com funções na gestão da instituição. Todos eles responderam ao instrumento de recolha de dados de forma anónima. Os dados facultados, foram usados única e exclusivamente para a investigação realizada.

Para a aplicação do instrumento usado no estudo, foi obtida autorização dos respectivos órgãos directivos, nomeadamente da Direcção de Enfermagem do Hospital de São Francisco Xavier. (Anexo II)

11.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra caracteriza-se em relação a aspectos essenciais da vida de trabalho dos enfermeiros de forma a permitir futuramente dar continuidade ao estudo e dar resposta às questões exploratórias.

Em ambos os grupos estudados (enfermeiros prestadores de cuidados e enfermeiros com cargos de gestão), 66,7% eram do sexo feminino e 33,3% do sexo masculino. A média idades e de anos de experiência profissional nos enfermeiros gestores era claramente e como era de esperar, superior à dos enfermeiros na prestação de cuidados: 43,7 anos de idade e 26,7 anos de experiência nos primeiros e 36,4 anos de idade e 12,84 anos na profissão nos segundos. Pode ser extraído destes dados que neste serviço, as mulheres predominam na profissão e que se aproximam também do domínio das áreas da gestão. Por outro lado, a média de anos de experiência profissional dos enfermeiros entrevistados, é alta. Nos enfermeiros gestores, a sua

experiência média neste cargo é de 8,7 anos, tendo dois dos entrevistados 10 anos de experiência o que significa que conhecem bem as políticas da instituição, designadamente no que refere aos mecanismos de regulação interna do erro. Têm uma média de 13 anos de trabalho como enfermeiros de cabeceira, fazendo prever um alargado e aprofundado conhecimento do trabalho destes profissionais nas enfermarias, dos constrangimentos inerentes ao seu trabalho e ao dos outros profissionais de saúde que com eles partilham e asseguram actividades com vista à melhoria do estado clínico ou adaptação à doença, dos utentes. O gestor no domínio da enfermagem tem como alvo de todo o seu desempenho “o respeito pelos direitos do doente”. Gonçalves (1998; 172) refere de acordo com o seu estudo que “toda a acção deve ser planeada em função das necessidades por ele sentidas e direccionada para o seu atendimento personalizado.” “Quando gere os seus recursos, o enfermeiro gestor “tem presente não só o utente, mas também os problemas da equipa” respondendo aos seus apelos está atento às dificuldades, influencia e estimula a pessoa na mudança de atitudes e comportamentos que levam a um crescimento do cuidar. (Gonçalves 1998; 174) Neste estudo menciona-se a importância do enfermeiro gestor conhecer bem a equipa com quem trabalha, fazendo uma “avaliação das características pessoais e profissionais da equipa” devendo ter em conta que “a experiência, competência técnica e relacional, influenciam a prestação de cuidados ao utente” (Gonçalves 1998; 174).

Para uma melhor compreensão e acompanhamento dos procedimentos metodológicos utilizados no decorrer do estudo, apresenta-se a transcrição integral de duas das entrevistas, uma realizada a um dos enfermeiros prestadores de cuidados (Anexo III) e uma outra realizada a um enfermeiro com cargo de gestão (Anexo IV).

11.3 RESULTADOS OBTIDOS NOS ENFERMEIROS PRESTADORES DE CUIDADOS

Ao analisar o significado das declarações significativas foi possível obter:

- Factores ligados à ocorrência do erro, identificados no processo de preparação e administração de terapêutica;
- Condutas dos enfermeiros face ao erro de medicação;
- Condutas das chefias e instituição relativamente ao enfermeiro que cometeu o erro de medicação;
- Consequências para os utentes do cometimento do erro de administração de medicação;
- Tipos de erro de administração de medicação mais comuns.
- Factores Ligados à Ocorrência do Erro, identificados no Processo de Preparação e Administração de Terapêutica

No que diz respeito às categorias encontradas, o maior número surgiu nos factores ligados à ocorrência do erro, tendo sido possível identificar dez referentes a estes factores. Foram encontrados as seguintes: o ambiente, o conhecimento sobre o medicamento, a verificação e registo da medicação, a preparação dos medicamentos, a administração dos medicamentos, violações de regras, prescrição de medicamentos, processo de transcrição, factores intrínsecos e o modelo organizacional.

11.3.1 Factores Ligados à Ocorrência do Erro

11.3.1¹ Categoria “*Ambiente*”

Na categoria “**ambiente**” incluíram-se as seguintes sub-categorias associadas a problemas encontrados: **sobrecarga de trabalho, localização inadequada do stock de medicamentos, interferências ou interrupções e ambiente de preparação dos fármacos stressante**. A **sobrecarga de trabalho**, mencionada por 5 participantes, está associada ao rácio inadequado de enfermeiros-doentes, à sobrecarga de tarefas, aos problemas para resolver no serviço e à falta de protocolos que normalizem os procedimentos. Verifica-se nos serviços de internamento, que a distribuição dos enfermeiros nem sempre é fácil de efectuar, nomeadamente devido

aos graus de dependência dos doentes, que frequentemente se alteram por força da instabilidade clínica dos mesmos, das intercorrências que surgem de modo muitas vezes imprevisível, da entrada de doentes para o serviço, exigindo a mobilização de numerosos recursos quer materiais (providenciar roupa, bens de primeira necessidade, medicação, exames de diagnóstico...) quer humanos (enfermeiros, médicos, auxiliares de acção médica, secretária de unidade). De facto, muitos doentes atribuídos a um enfermeiro num turno da manhã, por exemplo, em que o rol de procedimentos de rotina é maior, exige do enfermeiro uma priorização dos cuidados parcelar e um trabalho fragmentado baseado no cumprimento de tarefas. Este método não lhe permite integrar conhecimentos sobre todos os doentes que lhe estão atribuídos (motivo de internamento, doenças de base, padrões hemodinâmicos) e muito menos sobre todos os acontecimentos associados aos motivos de internamento, como: exames auxiliares pedidos, requisições de análises, jejuns, alergias alimentares que condicionam o tipo de dieta do doente, alergias medicamentosas que determinam a prescrição, preparação e administração de determinados fármacos...

Para além destas actividades, inerentes ao trabalho dos enfermeiros, existem situações pontuais ou problemas que estes têm de resolver durante o turno, nomeadamente, dar seguimento a pedidos e orientações médicas, acolher familiares e doentes, ouvindo-os e respondendo a solicitações por eles feitas, transferir doentes de salas (por exemplo de salas destinadas a uma vigilância maior como unidades de cuidados intensivos para a enfermaria) ou para outras unidades dentro do hospital ou para fora dele e assegurar que a transferência decorreu sem falhas, fazer novos pedidos à farmácia de fármacos prescritos que não foram enviados ao serviço:

“O enfermeiro estava sobrecarregado de trabalho. Pode ser pressionado psicologicamente sendo o chefe de equipa, por problemas que surgem no serviço, burocráticos...como mudanças de camas como acontece muitas vezes, e por outro lado têm o mesmo número de doentes que os outros enfermeiros, só que os outros não têm essas responsabilidades acrescidas...” (E6)

Ainda assim, a falta de enfermeiros nos serviços, actualmente, não corresponde à falta de enfermeiros formados pelas escolas de enfermagem. Isto determina que cada vez mais profissionais de enfermagem se encontrem no desemprego, sobretudo os recém-licenciados. Dados recentes publicados no jornal Público revelam resultados de um inquérito feito pela Federação Nacional de Associações de Estudantes de Enfermagem junto das cerca das 40 escolas de Enfermagem do país no final de 2007. Os dados publicados demonstram que por ano saem das escolas de enfermagem três mil licenciados. A nível nacional, após três meses de finalizarem o curso só 24% dos enfermeiros conseguem emprego e apenas 55% após seis meses. Actualmente e como referido neste estudo publicado, estima-se que dois mil e quinhentos enfermeiros se encontrem desempregados, sendo que quinze mil estão em formação, prevendo-se a agudização do problema a curto e médio prazo. Por outro lado, dados do Ministério da Saúde, em 2004, davam conta da falta de 21 mil enfermeiros nos hospitais e 12 mil nos centros de saúde”. Porém, “entre 2003 e 2007 em todos os hospitais foram admitidos apenas 1100 profissionais.” Daqui se pode concluir que o congelamento da admissão de enfermeiros nas instituições de saúde se deve a uma gestão da saúde assente no determinismo dos ciclos políticos, desenhados para o imediatismo, sem visão estruturante e estratégica, os quais têm assumido uma exigência cega na redução de custos, sem ponderarem adequadamente a qualidade e a equidade no acesso aos cuidados e serviços de saúde. Na verdade, não se admitem os enfermeiros necessários ao bom e regular funcionamento dos serviços, não por haver escassez real de enfermeiros mas por razões puramente economicistas.

No que concerne à **localização do stock de medicamentos** (mencionado por 4 participantes do estudo), foi referido que “os carros de terapêutica estavam no corredor” o que tornava o processo de preparação dos fármacos atribulado, pelas constantes discontinuidades provocadas no trabalho pelas **interrupções** (referidas por 6 participantes):

“(...) as pessoas são constantemente interrompidas quando estão a preparar terapêutica e até a administrá-la. Há médicos que nos pedem coisas, os fisioterapeutas, os familiares...e isto é um dos factores que pode levar ao erro.” (E3)

Constatou-se que os enfermeiros relatam maior **perturbação da continuidade do seu trabalho**, no que diz respeito à presença de um grande número de pessoas no corredor, em alguns períodos, sobretudo no turno da manhã com a presença dos médicos residentes do serviço e no turno da tarde pela presença das visitas (familiares e pessoas significativas) dos doentes internados:

“...as pessoas são constantemente interrompidas quando estão a preparar medicação...” (E2)

“(...) do ambiente em que se prepara e administra a medicação...um ambiente stressante, com constantes interrupções, quer por parte de colegas, quer por parte de familiares ou até dos próprios médicos.” (E1)

“(...) há muita gente à volta, enquanto estamos a preparar terapêutica” (E3)

O **ambiente barulhento, ruidoso e confuso** foi igualmente mencionado:

“O serviço de medicina é muito confuso, há muita gente à volta, há as visitas, os médicos, os familiares dos doentes...isto é um factor dissuasor da nossa atenção e pode de facto levar ao erro na preparação da terapêutica.” (E3)

Isto porque no início do estudo neste serviço de medicina interna, o carro de medicação se encontrava no corredor, frente à estação de enfermagem (onde estão arquivados os processos dos doentes, onde os médicos pesquisam esses processos, prescrevem terapêutica, onde os enfermeiros escrevem as suas notas de ocorrências e onde se situa um stock de terapêutica). No decorrer do estudo, os responsáveis e a chefia do serviço decidiram mudar a localização do carro de terapêutica, ficando este agora, dentro de uma sala onde antes se realizavam técnicas invasivas, como: cateterização venosa central, biopsias e drenagens torácicas. Esta mudança também foi alvo de críticas:

“Por um lado há a vantagem de estarmos isolados a preparar a terapêutica, por outro lado também não é o sítio ideal para estarem os carros (estão dentro de uma sala que é a antiga sala de técnicas), porque o resto do material todo que é necessário para a preparação está noutras salas distantes.”
(E2)

“Estão a tentar-se fazer algumas modificações que não estão a ser muito viáveis...” (E2)

11.3.1² Categoria “Conhecimento sobre o Medicamento”

Nesta categoria incluíram-se as seguintes sub-categorias: **conhecimentos insuficientes relativamente aos medicamentos e seus potenciais efeitos e falta de experiência e de domínio a nível terapêutico.**

Na prática, a **falta de conhecimentos sobre fármacos**, referida por 7 dos participantes, como factor causal associado à ocorrência do erro de administração de medicação, não está, muitas vezes relacionada com falta de experiência profissional e de domínio da terapêutica (mencionada por apenas dois participantes). De facto, a formação inerente ao curso de licenciatura em enfermagem inclui noções de farmacoterapia, no entanto, durante o curso o estudante é instruído e formado no sentido de se certificar da medicação e assegurar que estão cumpridos os princípios de segurança que regulam a sua administração:

“(...) a falta de experiência profissional pode dar para os dois lados: se a pessoa for conscienciosa, a falta de experiência profissional faz com que ela confirme mais vezes a preparação e a administração, mas se a pessoa não tiver a preocupação de tirar dúvidas, de perguntar quando não sabe e executar sem ter segurança do que está a fazer, aí sim, a possibilidade de errar é exponencialmente mais elevada do que os outros factores todos juntos.” (E3)

Dos depoimentos recolhidos salienta-se que a falta de experiência e a falta de conhecimento sobre os fármacos é tolerável, o que se torna inaceitável para estes

enfermeiros é a **atitude e postura de alguns enfermeiros**, especialmente os mais jovens:

“os mais novos... ultimamente vêm das escolas com a noção que sabem tudo, nem perguntam! Às vezes só quando estão a fazer as coisas ou depois de já as terem feito é que nós nos apercebemos do que fizeram. E na maioria das vezes não entendem a gravidade do que estão a fazer. Antes eu acho que éramos mais humildes...tínhamos mais medo de fazer asneira, porque tínhamos realmente consciência que sabíamos o básico dos básicos...sabíamos mesmo muito pouco.” (E1)

Outro depoimento torna clara a importância da **atitude dos enfermeiros face à sua inexperiência** e impossibilidade de conhecimento de todos os fármacos em uso:

“os erros têm também a ver com a falta de experiência profissional... e sobretudo com a atitude desses elementos mais novos. Por vezes não perguntam, acham que estão a fazer bem...e às vezes nós, os mais velhos não tomamos conhecimento. Eles não perguntam e nós não temos tempo para andarmos a ver o que estão a fazer.” (E1)

“Mas esta pouca humildade que se tem verificado que os mais novos têm (nem todos, mas a maioria) e mais grave ainda, a pouca consciência que um erro que lhes possa parecer mínimo, pode ter consequências desastrosas para a saúde do doente ou para o agravamento do seu estado clínico é que é realmente grave porque torna as pessoas negligentes.” (E5)

A **negligência** define-se segundo Fragata et al (2005; 220) como “qualquer atitude que assente na violação de regras estabelecidas como aceitáveis e desejáveis numa determinada situação.” Segundo este autor, o erro é aceitável, a violação é um procedimento que foge às regras estabelecidas e um comportamento assente em violações é negligente e indesculpável.

Portanto, o que é desejável é que *“um enfermeiro novo que entra no serviço, mesmo até depois do período de integração, já sabe mais qualquer coisa mas não tem ainda a experiência do contacto mais directo, de ser ele a decidir e a pensar sobre os problemas” (E6)* devendo *“agir no sentido de minimizar as consequências nefastas para o doente e fazer com que não volte a acontecer” (E3)*

“Há colegas que vêm contar, contam-me a mim porque sou chefe de equipa, e estão realmente preocupados com o que vai acontecer ao doente e no que é que podem fazer para que o erro não se repita” (E3)

11.3.1³ Categoria “Verificação e Registo da Medicação”

Esta categoria inclui os **erros de processo** ou **falhas na verificação da medicação**, os quais foram pouco associados à ocorrência do erro. Apenas foi possível obter 2 relatos. Este tipo de falhas relacionadas com incumprimentos nos procedimentos de verificação antes da administração do medicamento:

*“Um doente saiu com alta, entrou outro doente e não houve actualização da terapêutica e o doente que entrou, fez a medicação do que tinha saído com alta...” ou “ainda que um doente esteja em jejum para um exame...desde os anti-hipertensores, os beta-bloqueantes, que muitas vezes até para os exames que vão fazer é conveniente que tenham feito a terapêutica para não estarem descompensados e não se faz. São, na minha perspectiva, **erros de processo.**” (E4)*

Em muitos casos, as regras e princípios têm de ser adaptados às condições do doente, que mudam rapidamente durante o internamento e das quais enfermeiro responsável deve estar a par:

“(...) o importante não é cumprir o horário de administração e administrar os medicamentos todos. O importante é saber se naquela situação, para aquele doente, é importante manter ou não a toma daquele medicamento” porque “o doente pode estar estabilizado agora e daqui a dois ou três minutos descompensar...” (E1) O enfermeiro “faz a ponte com a equipa médica, justificando, porque é que não fez determinada terapêutica, em função do estado do doente.” (E1)

De acordo com os resultados extraídos da amostra, a perversão do método individual de trabalho, implicado nas **falhas de verificação da medicação** acontece poucas vezes neste serviço:

“A preparação feita por um elemento e a administração feita por outro, não acontece com frequência (...) raramente acontece” (E1), só “numa situação de urgência, numa tentativa que os outros doentes atribuídos àquele enfermeiro recebam os cuidados adequados, se vai ajudar o colega...” (E2)

Esta situação é atribuída às situações em que o serviço se encontra com um rácio menor, e em que se procura que os cuidados básicos ao doente sejam garantidos:

“houve uma altura em que embora o método de trabalho do serviço fosse sempre o individual, as equipas trabalhavam à tarefa. Uns iam administrar terapêutica, outros iam dar a volta...” (E3)

“A regra de quem prepara administra, que neste serviço se cumpre, só não se cumpre numa situação de urgência em que o colega está muito atarefado ou no caso de estarmos menos a trabalhar no turno, por falta de alguém, nas greves...” (E5)

“Quando há greve a pessoa opta pelo método de equipa em vez do método individual” (E4).

“Houve uma altura em que estávamos a trabalhar nos mínimos, com três enfermeiros na enfermaria para 28 doentes e um dos enfermeiros da UNICARD quase nunca lá estava porque estava nos transportes de doentes...” (E2)

“éramos responsáveis por todos os doentes, o que pode criar alguma confusão...para além de que nunca sabemos o que se passa em profundidade com cada doente e isso gera insegurança” (E5)

O que acontece é que *“se há um elemento que vai a um exame e está ausente, ou um elemento que está menos disponível por uma intercorrência com um dos doentes que tem atribuído, não se vão deixar os outros doentes todos desse elemento sem serem cuidados (...) podemos preparar-lhe a medicação e depois administrá-la ou não, com o objectivo de ajudar o colega”.* (E1) Este procedimento é precedido em regra, por uma passagem de informação do enfermeiro que vai acompanhar um transporte, sobre o doentes que lhe estão atribuídos no turno, a outro colega que acumulará a responsabilidade pelos seus doentes e pelos do colega que se ausentou.

11.3.1⁴ Categoria “Preparação dos Medicamentos”

No âmbito deste tema foram identificadas seis sub-categorias, que passo a descrever: **preparação incorrecta do medicamento – diluição** incorrecta (referido por 8 participantes); **erros na dosagem de um medicamento** (2 participantes); **identificação incorrecta da terapêutica** (2 participantes); **horários incorrectos** (referido por 1 participante); **procedimentos incorrectos** (referido igualmente por 1 participante).

Neste tema, o factor associado à preparação dos medicamentos mais referido foi a **diluição** dos fármacos endovenosos – por 8 dos indivíduos que participaram no estudo. Estes referenciaram problemas neste procedimento que precede a administração.

“Continuam a acontecer erros, na preparação do medicamento, sobretudo nas diluições...”(E1)

“Erro (...) nas diluições...” (E2)

Neste aspecto surgiram por parte dos participantes revelações importantes relativamente à **comunicação** entre o serviço de internamento e o serviço de farmácia do hospital no que refere a alterações recorrentes de medicamentos e actualizações do seu modo de preparação:

“A verdade é que farmacologicamente, os medicamentos mudam, as formas de preparação e administração mudam e as pessoas não são de imediato informadas destas mudanças pela farmácia”
ou estas *“vão sendo dadas pela farmácia...”(E2)*

“Com um fármaco específico havia indicações da nossa farmácia para administrar um fármaco de forma directa...afinal, a mesma farmácia que trabalha connosco há anos, há cerca de três meses disse que não, que nunca nos disse isso...Portanto, eu desde que comecei a trabalhar que administro aquele fármaco directamente na veia do doente...há uma falta de comunicação flagrante...” (E2)

Muito embora esteja presente teoricamente, na prática este é um aspecto recorrente nos nossos hospitais. Sabe-se que uma comunicação eficaz na equipa de saúde facilita a humanização das relações entre os seus elementos, contribuindo para a existência de uma maior motivação e melhor cooperação entre a equipa. Apesar de todo o desenvolvimento técnico-científico, a comunicação – tanto dos elementos da equipa entre si como entre a equipa e o utente – é o fundamento essencial para alcançar a excelência da enfermagem.

A minha experiência profissional passa por um percurso de trabalho em quatro instituições hospitalares. Em todas elas foi claro constatar que existe um fraco intercâmbio de conhecimentos e experiências no que refere ao campo de actuação dos diversos profissionais. Fazem-se poucas formações internas sobre fármacos novos e suas características, indicações, formas de actuação, preparação e administração. Os enfermeiros por sua vez, também não partilham com os farmacêuticos e médicos as suas dificuldades, os seus conhecimentos adquiridos da prática da administração dos medicamentos aos utentes e sugestões que advêm dessa prática, que muitas vezes comentam entre si mas que não revelam para fora da esfera do grupo profissional. Nas escolas de enfermagem, estes profissionais são formados para colocarem em prática todas as competências comunicacionais adquiridas, no que respeita à relação terapêutica com os doentes, mas não lhes é inculcada a necessidade de desenvolverem e aplicarem estratégias comunicacionais entre equipas de saúde. Os próprios organismos reguladores destas profissões, nas quais os seus intervenientes trabalham juntos em prol da saúde das populações, deviam ter um papel mais interventivo e profícuo na prevenção de erros decorrentes de falhas na comunicação. Estas considerações decorrem da constatação de que, a comunicação é cada vez mais fonte de problemas entre as pessoas que se reflectem nos cuidados prestados àqueles que deles necessitam. Cassiani et al (2007) afirmam que “uma das exigências para uma assistência de qualidade e segura é que o sistema possua um canal de comunicação eficaz, permitindo às equipas, transmitir e receber informações de forma clara e correcta”. Eu acrescentaria que para além de transmitir e receber, as

quais compreendem a partilha, é igualmente fundamental a integração e a adaptação dessas informações às diferentes realidades e contextos da prática.

Salienta-se ainda a questão da não **uniformidade de procedimentos** nos diversos hospitais, que pode comprometer a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do doente:

“isto varia de hospital para hospital e por isso é que os critérios são diferentes e dependem das experiências das pessoas noutras instituições” (E1)

“Há elementos que vêm de outras instituições onde não era feito o doseamento de antibióticos, e não têm a percepção que têm mesmo que se cumprir de forma criteriosa, quer as administrações do antibiótico, quer as colheitas de sangue...” (E1)

“Há sempre quem diga: «eu no serviço onde estava antes, fazia assim»”(E5) e “vão-se regendo por eles próprios e pouco pelo que está preconizado no serviço onde estão a trabalhar na altura” (E3)

“Uns diluíam determinado fármaco em 10 ml, outros em 100 ml e os critérios não estavam devidamente definidos, como uma norma que deve ser seguida.” (E4)

Nos discursos analisados é igualmente enfatizada a **falta de conhecimentos** associada ao processo de preparação dos fármacos, sobretudo dos endovenosos e a necessidade de **normalizar procedimentos** e uniformizar a informação:

“Às vezes não sabem como se devem diluir determinados medicamentos. Às vezes o que se passa é que são administrados directamente” (E3) em vez de serem diluídos: *“depois fui ver e não tinha feito diluição nenhuma, tinha posto o conteúdo das três fórmulas dentro da seringa...fazia amiodarona directa”* (E3)

“Não há ainda um critério igual para isto” (E5) mas *“vamos ter agora uma folha com as diluições dos medicamentos que mais usamos aqui, mas ainda surgem dúvidas”* (E2)

“penso que esta tabela pode ajudar muito (...) todos se regem pelas mesmas regras, por assim dizer.” (E4)

A preparação incorrecta do medicamento associada à sua **diluição**, no solvente adequado e na quantidade exigida, é considerado *“o erro de preparação mais frequente e que leva aos erros de administração mais frequentes” (E4)* e *“os erros mais graves que vi foram todos relacionados com as diluições” (E5)*

“Outro erro que presenciei, duma colega que não tinha o hábito de perguntar ou naquele dia achou que não precisava de perguntar, foi relativo a uma diluição...” (E3)

Quando o enfermeiro que prepara a terapêutica tem dúvidas deve sempre esclarecê-las. No serviço onde foi efectuado o estudo as dúvidas são esclarecidas com os enfermeiros mais experientes: *“pergunta ao enfermeiro mais experiente ou mais velho no turno, que tem ao seu dispor um quadro de incompatibilidades... Quando estamos a pôr em questão a diluição, avaliamos em quanto, o quê e por que via vai seguir”*. Ou seja, quando se prepara um fármaco é sempre importante confirmar que fármaco é, para que indicações, como é que se prepara correctamente, por que via de administração será administrado e que sintomatologia deverá despistar em seguida. No que refere à **via de administração** também acontecem erros: *“como prepararem xaropes numa seringa como se fosse terapêutica endovenosa (...) podia ter tido consequências muito sérias se tivesse sido administrado.” (E2)*

Decorrentes da não salvaguarda destes princípios, surgem **erros na dosagem dos medicamentos**: *“eu vi também erros muito graves que têm a ver com a administração de elevadas unidades de insulina (...) traduzindo hipoglicémias gravíssimas e difíceis de reverter, como vi nessa administração de heparina, que entre confusões e reanimações, não foram administradas 5000 unidades mas 25000...” (E1)*

“Também já soube de quem tenha administrado 40 unidades de insulina em vez de quatro.” (E5)

A **identificação incorrecta da terapêutica** pode levar ao erro: “acho que é muito importante identificar bem a terapêutica” (E3) “a identificação pode estar mal feita ou pouco clara” (E5).

“Há uma regra que aprendemos todos na escola e que nunca é cumprida, que é a **regra da hora certa**” (E2). Administrar os fármacos na hora que está prescrito, torna-se por vezes uma tarefa impossível de concretizar. Na verdade, este requisito depende das condições em que os enfermeiros trabalham e não depende unicamente do seu desempenho. Se por um lado pode estar relacionado com a pessoa que prepara: “tenho uma pessoa na equipa que é assim um bocadinho mais desconcentrada, mas confirma tudo três vezes e demora mais tempo, claro...” (E3) por outro, o ambiente de trabalho que envolve a actividade final de administração do fármaco condiciona o cumprimento das regras de administração: “é impossível administrarmos toda a medicação que temos para dar àquela hora (...) É uma regra que toda a gente ultrapassa. Não é possível num serviço com as características do nosso e com o rácio que temos (...) mesmo que tenhamos 15 minutos a meia hora para administrar só os antibióticos, torna-se uma tarefa impossível, porque a maioria tem 3, 4 ou 5 antibióticos endovenosos para serem administrados à mesma hora, é ridículo.” (E2)

“A prescrição é feita na maioria dos casos sem que o médico tenha em conta se a administração é possível.” (E2)

“As alterações de terapêutica é que vêm mais tarde, não mandam em tempo útil e o que acontece é que se a terapêutica é dada às 19h, mas a alteração vem às 19.30h, porque a farmácia fica a preparar a unidose...” (E6)

“(...) na conferência da terapêutica verifica-se que não está lá aquele medicamento (...) fazemos uma folha de comunicação interna à farmácia a pedir a medicação e depois enviar lá um auxiliar para ir buscar”. (E6)

Uma das exigências requeridas para a execução de procedimentos técnicos aos utentes é o cuidado com a higiene das mãos, isto porque de acordo com Augusto, Rodrigues, Simões, Amaro & Almeida (2004) “o corpo em si mesmo é o principal instrumento nos cuidados de enfermagem” (p.113) e “as mãos vão estabelecer uma ponte de comunicação” (...) não contribuindo só para o cuidado ao outro. (Augusto, 2004, p.113). Não deve ser, portanto menosprezada a importância da sua **higiene** cuidada. *“Verifica-se o aumento das infecções urinárias no serviço, por não haver os cuidados necessários de desinfetar as mãos, mudar de luvas quando se vai cuidar de outro doente”*(E6)

11.3.1⁵ Categoria “*Violações de Regras*”

As violações de regras para os participantes do estudo são imputadas ao **incumprimento do horário de administração da medicação** (em 4 dos participantes), **do princípio da observação da toma** (em 2 das descrições), **da identificação correcta da terapêutica** (em 3 dos participantes no estudo) e da **regra de preparação e administração pela mesma pessoa** (em 2 dos que colaboraram no estudo).

No que refere ao princípio ou norma mais vezes subvertido, os participantes do estudo referiram que mais frequentemente se **falha na correcta identificação da terapêutica a ser administrada**. O relato a seguir descrito, denota uma falha recorrente neste serviço: *“já se passou muitas vezes, nos turnos da manhã, eu detectar balões de soro com diluições de terapêutica a perfundir para o doente, que não estão identificados e eu não sei o que é. E depois se o médico nos pede para administrarmos algum fármaco, nós não sabemos se até já foi administrado. Acontece muito não se identificarem as diluições”*. (E3)

Constatai ainda que o **princípio da observação da toma** é também referido como um dos que menos se cumpre:

“Nós por vezes desprezamos o princípio da observação da toma” (E1)

“Criou-se o mau hábito dos auxiliares administrarem a terapêutica quando estão a alimentar os doentes, sem a presença do enfermeiro.”(E2)

“Também na maioria dos casos não observamos a toma, e somos ensinados na escola que é um dos princípios-chave que nos garante que o indivíduo tomou o medicamento”, “com a experiência, com os anos de trabalho, vamos flexibilizando algumas regras” (E5)

“Há princípios que são ensinados na escola, que é o que deve ser, depois penso que são adaptados à realidade do trabalho e são institucionalizados.” (E6)

Actualmente, no contexto nacional da formação em enfermagem, existe cada vez maior preocupação em desenvolver nos estudantes as competências necessárias, que lhes permitam em situações concretas, mobilizar recursos teóricos e técnicos adquiridos. As escolas têm insistido na sensibilização dos estudantes para a análise das situações de prestação de cuidados de enfermagem, embora o que se verifica é que, embora durante as aulas se envolvam numa tónica do cuidar à pessoa, quando inseridos na prática, experienciam contraditoriamente a aplicação dos cuidados e enfermagem de acordo com as rotinas estabelecidas pela instituição que integra. Tal faz crer que os princípios ensinados ficam, mas vão sofrendo uma adaptação progressiva, sendo desconstruídos com o passar do tempo.

É interessante constatar que o **incumprimento da regra de preparação e administração pela mesma pessoa** está também relacionado com a falha de verificação e registo da medicação. Isto tem implícito a perversão de uma regra importante, que prevê que o enfermeiro responsável pelo doente lhe prepare e administre ou não a medicação prescrita, de acordo com a avaliação que faz da condição clínica do doente e com o enquadramento dos cuidados no momento:

“(...) se é responsável por aqueles doentes, todos os procedimentos inerentes passam por si (...) implica também ter algum conhecimento e algum domínio” (E1)

“O importante é saber se naquela situação, para aquele doente, é importante manter ou não a toma daquele medicamento...” (E1)

Outro enfermeiro revelou um erro cometido devido ao não cumprimento desta regra: *“estava eu e uma colega na terapêutica e o doente era meu mas foi ela a administrar e administrou mal insulina, administrou-lhe uma dose maior do que aquela que o doente necessitava, e o doente fez uma hipoglicémia na saída de vela”* (E3)

11.3.1⁶ Categoria “Administração de Medicamentos”

Na categoria formada sobre a administração de fármacos, incluem-se: a **não observação da toma e delegação da tarefa aos auxiliares de acção médica, erros de administração pelo desconhecimento dos doentes, administração incorrecta aliada à preparação incorrecta e a troca de medicação administrada ao doente.**

Dos problemas referidos e anteriormente mencionados, o maior número de relatos surgiu na **troca de medicação – administrar terapêutica ao doente errado**, em 4 dos participantes. Administrar um medicamento a um doente que devia ser administrado a outro, pode acontecer *“embora a medicação que vai para junto dos doentes seja conferida e identificada, vai num tabuleiro e pode acontecer muita coisa ao tabuleiro...”* (E5)

“(...) podemos perder medicação, a identificação pode não ser clara e enganamo-nos no doente a quem administramos” (E4). Outro participante revela que *“a troca é o tipo de erros número um.”* (E6) Esta situação pode ser consequência da não administração pela mesma pessoa que prepara ou com o desfasamento de tempo entre a preparação e a administração, por exemplo é hábito e praticamente rotina da maioria dos enfermeiros que fazem dois turnos seguidos a preparação de toda a medicação para aqueles turnos.

“o enfermeiro vai preparar a sua terapêutica que é das 19h e prepara logo a das 23h, a da 1h e das 7h.” (E6)

Isto significa que se existirem particularidades pontuais para a administração vão ser esquecidas. A identificação dos fármacos pode ficar danificada e pouco legível, e o enfermeiro quando vai administrar já não vai conferir a terapêutica porque já o fez antes. São situações comuns inerentes ao trabalho dos enfermeiros, que acontecem na tentativa de agilizar e facilitar esse trabalho, dando tempo para outras tarefas e actividades.

A **administração incorrecta aliada à preparação incorrecta** tem sobretudo que ver com a administração pela via errada e foi referida por 3 participantes do estudo.

“ (...) a segunda situação será administrar o fármaco correcto mas não pela via correcta...por exemplo uma insulina que é para administrar via subcutânea e que se administrou endovenosa. Aí é mais grave” (E6).

“ (...) estar prescrita uma injeção intramuscular e ser preparada como endovenosa” ou “prepararem xaropes numa seringa como se fosse terapêutica endovenosa” (E4).

“Já soube também de um combivent aerossol que foi administrado via endovenosa” (E2).

A **delegação da tarefa de administração de terapêutica** foi mencionada por 2 enfermeiros e surge no caso dos medicamentos orais que são administrados às refeições, que são dadas aos doentes mais dependentes pelos auxiliares de acção médica do serviço.

“Deixar o medicamento na mesa-de-cabeceira do doente para ele depois tomar” (E5), *“pode cair no chão”* (E1) ou porque se *“criou o mau hábito dos auxiliares administrarem a terapêutica oral, muitas vezes sem a presença do enfermeiro, quando estão a alimentar os doentes. O ideal seria que o enfermeiro administrasse ou pelo menos observasse a toma”* (E2).

Segundo um dos participantes do estudo, “*quem prepara deve administrar*” “*quem não conhece os doentes não lhes deve administrar terapêutica (...) sujeita-se mais e expõe-se mais para que lhe aconteça um erro*” (E1), o qual surge por **desconhecimento dos doentes** (o que foi referido por 1 participante).

11.3.1⁷ Categoria “*Prescrição de Medicamentos*”

Nesta categoria foi abordada a questão das **prescrições telefónicas** (por 2 participantes) efectuadas pelos médicos que não observam o doente e o acontecimento subsequente de erros:

“(...) muito relacionados com as dosagens e muito com a prescrição verbal ou telefónica de: «faça isto» sem observarem os doentes (...) o que é mau, muito mau...” (E1)

“(...) e eu inúmeras vezes digo «não faça o que quer que seja ao doente, antes dele ser observado». Se o doente não está bem, alguém tem que olhar para ele” (E1)

“Por exemplo, como várias vezes” decorrente da agitação do doente “*«olhe dê uma clorpromazina» e as pessoas nem percebem que efeitos podem ter no doente e o que têm de monitorizar a nível de vigilância...porque alguém disse, o médico disse...e é administrar e já está. Eu sou absolutamente contra isto. (...) Há medicação que a toma implica grandes repercussões.*” (E1)

11.3.1⁸ Categoria “*Transcrição*”

Incluídos neste tema encontram-se: **diminuição dos erros de transcrição de prescrição com a prescrição electrónica, diminuição das dificuldades de interpretação da prescrição com a prescrição electrónica por ilegibilidade da letra.**

A prescrição electrónica foi instituída no Serviço de Medicina III há 3 anos, estando os enfermeiros familiarizados com este sistema. Os enfermeiros que se encontram

em período de integração recebem formação para poderem, passado esse período, utilizar o sistema informático. Quatro dos enfermeiros inquiridos acentuaram o facto da **prescrição electrónica resolver as dificuldades de interpretação da prescrição manual**, associadas à **ilegibilidade da letra do médico**, reforçando os seus aspectos vantajosos:

“ (...) dantes a prescrição era feita manualmente e às vezes a letra não era legível e realmente nós por vezes, não sabíamos muito bem o que é que estava prescrito, ou a dosagem...” (E3)

Anteriormente *“quando vinham da urgência traziam uma folha verde com a prescrição que continha o medicamento, a dosagem e muitas vezes a via de administração e a hora não vinham indicadas ou não eram explícitas, não se percebia bem.”* (E3)

A prescrição electrónica torna-se *“um elemento único entre a equipa de enfermagem e a equipa médica”* (E1)

“Há uma avaliação da farmácia sobre o tipo de medicação que quando não é viável ou não é compatível, nós somos alertados para isso e o médico também. Acho que é realmente vantajosa.” (E2)

Foi igualmente referido por dois participantes, o facto deste método **diminuir os erros de transcrição da folha de prescrição médica** para a folha de terapêutica de enfermagem:

“O não haver necessidade de transcrição da prescrição para a nossa folha de enfermagem, evitando-se (...) interpretações diversas.” (E1)

Por outro lado, a inclusão da dosagem pretendida, via de administração e horário para a administração no sistema informático, torna mais claro o pretendido pelo médico e reduz as possibilidades de falha.

“Associado ao medicamento prescrito vem sempre a dose, a via de administração e o horário para serem administrados os fármacos (...) e isso acaba por ser mais coerente.” (E1)

Van de Castle et al (2004) referem que “a ordem de prescrição fornecida pelo sistema informático elimina o problema de decifrar prescrições e permite a tomada de decisões sustentadas pelos seus utilizadores” (p.612). As razões que o permitem fazer relacionam-se com a sua “aplicação interdisciplinar e o sistema de alerta” que o compõem, sendo que “o sistema de alerta ajuda os profissionais de saúde a estarem atentos aos dados que influenciam as decisões” (Van de Castle et al 2004, p.611).

11.3.1⁹ Categoria “*Factores Intrínsecos*”

No que concerne aos factores causais para o acontecimento de erros de administração de medicação relacionados com os próprios enfermeiros, foram referenciados: **a importância da verificação conscienciosa da medicação** e da **experiência profissional do enfermeiro**, a **humildade para pedir ajuda**, as **dificuldades de concentração** e o **cansaço**.

A **experiência profissional** foi considerado o factor mais importante, no que refere ao desempenho seguro (mencionado por 6 dos participantes). A experiência profissional veio associada à maior facilidade de resolução de problemas:

“a responsabilidade com o tempo não se perde, a experiência é que confere ao enfermeiro a capacidade de resolver problemas decorrentes de alguma intercorrência” (E6) e maior facilidade na mobilização de recursos aquando do acontecimento de um erro: *“ou resolve ou vai ter com o médico directamente. Depende também dos contextos”* Estes enfermeiros *“resolvem melhor as situações de uma maneira lógica ou não, (...) portanto já sabem dar a volta de uma maneira boa ou má.”* (E6).

Quanto à **falta de experiência profissional**, por sua vez, na perspectiva dos enfermeiros indagados, pode ser estar ligado a concepções positivas ou negativas do desempenho.

“Se a pessoa for conscienciosa, a falta de experiência profissional faz com que ela confirme mais vezes a preparação e a administração”(E3)

“Os mais novos, mesmo com 2 ou 3 anos de trabalho, têm um sentido de responsabilidade mais...apurado” (E6) o que traduz honestidade e reconhecimento das suas fragilidades, ao ser cauteloso e denotar cuidados acrescidos de confirmação da medicação que está a preparar (referido por 2 dos enfermeiros participantes). No entanto, existem também enfermeiros inexperientes que de acordo com os inquiridos “não têm a preocupação de tirar dúvidas, de perguntar quando não sabem o que fazer e executar sem ter segurança do que estão a fazer” e nessa altura “a possibilidade de errar é exponencialmente mais elevada do que os outros factores todos juntos” (E1).

A atitude de alguns enfermeiros jovens no serviço e na profissão está ligada à probabilidade acrescida de diminuição da segurança dos doentes internados por não solicitarem a ajuda dos enfermeiros mais velhos e por não demonstrarem humildade. *“Por vezes não perguntam, acham que estão a fazer bem...e às vezes nós, os mais velhos não tomamos conhecimento. Eles não perguntam e nós não temos tempo de andar a ver o que estão a fazer” (E1)*

“Temos muitos elementos novos, (...) não precisam de andar a pedir desculpa o tempo todo (...) mas a gente percebe quem tem a humildade de pedir ajuda, quem tem a humildade de dizer não sei e quem tem a mania que sabe tudo todos os dias...” (E1)

“mas para além da experiência, a postura da pessoa diz muito, a falta de humildade, o dizer «eu não sei. Ajuda-me»” “às vezes só quando estão a fazer as coisas ou depois de já as terem feito é que nos apercebemos do que fizeram. E na maioria das vezes não entendem a gravidade (...) eu acho que éramos mais humildes...tínhamos mais medo de fazer asneira...” (E1)

Noutra vertente, foi mencionado o aspecto da **experiência profissional noutros serviços ligado à inexperiência de trabalho naquele serviço específico.**

“Estava em período de integração, trabalhava até numa instituição prisional, mas não tinha experiência de medicina interna (...) não tinha o hábito de perguntar ou naquele dia achou que não precisava de perguntar”(E6).

“(...) há o caso dos enfermeiros que vêm de outros serviços e que no fundo estão no mesmo nível de in experiência dos enfermeiros que vêm da escola...”(E6)

As **dificuldades de concentração** e o **cansaço** foram também referidos como *“factores próprios de cada pessoa”*. *“Muitos erros são pessoais, como a distração”* *“pode estar distraído, mais cansado...”* (E6) *“tenho uma pessoa na equipa que é um bocadinho mais desconcentrada (...)depois podemos estar cansados, ou porque fizemos noite noutro lado (...) ou porque dormimos mal.”* (E3) *“o ordenado é baixo (...) temos quase obrigatoriamente que fazer duplo (...) estamos muitos dias seguidos a trabalhar sem folgas, estamos cansadas, muitas vezes desconcentradas...”* (E5)

11.3.1¹⁰ Categoria “Modelo Organizacional”

Os problemas atribuídos ao modelo organizacional foram aqueles que mais vezes foram mencionados pelos enfermeiros na prestação de cuidados. No discurso de 9 dos participantes foi abordado o **método individual como factor de responsabilização por todos os procedimentos inerentes aos doentes** e em 3, o facto do **trabalho à tarefa aumentar a possibilidade de erro de medicação**.

O **método individual de trabalho** assenta na premissa de que o enfermeiro responsável pelo doente, deve assegurar que todos os cuidados necessários lhe são prestados, garantindo a continuidade dos mesmos. Esta continuidade é conseguida também pelo acompanhamento em tempo actual da situação clínica, definindo, planeando e consumando estratégias para a resolução de problemas atempadamente e de modo adequado às necessidades identificadas anteriormente, aquando da planificação dos cuidados.

“Cada enfermeiro tem um número de doentes atribuído e só aqueles estão sob a sua responsabilidade” (E5).

A assunção do **método de trabalho** depende da organização de saúde e de situações especiais como as greves ou falta de pessoal: *“Cada instituição tem as suas regras implícitas. Cada enfermeiro tem que se adaptar, porque é uma nova realidade, novas pessoas e novas maneiras de trabalhar (...) depois estas regras são diluídas no ambiente de trabalho” (E6).*

“A pessoa não pode ir contra o sistema instituído (...) o que faz é fazer valer os seus valores (...) mantém os seus princípios.” (E6)

“Quando há greves por exemplo, opta-se pelo método de equipa em vez do método individual” (E4)

“(...) o método de equipa só se adopta aquando das greves”(E4)

“Já trabalhei em sítios onde éramos 3 para 50 doentes e todos faziam tudo, isto é: todos preparavam a administravam medicação, todos davam a volta e todos escreviam pastas (...) a verdade é que o trabalho fica mais bem distribuído, porque só somos 3 para 50 e tem de ser trabalho à tarefa”.
(E5)

Nestes casos *“o planeamento mental dos cuidados que é feito a cada turno não é feito porque sem o método individual, deixamos de saber uma grande parte da informação sobre os nossos doentes para sabermos uma só pequena parcela de todos” (E5)*

“Já observei várias vezes a subversão do método individual, nomeadamente em situações de sobrecarga de trabalho ou alguma intercorrência que aconteça...” (E2)

Esta subversão é atribuída ao acontecimento de erros, no entanto também é considerada como **factor de aproximação entre os colegas e agente estimulador do espírito de equipa.**

“O método individual também pressupõe o trabalho em equipa. Cada um auxilia um bocadinho e é auxiliado naquilo que necessita” (E1)

“enquanto um começou a preparar terapêutica, o outro foi ver os sinais vitais...”(E6)

“havia um que ficava na terapêutica e outro que ia dar a volta aos doentes” (E6)

“Quem se despachar primeiro da tarefa que tem a seu cargo vai ajudar outro colega que precise mais” (E2)

“...apesar de trabalharmos aqui sob o método individual, a verdade é que também nos entreajudamos, trabalhamos muito em equipa (...) o chefe de equipa se tem tudo preparado, pega no tabuleiro e ajuda...mas quem ajuda pergunta. Por exemplo, no caso do xarope, o colega perguntou o que é que estava contido na seringa para administrar (pensou que era para administrar por via endovenosa) (...) ainda assim, pode levar a erros.”(E4)

”Foi um erro de terapêutica que aconteceu por trabalharmos à tarefa...” (E3)

Ainda assim, o método individual pode estar associado ao **descuido** face a alguns aspectos essenciais ligados ao processo de *administração de medicação pelo enfermeiro*, como sejam a **identificação da terapêutica**: *“como é o método individual as pessoas sabem que medicação é, e se calhar não tem o cuidado de identificar, de rotular o medicamento, logo a seguir a tê-lo preparado... por desleixo, por preguiça, porque dá trabalho e são mais dois minutos que se perdem a identificar o balão de soro...” (E3)*

O método de **trabalho à tarefa** presume uma perturbação do método individual de trabalho, que influencia até a visibilidade do trabalho do enfermeiro por outros profissionais de saúde.

“Todos tínhamos ouvido as ocorrências de todos os doentes, mas não se trabalhava pelo método de enfermeiro responsável (...) éramos responsáveis por todos os doentes, o que pode criar alguma

confusão para além de que nunca sabemos em profundidade com cada doente e isso gera insegurança... até dos médicos no nosso trabalho” (E5)

“Se algum médico nos pede para administrarmos algum fármaco, nós não sabemos se até já foi administrado...” (E3)

Quadro nº 3 - Factores Ligados à Ocorrência do Erro, identificados no Processo de Preparação e Administração de Terapêutica

Categorias	Descrição do problema	Ilustrações	Relatos	
			N	%
Ambiente	1. Sobrecarga de trabalho.	Perg.1 E1 “(...) as causas mais frequentes são as que advêm da sobrecarga de trabalho”	5	5.3
	Rácio inadequado de enfermeiros/doentes.	Perg.1 E5 “(...) se temos muitos doentes sob a nossa responsabilidade, se o ratio é mau...”		
	2. Localização inadequada do stock de medicamentos: medicação indisponível no imediato.	Perg.1 E1 “(...) do local da preparação e da localização do stock terapêutico que muitas vezes acaba por ser desadequado relativamente ao local onde estamos a preparar e portanto não temos a medicação de que necessitamos logo ali disponível.”	4	4.2
	Carros de terapêutica no corredor.	Perg.1 E2 “(...) os carros de terapêutica estão no corredor (...)”		
	3. Interferências/interrupções e ambiente de preparação stressante.	Perg.1 E1 “(...) acho que é muito mais pelos factores externos, do ambiente em que se prepara e administra a medicação... um ambiente stressante, com constantes interrupções, quer por parte de colegas, quer por parte de familiares ou até dos próprios médicos.”	6	6.3
Conhecimento sobre o medicamento	1. Conhecimentos insuficientes relativamente aos medicamentos e seus potenciais efeitos.	Perg.1 E1 “(...) desconhecimento da nossa parte, do fármaco em si, dos seus potenciais efeitos no doente (benéficos e maléficos).”	7	7.4
	2. Falta de experiência e de domínio a nível terapêutico.	Perg.1 E1 “(...) isto tem sobretudo que ver com a falta de experiência e de domínio a nível terapêutico.”	2	2.1
Verificação e registo da medicação	1. Erros de processo – falha na verificação da medicação.	Perg.3 E1 “(...) tentar cumprir o princípio de quem prepara a medicação a administra e confirma e vigia os efeitos potenciais daquela administração ou não administração...e faz a ponte com a equipa médica, justificando por exemplo, porque é que não fez, em função do que avaliou no doente.”	2	2.1
Preparação dos Medicamentos	1. Preparação incorrecta do medicamento – diluição incorrecta.	Perg.2 E4 “Também há o problema das diluições. Que é o erro de preparação mais frequente e que leva talvez aos erros de administração mais frequentes.”	8	8.4
	2. Erros na dosagem de um medicamento.	Perg.6 E1 “(...) erros na dosagem de um medicamento (dose errada)”	2	2.1
	3. Identificação incorrecta da terapêutica – importância.	Perg.3 E3 “Eu acho que é muito importante identificar bem a terapêutica.”	2	2.1
	4. Horários incorrectos de preparação da terapêutica.	Perg.2 E4 “Na preparação tem a ver com os horários e com a falta de terapêutica.”	1	1.1
	5. Erro na preparação da terapêutica – preparação desadequada.	Perg.2 E4 “(...) mas já tive conhecimento de outro tipo de erros, como prepararem xaropes numa seringa como se fosse terapêutica endovenosa. Não aconteceu nada porque foi detectado a tempo, mas podia ter tido consequências muito sérias se tivesse sido administrado.”	1	1.1
	6. Procedimentos de higiene incorrectos.	Perg.11 E6 “Verifica-se o aumento das infecções urinárias no serviço, por não haver os cuidados necessários de desinfectar as mãos, mudar de luvas quando se vai cuidar de outro doente (...)”	1	1.1

Violações de regras	1. Incumprimento do horário da medicação.	Perg.4 E2 “Há uma regra que aprendemos todos na escola que nunca é cumprida, que é a regra da hora certa. É impossível administrarmos toda a medicação que temos para dar àquela hora, nomeadamente os antibióticos, à hora exacta. É uma regra que toda a gente ultrapassa. Não é possível num serviço com as características do nosso e com o rácio que temos.”	4	2.1
	2. Administração da medicação numa única vez.	Perg.4 E1 “Os doentes fazem a medicação toda junta a maior parte das vezes. Vamos junto do doente uma única vez administrar-lhe a medicação.”	1	1.1
	3. Incumprimento do princípio da observação da toma da medicação.	Perg.5 E1 “Por outro lado nós por vezes desprezamos o princípio da observação da toma.”	2	2.1
	Não observação da toma da medicação – princípio-chave.	Perg.3 E5 “Também na maioria dos casos não observamos a toma e somos ensinados na escola que é um princípio-chave que nos garante que o indivíduo tomou o medicamento.”		
	4. Falha de identificação da medicação.	Perg.4 E3 “Acontece muito não se identificarem as diluições.”	3	3.2
Administração de medicamentos	Identificação pouco clara da terapêutica.	Perg.3 E4 “(...) podemos perder medicação, a identificação pode não ser clara e enganamo-nos no doente a quem administramos, mas isso eu acho que é muito raro.”		
	5. Incumprimento de regra de preparação e administração pela mesma pessoa.	Perg.3 E4 “Mas quem prepara deve administrar. Por norma aqui, quem prepara administra e quem vai administrar a terapêutica dos doentes do colega pergunta sempre o que é.”	2	2.1
	1. Não observação da toma da medicação e delegação da tarefa aos auxiliares de acção médica.	Perg.4 E2 “Muito porque se criou o mau hábito dos auxiliares administrarem a terapêutica, muitas vezes sem a presença do enfermeiro quando estão a alimentar os doentes. O ideal seria que o enfermeiro administrasse ou pelo menos, observasse a toma.	2	2.1
	2. Erros de administração. Desconhecimento dos doentes.	Perg.4 E1 “(...) Quem não conhece os doentes e não se questiona, não se dá ao trabalho de prestar atenção à medicação que o doente tem prescrito, sujeita-se mais e expõe-se mais para que lhe aconteça um erro.”	1	1.1
	3. Administração incorrecta aliada a preparação incorrecta.	Perg.2 E6 “(...) administrar o fármaco correcto mas não pela via correcta...por exemplo uma insulina que é para administrar via subcutânea e o enfermeiro administrou endovenosa.”	3	3.2
Prescrição de medicamentos	4. Troca de medicação – dar terapêutica ao doente errado.	Perg.2 E6 “(...) a troca da medicação. Em vez de se dar ao doente A dá-se ao B.	4	4.2
	1. Prescrições telefónicas.	Perg.5 E1 “(...) O que é mau, muito mau e por vezes os erros advêm das prescrições orais e telefónicas.”	2	2.1
	Transcrição			
	1. Diminuição dos erros de transcrição da prescrição com a prescrição electrónica – vantagem de indicação da dose, via de administração e horário.	Perg.7 E1 “O não haver necessidade de transcrição da prescrição para a nossa folha de enfermagem, evitando-se a possibilidade de haver interpretações diversas, por outro lado, associado ao medicamento prescrito vem sempre a dose, a via de administração e o horário para serem administrados os fármacos, de acordo com as suas características e isso acaba por ser mais coerente.”	2	2.1
	2. Diminuição das dificuldades de interpretação da prescrição com a prescrição electrónica – ilegibilidade da letra.	Perg.7 E3 “Tem vantagens na transcrição, porque dantes a prescrição era feita manualmente e às vezes a letra não era legível e realmente nós por vezes não sabíamos muito bem o que é que estava prescrito, ou a dosagem...”	4	4.2

Factores intrínsecos	1. Verificação conscienciosa da medicação.	Perg.2 E1 “quando há alguém que me prepara a medicação, eu confiro tudo outra vez com a pessoa. Quando sou eu a ajudar e a preparar, antes de administrar aos doentes do colega confiro também...se calhar demoro mais tempo, mas é a minha consciência...”	2	2.1
	Sentido de responsabilidade.	Perg.1 E4 “(...) Depende da pessoa, mas o cansaço, a sobrecarga de trabalho, muitas vezes motivada pelo duplo emprego, também pode levar ao erro, mas por exemplo eu sempre trabalhei em duplo emprego e quando estou a preparar terapêutica estou concentrada naquilo...portanto tem muito que ver com as pessoas, e com o seu sentido de responsabilidade.		
	2. Experiência profissional – importância.	Perg.5 E1 “(...) aí eu acho que a experiência do enfermeiro que está com o doente é muito importante.”	6	6.3
	Falta de experiência profissional e atitude dos enfermeiros mais novos de não solicitarem ajuda aos elementos mais velhos.	Perg.1 E4 “(...) Os erros têm também a ver com a falta de experiência profissional... e sobretudo com a atitude desses elementos mais novos. Por vezes não perguntam, acham que estão a fazer bem... e às vezes nós, os mais velhos não tomamos conhecimento. Eles não perguntam e nós não temos tempo para andar colados a eles, a ver o que estão a fazer.		
	3. Humildade para pedir ajuda.	Perg.6 E1 “(...) mas para além da experiência, a postura da pessoa diz muito, a falta de humildade, o dizer: “eu não sei. Ajuda-me”.	1	1.1%
4. Dificuldades de concentração.	Perg.1 E3 “(...) factores próprios de cada pessoa. Eu estou-me a lembrar que tenho uma pessoa na equipa que é assim um bocadinho mais desconcentrada e se calhar é mais propensa a fazer erros de terapêutica porque... (mas ela reconhece isso e quando está a preparar terapêutica diz que confirma tudo três vezes porque é desconcentrada)”.	1	1.1%	
5. Cansaço.	Perg.1 E3 “(...) depois podemos estar mais cansados, ou porque fizemos noite noutro lado...estou-me a lembrar dos turnos da manhã em que temos de preparar mais terapêutica, ou porque dormimos mal...”	2	2.1%	
Modelo organizacional	1. Método individual – responsabilização por todos os procedimentos inerentes aos doentes	Perg.2 E1 “No serviço onde trabalho, errar no doente a quem se administra a medicação não me parece, porque trabalhamos com o método individual, que implica ser o responsável por aqueles doentes, a ter algum conhecimento e algum domínio e critério na administração. Se é responsável por aqueles doentes, todos os procedimentos inerentes àqueles doentes passam por si, como a preparação e administração de medicação.”	9	9.5%
	Preparação e administração de medicação feitas pela mesma pessoa.			
	2. Método de trabalho à tarefa aumenta possibilidade de erro de medicação.	Perg.4 E1 “Em relação a outras realidades que eu conheço em que o método de trabalho é à tarefa, cada um faz uma coisa, aí as coisas são muito mais complicadas, a pessoa nunca tem um conhecimento aprofundado da situação de todos os doentes do serviço, e a possibilidade de acontecer o erro é muito maior.”	3	3.2%
Total de relatos			95	100

11.3.2 Conduitas dos Enfermeiros face ao Erro de Medicação

Um dos objectivos deste estudo é compreender de que forma age o enfermeiro após ter consciência do erro que cometeu e que procedimentos adopta em seguida. Neste âmbito, as categorias encontradas expressam a problemática envolta e traduzem uma compreensão válida para as atitudes e comportamentos decorrentes do erro.

11.3.2¹ Categoria “Comunicação do Erro”

Foi possível constatar pela análise dos discursos dos participantes que comunicar o erro é uma questão de responsabilidade e benefício para o doente, e que fazê-lo às chefias está relacionado com a procura de aconselhamento pelos elementos mais novos do corpo de enfermagem.

O **sentido de responsabilidade** surge ligado à comunicação do erro em 4 dos participantes, sobretudo porque, inerente ao trabalho do enfermeiro estão as pessoas, vulneráveis por passarem por um processo de doença e necessitando de cuidados especializados.

“depende da situação, do erro e da consciência que têm do erro...se for um erro (...) por desconhecimento, ainda vão confirmar com mais alguém o que é que aconteceu” (E6).

“depende da humildade da pessoa, mas geralmente uma pessoa mais inexperiente pode saber que cometeu o erro mas tem mais dificuldade em perceber, que consequências terá para o doente” (E1).

“Acho que primeiro do que tudo tem a ver com a consciência do enfermeiro e eventualmente com a gravidade do erro” (E6).

“...as pessoas têm que ser adultas e responsáveis. Não admitem para não serem responsabilizadas, para não lhes apontarem o dedo” (E1).

“tenta-se de imediato resolver a situação e reverter se houver algum tipo de quadro associado ao erro”
(E2).

“(...) comunicamos com ele (médico), explicamos o erro ou o que se passou..”
“na maior parte das vezes, acho que o erro é revelado ao chefe de equipa pelo próprio que o cometeu”
(E5).

“Quando a pessoa erra mas assume o erro há sempre alguma coisa a fazer em benefício do doente (...)
é uma questão de responsabilidade...” (E1).

“O importante é ter consciência do erro e agir para minimizar as consequências nefastas para o doente e fazer com que não volte a acontecer...” (E3)

A revelação do erro aos elementos mais velhos, chefes de equipa ou mesmo aos responsáveis pelo serviço é uma atitude que parte dos elementos mais novos (de acordo com 12 relatos obtidos) e está associada à **inexperiência nestas situações, medo de provocar danos físicos ao doente e ao medo de consequências na continuidade do seu trabalho como enfermeiros.**

“Acho que os mais novos têm mais medo das consequências que o erro possa causar no doente (...) não conhecem tão bem o terreno que pisam...esses vêm-nos contar...vão logo ter com o chefe de equipa” (E5).

“Em relação aos enfermeiro mais novos, isso sim, ficam muito preocupados, quase em pânico, e vêm ter com o chefe de equipa para saberem o que é que podem fazer” (E6).

“ (...) na maioria das vezes, o enfermeiro conta ao elemento de referência da sua equipa, habitualmente o elemento mais velho (o chefe de equipa), é contactada a equipa médica e são activados mecanismos para a vigilância e mesmo intervenção terapêutica se necessário, no doente.”
(E1)

“dizem o que fizeram, habitualmente ao elemento que têm mais confiança e que sabem que os pode ajudar” (E3).

“Nos mais novos podem acontecer as duas coisas. Ou não têm consciência do erro que estão a cometer e não o revelam nem vigiam o doente ou por outro lado, talvez tenham mais receio de cometer erros e qualquer coisa que façam da qual não estão seguros vêm-nos dizer (aos chefes de equipa)” (E4)

“o enfermeiro veio ter comigo e perguntou que consequências é que poderiam decorrer daí para o doente e tentou-se fazer alguma coisa” (E2).

“Vêm falar primeiro comigo porque sou chefe de equipa há muitos anos” (E3).

“...quando acontece com os mais novos, e penso que neles também acontece mais vezes, eles têm mais medo e vêm contar, ou contam primeiro a um colega e depois esse é que vem transmitir ao chefe de equipa” (E5).

11.3.2² Categoria “Medo de Penalização”

O **medo de penalização** ou de represálias foi referido por 2 participantes no estudo, e estava associado ao **sentimento de fracasso**.

“Acho que as pessoas ficam muito assustadas quando erram. Têm muito medo da penalização e de como vão ser vistas daí para a frente, a imagem (...) ninguém gosta de ser apontado por ter falhado, mas sim por ter conseguido uma coisa benéfica para o serviço e para os doentes” (E1).

“...acham que isso os diminui, ou que os torna incompetentes (...) pode ser destrutivo, quer da sua própria imagem enquanto profissional, quer aos olhos dos colegas que com ele trabalham, médicos, auxiliares...” (E3).

11.3.2³ Categoria “Aprendizagem com os Erros”

Ainda assim, houve referência, de 2 dos participantes, ao aspecto construtivo dos erros, à **importância da aprendizagem com os erros** para prevenção futura.

“o importante é ter consciência do erro (...) e fazer com que não volte a acontecer”(E1).

“(...) eu acho que pior que isso é não querer aprender com os erros...”(E1).

“As pessoas continuam a ter muito medo da reação das chefias, das consequências...as pessoas devem sobretudo aprender com os erros” (E1).

11.3.2⁴ Categoria “Ocultação Do Erro”

Por outro lado, pelo **medo de descredibilização do trabalho desempenhado** foi referido que se **omitem erros**, sobretudo os que avaliados no momento pelo enfermeiro mais experiente e que segundo ele podem traduzir apenas efeitos inofensivos no doente. *“Se for uma troca de medicação que para aquele doente seja inócua (e isso são eles próprios que avaliam) vigiam o doente mas não dizem nada”* (E5).

“E então às vezes são erros de terapêutica perfeitamente inócuos (...) que não trazem consequências nenhuma para o doente...”“(...) há muitas pessoas que omitem...sabem que são erros inócuos, que não vão trazer consequências para o doente” (E3).

“Se calhar omitem porque acham que isso os diminui, ou que os torna incompetentes, ou que (...) com determinada experiência não pode cometer um erro daqueles e portanto, não o pode expor” (E3).

“Eu penso que sabem resolver a situação e por outro lado têm medo de ficar mal vistos no seio da equipa. (...) Por um lado é o receio de expor algo que nos fragiliza...” (E6).

“Acho que (...) têm mais medo de manchar a sua reputação, de criar dúvidas a respeito da sua credibilidade profissional...de ficarem a ser vistos com um pé atrás pelos colegas. Sobretudo pelos que estão ao mesmo nível...descredibiliza-os, tira-lhes confiança. Ficam com medo das conversas de bastidores e disso afectar a sua reputação” (E5).

“Os mais velhos posso pensar que omitem uma vez que trabalhei e trabalho com tantos e nunca soube de nada” (E6).

“Quando isto acontece aos mais velhos no serviço...ao pessoal com mais experiência, não me parece que vão logo a correr contar ao colega (...) acho que tentam que o erro não seja descoberto” (E5).

“os mais velhos conseguem dar a volta, corrigir o erro...talvez omitam mais do que os mais novos. Pelo medo de expor uma fragilidade sendo um elemento experiente...” (E1).

“Não me lembro de nenhum enfermeiro com 10 ou 15 anos de profissão me ter dito que se enganou e o que é que havia de fazer” (E6).

Os enfermeiros mais experientes, de acordo com 6 relatos obtidos, também são capazes de resolver as situações adversas, **activando recursos para minimizar consequências** para o doente, mantendo na maior parte resguardado o acontecimento para ele próprio e para o médico, com quem já desenvolveu uma relação profissional de confiança. *“...Se calhar uma pessoa mais experiente se comete um erro de omissão ou de incumprimento de horário, não anda a chamar os colegas e a dizer-lhes o que fez ou o que não fez...se cometer um erro mais grave, a experiência que eu tenho é que se movem logo todos os recursos e estamos todos a colaborar no sentido do doente não sofrer com o erro” (E1).*

“(...) se for uma troca de medicação que para aquele doente seja inócua (...) vigiam o doente e não dizem nada” (E5).

“No serviço temos o médico da UNICARD, um médico que está presente no serviço, em que muitos enfermeiros têm muita confiança (...) e não custa nada pensar que esses enfermeiros têm grande à

vontade com eles e dizem-lhes (...) ou então ficam na expectativa a observar, ou põem mais soro a correr para ver se metaboliza mais rapidamente, se dilui, se elimina (...) Eu penso que arranjam estas estratégias, enquanto que o enfermeiro mais novo não consegue mover recursos para solucionar o problema sozinho...e acho que faz bem” (E6).

“Se for uma medicação que tenham dúvidas que cause algum efeito no doente, então das duas uma: ou falam em particular com o médico (já cá estão há muito tempo e já criaram com os médicos uma relação de confiança que lhes permite fazer isto) ou então não dizem nada e vigiam o doente...” (E5).

Quadro nº 4 - Conduitas dos Enfermeiros face ao Erro de Medicação

Categorias	Descrição do problema	Ilustrações	Relatos	
			N	%
Comunicação do erro	1. Comunicação do erro – questão de responsabilidade e benefício para o doente.	Perg.2 E1 “Eu penso que quando a pessoa erra mas assume o erro, há sempre alguma coisa a fazer em benefício do doente, mas também tenho sérias dúvidas que todas as pessoas assumam os erros que cometem...é uma questão de responsabilidade.”	4	15.4
	Omissão do erro ligada ao medo de represálias e a comunicação do erro ligada ao sentido de responsabilidade.	Perg.9 E1 “A omissão de um erro pode ter a ver com o medo de represálias mas tem muito a ver com o sentido de responsabilidade.”		
	2. Comunicação do erro às chefias e procura de aconselhamento por parte dos mais novos.	Perg.9 ED 6 “Em relação aos enfermeiros mais novos, isso sim, ficam muito preocupados, quase em pânico e vêm ter com o enfermeiro chefe de equipa para saberem o que é que podem fazer.”	12	46.1
	Comunicação a um elemento de referência e activação de mecanismos de vigilância e intervenção	Perg.9 E1 “Na maioria das vezes, o enfermeiro conta ao elemento de referência da sua equipa, habitualmente, o elemento mais velho (o chefe de equipa), é contactada a equipa médica e são activados mecanismos para vigilância e mesmo intervenção terapêutica se necessário, no doente.”		
Medo de penalização	1. Medo de penalização – sentimento de fracasso.	Perg.6 E1 “Eu acho que as pessoas ficam muito assustadas quando erram. Têm muito medo da penalização e de como vão ser vistas daí para a frente, a imagem... eu continuo a dizer, eu não quero saber...porque ninguém gosta de ser apontado por ter falhado, mas sim por ter conseguido uma coisa benéfica para o serviço e para os doentes”.	2	7.7
Aprendizagem com os erros	1. Importância da aprendizagem com os erros	Perg.6 E1 “(...) eu acho que pior que isso é não querer aprender com os erros e isto continua a existir...”	2	7.7
Ocultação do erro	1. Ocultação de erros e activação dos recursos para evitar/minimizar consequências para o doente – por parte de elementos mais experientes.	Perg.9 E1 “Se calhar uma pessoa mais experiente se comete um erro de omissão ou de cumprimento do horário, não anda a chamar os colegas e a dizer-lhes o que fez ou o que não fez...se cometer um erro mais grave a experiência que eu tenho é que se movem logo todos os recursos e estamos todos a colaborar no sentido do doente não sofrer com o erro.”	6	23.1
Total de relatos			26	100

11.3.3 Conduitas das Chefias e da Instituição face ao Enfermeiro que cometeu o Erro de Medicação

Neste tema, houve referência por parte dos participantes à despenalização do erro pela importância do factor educativo e formativo do erro e à penalização do erro que influencia a avaliação do enfermeiro quando há perda de confiança no profissional.

11.3.3¹ Categoria “Despenalização do Erro e Aprendizagem”

Na formação desta categoria emergiu o sentido de **desculpabilização pessoal do erro**, procurando-se neste serviço, através da chefia e de acordo com 8 relatos dos participantes, compreender o erro, os motivos que conduziram ao seu acontecimento, consistindo mais numa **chamada de atenção educativa** do que numa punição severa. “(...)foi dito à pessoa que as coisas não funcionam assim, que errar é humano, ninguém procura culpados, mas se há alguma coisa a fazer é para se fazer...” (E1)

“Nunca vi nenhuma punição exemplar aqui, vi que houve sempre uma conversa com a chefia, mas sem grandes repercussões” (E1).

“É chamado à atenção mas acho que não é punido” (E2).

“O Enf. Chefe dá conhecimento aos outros elementos do que se passou, para termos atenção, para que não se volte a repetir. Não identifica ninguém mas fala no caso” (E4).

“(...) não tenho conhecimento de que alguma vez se tivessem aberto inquéritos por causa de erros de terapêutica (...) o que se passa é: temos uma conversa entre o Enf. Chefe e o enfermeiro em que se tenta ver porque é que aconteceu o erro e se faz uma acção pedagógica para que não volte a acontecer e isso tem muito que ver com a relação que se tem com a chefia...” (E3).

“O enfermeiro foi chamado ao gabinete do chefe e lá tiveram uma conversa, não sei de que tipo, mas penso que de esclarecimento da situação, dos motivos que levaram o enfermeiro a cometer o erro, e de sensibilização, fazendo uma chamada de atenção para que não volte a acontecer” (E5).

“(...) nunca houve consequência directas punitivas para o enfermeiro qu cometeu o erro. Pelo menos eu nunca soube que aconteceram” (E2).

“(...) pelo que está instituído, a chefe falará em privado com o enfermeiro e vai-se ver o que é que aconteceu, porque é que aconteceu e pronto” (E5).

Esta forma particular de lidar com o problema dos erros de administração de medicação por parte da chefia deste serviço, na tentativa dos enfermeiros construírem um conjunto de casos exemplificativos no sentido da **prevenção contínua do erro** (mencionada por 2 participantes), tem a ver com o tipo de liderança do serviço. *“...este tipo de abordagem por parte da chefia, por um lado ela não podia deixar de chamar os enfermeiros à atenção, mas por outro lado conseguia compreendê-los e isso é que é importante” (E2).*

“Neste momento, neste serviço, existe uma grande abertura e um grande à vontade para os elementos mais novos o fazerem, quer com as coordenadoras, quer com a chefia. Está tudo muito trabalhado no sentido de inculcar na equipa que estamos todos a fazer o melhor...” (E1).

“Mas também tem muito a ver depois com a dinâmica do serviço, a nível de hierarquia e das chefias e neste serviço transmite-se muito a noção de que há necessidade destes pontos serem bem limados, e diariamente, prescreve-se um soro que não é o que o doente tem ou o que o doente precisa e a chefe anota e vai falar com a equipa médica, que é para tentar diminuir a possibilidade de acontecerem erros em função das necessidades dos doentes” (E1).

Também toda a equipa, nomeadamente as coordenadoras e a chefia do serviço, procuram, de acordo com os 13 relatos obtidos dos enfermeiros prestadores de

cuidados, **trabalhar o erro e activar medidas para minimizar as consequências** para o doente. Procuram-se limitar ou mesmo impedir as consequências nefastas, os danos causados, através da articulação com os médicos do serviço, que observam e avaliam o doente, pela realização de exames complementares se a condição clínica imposta pelo erro o justificar, providenciando-se uma vigilância e monitorização apertada e do estado clínico do doente. Esta intervenção médica é iniciada após a apreciação da equipa de enfermagem, que avalia se o conhecimento e intervenção dos médicos na situação são necessários.

“(...) se foi uma vitamina, nem sequer chegamos a contactar o médico, mas se for outra terapêutica mais importante como, diuréticos, beta-bloqueantes, aí temos que contactar o médico, também depende da situação, não é...” (E6).

“...vamos-lhe dizer que administrámos um omeprazol um uma ranitidina...não chegamos a esse ponto, mas se for um hipotensor num doente com tensões baixas (...) erros que possam efectivamente piorar o estado clínico do doente...aí chama-se sempre o médico” (E3).

“Comunicámos ao Enf. Chefe, fizemos vigilância apertada do membro do qual retirámos logo o cateter (...) e não aconteceu nada...o membro ficou bem e o doente também” (E4).

“Houve vigilância dos sinais vitais mas nenhuma consequência física grave para o doente” (E4).

“Não se falou com a equipa médica porque se avaliou a situação e se decidiu que a medicação que era, não ia trazer consequências, à partida graves para o doente” (E3).

“(...) chamaram de imediato os médicos de serviço, porque a própria pessoa o assumiu de imediato” (E2).

“(...) quando são situações mais complicadas, automaticamente se pede para o doente ser observado pelo médico e para se fazerem alguns exames complementares que sejam necessários, para detectar

alguma complicação ou preveni-la. Tenta-se de imediato resolver a situação e reverter se houver algum tipo de quadro associado ao erro” (E2).

“Depois fizemos a pesquisa de glicemia capilar de hora a hora, monitorizámos o doente, comunicámos ao médico...” (E3).

“Comunicámos com ele, explicámos o erro ou o que se passou, ou até alguma dúvida...” (E3).

“Naquela altura, deu-se conhecimento ao médico que esteve presente todo o turno a acompanhar a situação do doente” (E4).

Ao valorizar-se o acto de comunicação do erro, o **sistema de relato do erro não punitivo** foi considerado como um sistema aberto de comunicação, tendo sido mencionado apenas por 2 participantes do estudo e vindo ligado a aspectos muito positivos da conduta da chefia, enfatizados por um bom ambiente de trabalho, assertividade e abertura para a resolução de problemas.

“(...) existe uma grande abertura e um grande à vontade para os elementos novos o fazerem, quer com as coordenadoras quer com a chefia” (E1).

“(...) eu disse-lhe que apesar de ter sido muito grave, que gostei da atitude dela, de me vir logo comunicar, porque toda a gente erra, o importante é admiti-lo e tentar fazer sempre alguma coisa para minimizar efeitos para o doente” (E3).

“(...) não podia deixar de chamar os enfermeiros à atenção mas por outro lado conseguia compreendê-los e isso é que é importante” (E2).

“(...) faz uma acção pedagógica para que isso não volte a acontecer e isso tem muito que ver com a relação que se tem com a chefia” (E3).

11.3.3² Categoria “Penalização do Erro”

Neste serviço a culpabilização individual pelo erro cometido, acontece quando se verifica **perda de confiança com os colegas e com os doentes**, havendo **consequências a posteriori na avaliação do enfermeiro**.

Foi mencionado por apenas um participante, a perda **de confiança na relação com os colegas e com os doentes**, o que se configura paradoxal, tendo em conta os princípios desta profissão. Para Hesbeen (1996) a base dos cuidados de enfermagem “através de uma abordagem judiciosa e subtil, é tecer laços de confiança com o beneficiário dos cuidados”. (p.103) E Riley (2004) considera que “(...) as pessoas para quem somos autênticos podem confiar em nós porque sabem que não enviamos falsos sinais ou lhes escondemos qualquer coisa. É esta construção da confiança que é a razão de ser mais importante da autenticidade (...) durante o relacionamento” (p.123) enfermeiro-utente.

“Há uma má prática e a partir daí o trabalho de equipa todo que se conquistou durante muito tempo acaba por se perder. Há uma relação de confiança que se perde com os colegas e também com o doente (...) estas histórias ouvimo-las, nem sempre vindas de outros enfermeiros, mas até pelos doentes directamente...” (E2).

Segundo 3 relatos recolhidos durante as entrevistas, os **erros por desleixo** são contemplados na **avaliação anual do enfermeiro** influenciando a sua apreciação final, os **erros sistemáticos** podem levar à **não renovação de contrato** ou à **mudança de serviço**: *“Se houve um erro que foi cometido por desleixo por parte do enfermeiro é provável que (...) não fique muito bem visto pelas chefias...e não sei se será punido mas provavelmente isso contará para a sua avaliação...” (E2).*

“(...) se for um enfermeiro que nem costuma errar, se calhar a actuação é um bocadinho diferente, mas se forem erros sistemáticos da mesma pessoa, se calhar já se dão outras consequências...houve

uma colega que não lhe foi renovado o contrato de trabalho não por haver erros de terapêutica, mas porque tinha determinadas atitudes que não eram as mais correctas, foi avisada, não corrigiu e no final do contrato de 6 meses saiu” (E3).

“(..) isso contará para a sua avaliação para a renovação ou não do contrato de trabalho quando isto é constante” (E2).

“Se por acaso nesses serviços com muitas dificuldades o erro foi de facto um erro grave, como o que eu soube da insulina, a punição que eu observei foi a mudança de serviço” (E6).

Quadro nº 5 - Condutas das Chefias e Instituição relativamente ao Enfermeiro que cometeu o Erro de Medicação

Categorias	Descrição do problema	Ilustrações	Relatos	
			N	%
Despenalização do erro e aprendizagem	1. Despenalização do erro - Errar é humano.	Perg.6 E1 “(...) foi dito à pessoa que as coisas não funcionam assim, que errar é humano, ninguém procura culpados, mas se há alguma coisa a fazer é para se fazer...e isso acho que parte da pessoa que cometeu o erro.”	8	27.6
	Sem punição. Dar conhecimento ao outros elementos para prevenir erros futuros.	Perg.9 E4 “Nunca vi nenhuma punição ser feita a um enfermeiro por um erro terapêutico. O Enf. Chefe dá conhecimento aos outros elementos do que se passou para termos atenção, para que não se volte a repetir. Não identifica ninguém mas fala no caso: ‘aconteceu isto e isto e poderia ter tido estas consequências para o doente em causa’.”		
	2. Prevenção dos erros.	Perg.10 E3 “O que se passa é: tem-se uma conversa dentro do gabinete entre o Enf. Chefe e o enfermeiro e em que se tenta ver porque é que aconteceu o erro e se faz uma acção pedagógica para que não volte a acontecer...”	2	6.9
	3. Trabalhar o erro e activar medidas para minimizar as consequências.	Perg.9 E2 “(...) quando são situações mais complicadas, automaticamente se pede para o doente ser observado pelo médico e para se fazerem alguns exames complementares que sejam necessários para se detectar alguma complicação ou preveni-la. Tenta-se de imediato resolver a situação e reverter se houver algum tipo de quadro associado ao erro.”	13	44.8
	4. Sistema de relato do erro não punitivo – sistema aberto de comunicação.	Perg.9 E1 “Neste momento, neste serviço, existe uma grande abertura e um grande à vontade para os elementos novos o fazerem, quer com as coordenadoras, quer com a chefia.”	2	6.9
	Valorização do acto de comunicação do erro.	Perg.6 E3 “(...) eu disse-lhe que apesar do erro ter sido muito grave, que gostei da atitude dela, de me vir logo comunicar, porque toda a gente erra, o importante é admiti-lo e tentar fazer sempre alguma coisa para minimizar efeitos para o doente.”		
Penalização do erro	1. Perda de confiança na relação com os colegas e também com os doentes.	Perg.6 E2 “Há uma má prática e a partir daí o trabalho de equipa todo que se conquistou durante muito tempo acaba por se perder. Há uma relação de confiança que se perde com os colegas e também com o doente.”	1	3.5
	2. Consequências na avaliação do enfermeiro que erra - erro por desleixo	Perg.9 E2 “Se houve um erro que foi cometido por desleixo por parte do enfermeiro é provável que este	3	10.3

entra na avaliação do enfermeiro.

enfermeiro não fique muito bem visto pelas chefias...
e não sei se será punido mas provavelmente isso
contará para a sua avaliação para a renovação ou não
do contrato de trabalho quando isto é constante.”

Total de relatos

29

100

11.3.4 Consequências para os Utentes do cometimento do Erro de Administração de Medicação

Foram encontradas as subsequentes categorias: **sem repercussões graves para o doente** por actuação dos mecanismos de prevenção e detecção do erro precocemente, evitando consequências sérias; **repercussões com gravidade para o doente** com consequências danosas na sua situação clínica e **repercussões com pouca gravidade para o doente**.

11.3.4¹ Categoria “Sem Repercussões Graves para o Doente”

A maior parte dos relatos dos participantes (8) apontou para o facto de na maioria dos casos **não advirem** dos erros de administração de terapêutica **consequências físicas graves** para os doentes.

“Até agora não foram graves, pelo menos que eu tenha conhecimento” (E4).

“(...) erros graves com repercussões graves não. Acho que se tem trabalhado muito no sentido de não acontecerem” (E1).

“Foi logo detectado no início, estava a perfundir para o doente há poucos minutos (...) e não teve consequências nenhuma para o doente” (E3).

“Não aconteceu nada porque foi detectado a tempo, mas podia ter tido consequências muito sérias se tivesse sido administrado” (E4).

11.3.4² Categoria “Repercussões com Gravidade para o Doente”

No que refere às **repercussões com gravidade para o doente**, decorrentes de erros terapêuticos, foram obtidos 4 relatos que referem que tais erros condicionam quer a presença de **complicações físicas** como as hipoglicémias, resultantes de

administrações de insulina em doses superiores ao necessário para o doente, ou de ordem relacional com **afecção do nível de confiança na relação terapêutica**.

“Erros muito graves têm a ver com elevadas unidades de insulina que foram administradas, traduzindo hipoglicémias gravíssimas e difíceis de reverter...” (E5).

“(...) administrou-lhe uma dose maior do que aquela que ele necessitava e o doente fez uma hipoglicémia na saída de vela...” (E3).

“esse erro foi uma administração de insulina que devia ter sido subcutânea e foi endovenosa numa dose 4 vezes superior. O doente teve de ser assistido de urgência. Como tinha veia periférica canalizada foi administrada protamina zinco que é o antídoto da insulina” (E6).

“Tem consequências ao nível físico e ao nível da confiança e relação terapêutica que estabelecem connosco” (E5).

11.3.4³ Categoria “Repercussões com Pouca Gravidade para o Doente”

Associado às **repercussões com pouca gravidade** para o doente está por exemplo, o sangramento das gengivas: *“Na altura, não houve consequências, o quadro conseguiu-se reverter, porque as coisas foram feitas o tempo todo com a equipa médica ao lado, foi administrado o antídoto da heparina, foi feita uma vigilância apertada, análises. Para o doente acabou por não ter repercussões muito graves, claro, ainda sangrou das gengivas e o cardiologista a fazer uma vigilância apertada...”* (E1).

“(...) são sempre graves mas não foram muito graves, não houve um desfecho fatal nem o doente ficou com sequelas físicas” (E1).

“(...) deste tempo todo de profissão posso dizer que com pouca frequência e com pouca gravidade para o doente” (E3)

Quadro nº 6 - Consequências para os Utentes do cometimento do Erro de Administração de Medicação

Categorias	Descrição do problema	Ilustrações	Relatos	
			N	%
Sem repercussões graves para o doente	1. Sem repercussões graves para o doente – prevenção.	Perg.5 E1 “(...) erros graves, com repercussões graves não. Acho que se tem trabalhado muito no sentido de não acontecerem.”	8	53.3
	Deteção do erro evitando consequências sérias.	Perg.6 E3 “Foi logo detectado no início, estava a perfundir para o doente há poucos minutos, foi logo após ela ter substituído a seringa, e não teve consequências nenhuma para o doente.”		
Repercussões com gravidade para o doente	1. Consequências com gravidade para o doente - Hipoglicémias graves e difíceis de reverter.	Perg.6 E1 “(...) erros muito graves que têm a ver com a administração de elevadas unidades de insulina que foram administradas, traduzindo hipoglicémias gravíssimas e difíceis de reverter, que se conseguiram porque foram detectadas precocemente.”	4	26.7
	Consequências ao nível físico e ao nível da confiança e relação terapêutica.	Perg.6 E5 “Tem consequências ao nível físico e ao nível da confiança e da relação terapêutica que estabelecem connosco. Eu nunca vi, decorrente de um erro terapêutico, um doente ter ficado em risco de vida. Já aconteceu, o doente ter ficado monitorizado ou ter sido feita uma maior vigilância do seu estado clínico, mas mais nada.”		
	Assistência de urgência.	Perg.6 E6 “O doente teve que ser assistido de urgência. Como tinha veia periférica canalizada foi administrada protamina zinco que é o antídoto da insulina.”		
Repercussões com pouca gravidade para o doente	1. Repercussões com pouca gravidade - Sangramento das gengivas.	Perg.6 E1 “Na altura, não houve consequências, o quadro conseguiu-se reverter, porque as coisas foram feitas o tempo todo com a equipa médica ao lado, foi administrado o antídoto da heparina, foi feita uma vigilância apertada, análises. Para o doente acabou por não ter repercussões muito graves, claro, ainda sangrou das gengivas, e o cardiologista a fazer uma vigilância apertada...”	3	20.0
	Sem mortes nem sequelas físicas.	Perg.6 E1 “As consequências dos erros com os quais me deparei foram graves, claro que são sempre graves, mas não foram muito graves, não houve um desfecho fatal nem o doente ficou com sequelas físicas.”		
	Erros com pouca gravidade para o doente.	Perg.3 E3 “Da minha experiência profissional, deste tempo todo de profissão posso dizer que com pouca frequência e com pouca gravidade para o doente.”		
Total de relatos			15	100

11.3.5 Tipos de Erros mais Comuns

Neste tema, os participantes do estudo, nomearam 6 tipos de erros mais frequentes decorrentes da responsabilidade do enfermeiro no processo de **administração de medicação**. Eles foram: erros na dose do fármaco; erros no desfasamento do horário da medicação; omissão da administração da medicação; troca da medicação; erros na via de administração e erros de preparação dos medicamentos. No que diz respeito ainda aos **erros de preparação**, foi abordada a problemática das diluições dos fármacos endovenosos.

11.3.5¹ Categoria “Erros de Administração”

Nos **erros de administração** incluem-se os **erros na dose do medicamento** (7 relatos obtidos) associados à administração de bólus de heparina e de elevadas doses de insulina.

“Os erros que envolvem a dose do medicamento e a sua confirmação, a relação com as análises do doente” (E1).

“Este erro mais grave teve a ver com a administração de um bólus de heparina...que por vezes surgem em pessoas mais inexperientes...” (E1).

“(...) eu já vi também erros muito graves que têm a ver com a administração de elevadas doses de insulina (...) traduzindo hipoglicémias gravíssimas e difíceis de reverter...” (E1).

Incluem-se também os **erros de desfasamento do horário de administração**, relacionados com erros no cumprimento dos horários previamente determinados para administrar a medicação, os quais foram referidos 3 vezes pelos participantes.

“(...) até porque havia alguma instabilidade naquele doente e até haver um feed-back da equipa médica, acaba por haver ali um desfasamento do horário da administração...e esses pequenos erros ocorrem” (E1).

“Há uma regra que aprendemos todos na escola que nunca é cumprida, que é a regra da hora certa. É impossível administrarmos toda a medicação que temos para dar àquela hora, nomeadamente os antibióticos, à hora exacta. É uma regra que toda a gente ultrapassa” (E2).

Os **erros de omissão da administração de medicamentos** foram mencionados por 5 participantes.

“Outro erro constante é, nestas situações, acaba-se por deixar medicação endovenosa diluída pendurada sem estar a ser administrada, à espera que o outro medicamento corra...” (E2).

“Também já dei conta de erros de omissão, em que o enfermeiro se esquece de administrar algum fármaco àquele doente...” (E5).

“(...) muitas vezes até para os exames que vão fazer, é conveniente que tenham feito a terapêutica para não estarem descompensados e não se faz” (E1).

A **troca de medicação** administrada é referida como o principal tipo de erro, não sendo, ainda assim muito frequente segundo os relatos colhidos. Desta acção decorrem a administração de terapêutica ao doente errado e a troca entre dois doentes e foi focada por 5 participantes do estudo.

“(...) eu tenho notado que acontece menos, mas há um tempo atrás acontecia muito, aconteciam grandes erros por troca de medicação que era deixada na mesa de cabeceira do doente, ou na mesa de refeição (...) Vinha a senhora da copa e trocava as mesas e isto era constante” (E2).

““(...) em vez de se dar ao doente A dá-se ao B” (E6).

“A troca é o tipo de erro número 1 mas não é assim tão frequente...3 ou 4 vezes...” (E6).

Os erros relacionados com a **troca da via de administração** correcta do fármaco foram mencionados por 2 participantes.

“(...) não se questionou sobre que medicação estava dentro das seringas e deu por outra via de administração” (E2)

“Também já observei ser administrada uma solução de aerossol via endovenosa” (E2).

11.3.5² Categoria “Erros de Preparação”

Quanto aos **erros de preparação de medicação**, foi referido por 6 participantes, que eram responsáveis pelos erros na diluição do fármaco.

“Também há o problema das diluições. Que é o erro de preparação mais frequente e que leva talvez aos erros de administração mais frequentes” (E4).

“Um deles eu vi, apercebi-me (foi o caso da administração da vancomicina, que deveria ter sido diluída em 100ml de soro e foi diluída em 20ml e administrada directamente na veia do doente) porque ela disse que já tinha dado e eu vi que tinha corrido muito rápido” (E4).

“Os erros mais graves que vi foram todos relacionados com diluições, em vez de diluírem em mais quantidade de solvente diluíram em menos quantidade” (E5).

“(...) é mais darem terapêutica directa que era para dar diluída” (E3).

“(...) mas já tive conhecimento de outro tipo de erros, como prepararem xaropes numa seringa como se fosse terapêutica endovenosa” (E4).

Quadro nº 7 - O Erro de Administração de Medicação - Tipos de Erros mais comuns

Categorias	Descrição do problema	Ilustrações	Relatos	
			N	%
Erros de administração	1. Erros na dose do medicamento.	Perg.2 E1 “Os erros que envolvem a dose do medicamento e a sua confirmação, a relação com as análises do doente...”	7	20.6
	2. Erros de desfasamento do horário da administração.	Perg.5 E1 “(...) até porque havia alguma instabilidade naquele doente e até haver um feed-back da equipa médica, acaba por haver ali um desfasamento do horário da administração...e esses pequenos erros ocorrem.”	3	8.8
	Erros no cumprimento do horário	Perg.5 E1 “A nível do cumprimento do horário, se calhar também ocorrem (...)” Perg.4 E2 “Há uma regra que aprendemos todos na escola que nunca é cumprida, que é a regra da hora certa. É impossível administrarmos toda a medicação que temos para dar àquela hora, nomeadamente os antibióticos, à hora exacta. É uma regra que toda a gente ultrapassa.”		
	3. Falha na medicação.	Perg.2 E1 “(...) acontece algumas vezes, naqueles doentes que vão fazer exames e as pessoas não sabem qual a medicação que têm que fazer, ainda que o doente esteja em jejum para um exame... desde os anti-hipertensores, os beta-bloqueantes, que muitas vezes até para os exames que vão fazer, é conveniente que tenham feito a terapêutica para não estarem descompensados e não se faz.”	5	14.7
	4. Troca da medicação.	Perg.4 E2 “(...) eu tenho notado que acontece menos mas há um tempo atrás acontecia muito, aconteciam grandes erros por troca de medicação que era deixada na mesa-de-cabeceira do doente, ou na mesa de refeição, sem alertar o auxiliar antes, sem sequer esperar que o auxiliar chegasse à sala para dar as refeições. Vinha a senhora da copa e trocava as mesas e isto era constante.” Perg.2 E6 “(...) troca da medicação. Em vez de se dar ao doente A dá-se ao B.”	5	14.7
	5. Erro de via administração da terapêutica.	Perg.2 E6 “(...) administrar o fármaco correcto mas não pela via correcta...por exemplo uma insulina que é para administrar via subcutânea e o enfermeiro administrou endovenosa. Aí é mais grave.”	2	5.9
6. Erros de administração ligados a erros de preparação.	Perg. 2 E3 “E às vezes o que se passa é que medicamentos que devem ser diluídos são	2	5.9	

Erros de preparação	1. Erros na diluição do medicamento.	administrados directamente...é mais darem terapêutica directa que era para dar diluída.” Perg.2 E1 “Penso que para além disto, continuam a acontecer erros na preparação do medicamento, sobretudo nas diluições.” Perg.2 E4 “Também há o problema das diluições. Que é o erro de preparação mais frequente e que leva talvez aos erros de administração mais frequentes.”	6	17.6
	2. Erro na preparação	Perg. 2 E3 “(...) eu acho que é mais a preparação do medicamento”.	4	11.8
Total de relatos			34	100

Os dados são interessantes e mostram que, como factores para o acontecimento do erro de administração de medicação, os enfermeiros na prestação directa de cuidados consideram, de um modo geral, os factores ambientais preponderantes em relação aos factores intrínsecos ou próprios de cada indivíduo. A teoria da atribuição causal é uma fonte de explicação para as causas que os indivíduos atribuem às acções empreendidas e aos comportamentos já acontecidos (Heider, 1958). Neste caso concreto, o agente, enfermeiro prestador de cuidados, tende a atribuir o efeito às propriedades disposicionais do ambiente. Tal acontece porque o actor ao analisar o seu comportamento tende a atribuí-lo a factores situacionais. Do ponto de vista de Jones & Nisbett (1972) o actor tem mais e melhor acesso a informações relativas ao seu comportamento no passado em situações semelhantes o que lhe permite pensar melhor a influência de causas externas nesse seu comportamento específico. Para Ferreira e Abreu (1998) as pessoas fazem atribuições defensivas frente ao infortúnio para proteger a sua auto-estima, evitar culpa e prevenir o seu envolvimento em eventos vitimadores no futuro. Há portanto uma tendência natural dos indivíduos para atribuírem ao meio ambiente comportamentos e más práticas.

No que refere ao ambiente de trabalho, as constantes interrupções e interferências no decorrer da preparação da terapêutica têm bastante impacto, no enfermeiro e no decorrer da prestação de cuidados, bem como a sobrecarga de trabalho. Quanto aos factores inerentes ao próprio enfermeiro, destacam-se a importância da experiência profissional e o cansaço. Segundo estes, a inexperiência associada à dotação de conhecimentos insuficientes relativamente aos fármacos e ausência de domínio da terapêutica relacionando-a com a situação clínica do doente, aliada ainda à falta de humildade para pedir ajuda, são condições importantes para a ocorrência de erros.

No processo de preparação e administração da terapêutica identificou-se a preparação incorrecta do medicamento ou diluições realizadas de forma incorrecta como o factor dominante para o acontecimento de erros aquando da administração. Neste processo de preparação do medicamento podem ocorrer igualmente erros na

dosagem preparada e incorrecções na sua identificação. Na administração, os factores mais vezes focados foram o incumprimento do horário previsto para a toma do fármaco, o incumprimento do princípio de observação da toma e a troca do medicamento a administrar.

Houve referência à redução dos erros de transcrição da medicação com a vinda da prescrição electrónica. As dificuldades de interpretação da prescrição devido à ilegibilidade da letra do médico foram assim suprimidas, com este recurso tecnológico.

Segundo os participantes do estudo, o modelo organizacional, sob a perspectiva do método individual de trabalho e figura-se de extrema importância para a melhoria da segurança na prestação de cuidados, por potenciar a responsabilização do enfermeiro por todos os procedimentos realizados ao doente e melhorar a capacidade de articulação dos conhecimentos sobre o mesmo e da terapêutica prescrita. O método de trabalho à tarefa pressupõe um aumento da possibilidade de acontecimento de erros de medicação, originando confusão e insegurança na prestação dos cuidados.

No que refere à comunicação ou revelação do erro, esta é considerada uma questão de responsabilidade e na maioria dos casos acontece através dos enfermeiros mais jovens, que procuram aconselhamento para saberem que repercussões pode o erro traduzir no doente e o que devem fazer em seguida. Na generalidade, e de acordo com os dados obtidos, os enfermeiros com mais anos de experiência profissional preferem ocultar os erros que cometeram por receio que a revelação do erro possa comprometer a sua credibilidade e idoneidade profissional construída ao longo de anos. No entanto, são capazes, melhor do que os mais jovens, de activar e mobilizar recursos para evitar ou minorar os efeitos do erro no doente.

A conduta das chefias é considerada amplamente positiva, no que diz respeito à abordagem ao enfermeiro que cometeu o erro, procurando compreender os motivos

que levaram à ocorrência do erro, sobrevalorizando o trabalho do erro com vista à sua prevenção e a limitação de consequências para o doente, alvo do erro. A penalização do enfermeiro por ter cometido um erro é rara. Apenas se os erros forem constantes ou repetidos, é que tal constará da avaliação de desempenho anual do enfermeiro. Para estes enfermeiros ainda, os erros que foram cometidos não tiveram repercussões graves para o doente.

Os tipos de erro mais frequentes associados ao processo de administração de medicação por parte do enfermeiro foram os erros na dose administrada do fármaco, erros por omissão da administração, troca no doente a quem se destinava o fármaco e erros no horário de administração. De referir que mais uma vez foi notória a importância da preparação dos medicamentos, particularmente os endovenosos, pelas suas especificidades e características, pois os erros ligados à preparação implicam erros de administração.

11.4 RESULTADOS OBTIDOS NOS ENFERMEIROS GESTORES

Ao analisar as entrevistas realizadas aos enfermeiros com responsabilidades na gestão dos serviços desta instituição, foi possível obter as seguintes categorias:

- Práticas conducentes ao erro;
- Medidas de segurança para prevenir o erro;
- Sistemas de relato do erro;
- Regulação do erro;
- Normalização do erro.

11.4.1 Factores ligados à Ocorrência do Erro, Medidas de Segurança para prevenir o Erro e Sistemas de Relato e de Regulação do Erro

11.4.1¹ Categoria “Práticas Conducentes ao Erro”

Segundo os enfermeiros gestores, as práticas que levam ao acontecimento de erros são sobretudo intrínsecos ao enfermeiro, ou seja, estão directamente relacionados com as suas características pessoais, em seguida e por ordem de importância vem o ambiente perturbador e o trabalho à tarefa, ambos relacionados com as características do serviço. Por último estes enfermeiros fazem referência à comunicação entre elementos da equipa multidisciplinar.

O facto da atribuição do erro nos enfermeiros gestores ser sobretudo de índole intrínseca dos enfermeiros pode ser explicada por falta de conhecimento do observador, tendendo a atribuir disposições internas para o comportamento da pessoa observada ou do que observa nos outros. (Jones e Nisbett, 1972) Pode no entanto, neste caso, pelas funções que exercem relacionarem o erro com a percepção que têm de um mundo justo, no qual os indivíduos são punidos pelos seus erros e recompensados pelos seus méritos (Lerner, 1970 como citado em Ferreira e Abreu, 1998).

Os **factores intrínsecos ao enfermeiro** são atribuídos ao cansaço e à distração, por sobrecarga e ritmo acelerado de trabalho sobretudo devido ao facto de fazerem duplo emprego. Foram conseguidos 7 relatos dos enfermeiros gestores no que refere a esta problemática.

“podem ser causas pessoais do enfermeiro em que ele pode estar distraído, mais cansado, o que levou a que não observasse bem a prescrição ou a preparação do medicamento. (...) Muitos erros são pessoais...” (EA).

“(...) muitas vezes tem ver com a sobrecarga de trabalho , que não tem só a ver com o trabalho que presta numa só instituição , tem a ver com o facto dos enfermeiros trabalharem em duplo e triplo

emprego, que muitas vezes já vêm com 24 horas sem dormir, sem descansar, não tendo por isso a mesma lucidez e a mesma capacidade de raciocínio de quem dormiu perfeitamente e está a fazer as suas oito horas de trabalho” (EA).

“A sobrecarga de trabalho... a distração...A minha opinião sincera é que actualmente se está a trabalhar cada vez mais, não digo à tarefa, mas para despachar o mais depressa possível, (...) porque a seguir tenho que ir para outro emprego. Não há envolvimento, a pessoa não veste a camisola. Vem cá fazer os turnos, oito horas de jornada e vai embora” (EB).

“(...) alguns enfermeiros trabalham em mais do que um local e portanto há aqui o cansaço, o stress. (...) Para mim tem muito a ver com a sobrecarga de trabalho e com o ritmo acelerado de trabalho” (EC).

“Quando saem do serviço não vão só descansar, vão fazer uma série de outras coisas, que é a vida normal e portanto podem chegar ao serviço já com algum cansaço e portanto isso pode eventualmente condicionar algum erro” (EC).

A referência às interrupções constantes ao trabalho do enfermeiro, ao desempenho de várias tarefas em simultâneo e ao rácio enfermeiro-doente inadequado inserem-se no **ambiente perturbador**, abordado em 6 ocasiões pelos enfermeiros gestores.

“Basta falar num ambiente perturbador, que seja muito ruidoso, com muita confusão, pode levar à distração do profissional relativamente ao que está a fazer, por exemplo na preparação da terapêutica” (EA).

“Acontece com frequência, o enfermeiro estar a preparar medicação e ser solicitado constantemente, por colegas, por médicos que querem alguma ajuda ou que precisam de alguma coisa, por auxiliares e até por familiares que têm dúvidas ou que querem informações...” (EA).

“Um ambiente de stress, um ambiente de pressão, em que o enfermeiro tem a seu cargo o desempenho de inúmeras tarefas quase em simultâneo, por exemplo, numa situação de risco de vida para um

doente, em que é necessário intervirem vários enfermeiros e outros profissionais, em que são ditas ordens terapêuticas...”(EA).

“Há um problema grande, por um lado um rácio enfermeiro-doente desproporcional, que causa uma sobrecarga de trabalho no enfermeiro” (EC).

O **trabalho à tarefa** foi referido como um problema que conduz ao desconhecimento da terapêutica que foi preparada e ao desconhecimento do doente, seu contexto e processo clínico. A preparação e a administração da terapêutica surgem descontinuadas por não serem efectuadas pelo mesmo enfermeiro.

“O trabalho à tarefa, nomeadamente se o enfermeiro preparar terapêutica e outro enfermeiro a administrar. O que administra nestas condições não tem conhecimento do que contém a seringa por exemplo, da diluição que foi feita” (EA).

“(...) não tem conhecimento do doente, não saber das intercorrências que aconteceram antes, pode levar a essas consequências” (EA).

“(...) naquele momento o doente tem um hipotensor (medicamento para baixar a tensão arterial) prescrito e o doente estava hipotenso e o médico dá indicação oral para não se administrar e o colega não sabe e administra o medicamento” (EA).

“Eu agora vou comer e deixo ao meu colega a terapêutica preparada (...) portanto peço ao meu colega para administrar a terapêutica que eu preparei. Isto também pode condicionar algum erro” (EC).

A **comunicação entre membros da equipa multidisciplinar** foi outra sub-categoria encontrada e na qual foram obtidos 4 relatos, tendo sido expostas fragilidades na passagem de informação quando não havia prescrição informatizada.

“Pode ser da equipa multidisciplinar, a própria comunicação entre a equipa, o facto de não haver uma prescrição informatizada, em que o enfermeiro transcreve a prescrição médica para a sua folha.

Ou seja, quando neste circuito da medicação, da prescrição à administração, que inclui a participação de vários intervenientes e a informação não é a mesma, única, que é transmitida a todos, o risco de acontecerem erros é sempre muito maior” (EA).

“A comunicação entre toda a equipa multidisciplinar é igualmente fundamental, porque é nela que se baseia toda a nossa actividade” (EA).

“(...) o tipo de letra da prescrição, isso aqui está corrigido porque temos a prescrição informatizada, mas a prescrição era feita num determinado documento pelo médico, era transcrita pelo enfermeiro para o kardex, era enviada a prescrição para a farmácia e a farmácia fornecia de acordo com o que lia e interpretava do que lá estava escrito. Havia aqui duas possíveis leituras....era natural que neste circuito pudessem ocorrer erros” (EC).

11.4.1² Categoria “Medidas de Segurança para Prevenir o Erro”

Na prevenção do erro, segundo os enfermeiros gestores, o factor primordial já implementado em alguns serviços da instituição, é a prescrição electrónica, associada à existência de um único canal de transmissão da informação para todos os profissionais envolvidos no processo de administração de medicação, permitindo um melhor controlo das indicações e procedimentos, detectando-se mais facilmente o erro. O processo de integração de novos enfermeiros foi referido como importante na assimilação e adaptação ao processo de administração de terapêutica, bem como a criação de um ambiente tranquilo e adequadas condições físicas. Com menor preponderância, mas igualmente mencionados foram a reflexão sobre o erro, um sistema de informação adequado, a localização dos medicamentos e o respeito pelas regras.

O **sistema de prescrição electrónica** como aplicação informática única, que permite ser utilizada por médicos, enfermeiros e farmacêuticos, tem segundo estes enfermeiros (foram obtidos 5 relatos relacionados) a capacidade de disponibilizar

informação terapêutica actualizada, possuir um sistema de alerta quando o médico faz a prescrição que relaciona o stock da farmácia e alerta o médico para os fármacos disponíveis, dosagens e vias de administração, e que alerta para indicações terapêuticas incompatíveis.

“(..) a informação que se transmite aos elementos da equipa multidisciplinar, do médico, ao enfermeiro, ao farmacêutico é igual” (EA).

“(..) se o médico prescreve uma terapêutica em que a dosagem não está correcta, essa informação passa por mais intervenientes, nomeadamente pelos farmacêuticos, que também podem alertar para essa incorrecção e intervir no processo” (EA).

“(..) neste momento, ainda há arestas a limar porque às vezes há falhas no sistema informático, do género de o médico fazer a prescrição e não sair na folha de Kardex, mas seguramente, da minha experiência, reduziu o acontecimento de muitos erros, sobretudo de transcrição” (EA).

“Ajuda porque diminui o número de intervenientes no processo do registo da terapêutica. O médico quando prescreve vai a uma lista de medicamentos, não escreve com a letra dele e por outro lado não vai escrever um nome que não exista, que não seja um nome genérico do medicamento (...) A farmácia não tem que interpretar a letra do médico que prescreve. A folha de kardex para o enfermeiro aparece também informatizada” (EC).

A importância da formação sobre o sistema informático, da introdução ao contexto hospitalar e ao serviço e o apoio de colegas mais experientes, foi referido em 3 momentos nas entrevistas aos enfermeiros gestores, cifrando-se em factores fundamentais para a **integração dos novos enfermeiros**.

“Se juntamente à sua formação de base e às experiências profissionais anteriores, lhe for disponibilizada informação prévia antes do contacto com a realidade, a probabilidade de errar será menor, porque sabe o que está a fazer, porquê e como” (EA).

“Outras medidas de segurança prendem-se igualmente com as integrações dos novos enfermeiros, com o facto de se dar valor à formação desses enfermeiros, em termos da medicação, quanto à sua importância no leque de responsabilidades do enfermeiro, relativamente ao circuito da terapêutica, desde a prescrição pelo médico até à administração por parte do enfermeiro, concretamente quanto à forma como se prepara e administra” (EA).

“(...) outra ajuda pode ser o facto de as pessoas sentirem disponibilidade por parte de alguém mais experiente, que as possa orientar ou ajudar nos momentos que sentem mais dificuldades ou dúvidas. As pessoas sentirem que podem recorrer à ajuda de um colega, quer nas situações de mais stress, quando sentem que não têm tempo, para não terem de fazer tudo a correr, quer em situações de dúvida, terem apoio escrito, mas sobretudo de alguém mais experiente que o possa orientar melhor” (EA).

A **criação de um ambiente tranquilo e adequadas condições físicas** no serviço, nomeadamente no que refere ao rácio correcto na distribuição do trabalho do enfermeiro, foram também relatados por 2 participantes deste grupo.

“Depois isto passa por uma distribuição equitativa e por um rácio correcto na distribuição do trabalho. O rácio correcto é o relacionamento entre o enfermeiro e o número de doentes que cuida ou que é suposto cuidar e tendo em vista também o grau de dependência desses doentes” (EC).

O **respeito pelas regras** aprendidas, a **localização da terapêutica no stock**, um **sistema de comunicação adequado** e **reflectir sobre o erro** são componentes essenciais como medidas de segurança a adoptar pelos enfermeiros. Foi obtido apenas um relato associado a cada factor.

“E depois passa também muito por os enfermeiros respeitarem as regras que lhes foram ensinadas. Que é sempre a confirmação do medicamento no momento da preparação, no momento da administração, e muitas vezes descaramos isto...levamos um tabuleiro com medicação que pode baloiçar e a medicação se misturar e portanto passa muito pelo respeito pelas regras” (EC).

“Por outro lado, que os medicamentos mais agressivos que não estejam perto de medicamentos mais inócuos” (EB).

“Começamos pela unidose e pelas folhas de medicação serem destacáveis e coladas na folha de enfermagem para se evitar a transcrição; o stock da medicação, bem identificado e nos cuidados intermédios que a medicação endovenosa tenha a identificação das gavetas com letras diferentes da medicação per os (oral), maiores, de cor diferente” (EB).

“Identificar os problemas, perceber quais são as causas reais, todas as que existem na prática e que podem conduzir ao erro, e então em conjunto, encontrar estratégias comuns para agir em conformidade com cada tipo de erro (se é falta de formação, se é por causa de erros de prescrição ou prescrição pouco clara da parte médica, se é por causa de distração do próprio enfermeiro ou provocada pelo ambiente, se é devido ao cansaço por fazerem muitos turnos, e não terem a possibilidade de terem folgas). Cada serviço em particular deve perceber o contexto em que o erro aconteceu e depois intervir em conformidade” (EA).

11.4.1³ Categoria “Sistemas de Relato do Erro”

Os **sistemas de relato dos erros** são vistos pelos enfermeiros com cargos de gestão na organização, como uma forma de despenalização do erro ligada à abertura no seu tratamento e gestão. Foram conseguidos 5 relatos nesta categoria.

“O que é importante é que se surgir, eles sintam que da parte da chefia e da coordenação do serviço existe uma abertura das pessoas, não para julgar e penalizar, mas para ajudar perante essa situação” (EA).

“Acho que é importante da parte da chefia, colaborar, ser companheiro, não julgar, não criticar...” (EA).

“Se a pessoa sentir que vai ter represálias e vai ser seguramente penalizada, a situação pode tornar-se muito mais grave, porque a pessoa vai tentar encobrir o erro” (EA).

“E depois também a questão da abertura por parte das chefias, das pessoas saberem que podem falar e que se errarem devem dizê-lo, não devem omitir. É importante primeiro saber o que se passou e para isso a pessoa tem de sentir que pode falar” (EB).

11.4.1⁴ Categoria “Regulação do Erro”

De acordo com 5 relatos dos enfermeiros gestores, a regulação do erro obtém-se através da **compreensão do erro e adopção de medidas de correcção**.

“(..). Portanto, tem que se analisar o porquê ou os porquês e se possível fazer com que não volte a acontecer, seja através de formação, seja através da revisão da estrutura física...” (EA).

“Identificar os problemas, perceber quais são as causas reais, todas as que existem na prática e que podem conduzir ao erro, e então em conjunto, encontrar estratégias comuns para agir em conformidade com cada tipo de erro (se é falta de formação, se é por causa de erros de prescrição ou prescrição pouco clara da parte médica, se é por causa de distração do próprio enfermeiro ou provocada pelo ambiente, se é devido ao cansaço por fazerem muitos turnos, e não terem a possibilidade de terem folgas). Cada serviço em particular deve perceber o contexto em que o erro aconteceu e depois intervir em conformidade” (EA).

Por outro lado, e com 2 relatos cada, para estes enfermeiros é importante a **aprendizagem com o erro** através de formação dada ao enfermeiro que erra e a **minimização das consequências para o doente** no qual o erro recaiu.

“Insistir na formação, nas reuniões informais sobre o que está a acontecer, alertando os enfermeiros” (EB).

“Primeiro deve-se tentar perceber qual foi o erro, saber em que doente foi cometido, avaliar de imediato que repercussões pode ter no doente, que intervenções teremos que fazer para que as consequências desse erro sejam minimizadas” (EA).

11.4.1⁵ Categoria “Normalização do Erro”

Para que se proceda à regularização do erro, estes enfermeiros consideram que a **normalização do erro** é mais importante do que a sua **patologização**. Encaram a postura de compreensão do erro e do indivíduo que o cometeu como medida mais importante (4 relatos obtidos) em detrimento da penalização do enfermeiro (3 relatos). No entanto a diferença de opiniões não é substancial, podendo-se daqui extrair que há uma tentativa real de compreensão do erro mas que a punição pode vir em paralelo.

“O enfermeiro também é gente, e portanto é uma pessoa como as outras, que tem de ter algum cuidado ou muito cuidado com as coisas que faz, mas também é falível. É evidente que acontecem erros” (EC).

“Até porque erro é igual a punição. Há uma relação directa. A associação costuma ser essa: quem erra é punido. Em todo o lado” (EB).

Quadro nº 8 - Factores ligados à Ocorrência do Erro, Medidas de Segurança para prevenir o Erro, e Sistemas de Relato e de Regulação do Erro

Categorias	Descrição do problema	Ilustrações	Relatos	
			N	%
Práticas conducentes ao erro	1. Trabalho à tarefa – desconhecimento da terapêutica que foi preparada	Perg.3 EA “O trabalho à tarefa, nomeadamente se o enfermeiro preparar terapêutica e outro enfermeiro a administrar. O que administra nestas condições não tem conhecimento do que contém a seringa por exemplo, da diluição que foi feita (...)”	6	11.8
	Trabalho à tarefa – desconhecimento do doente	Perg.3 EA “(...) não tem conhecimento do doente, não saber das intercorrências que aconteceram antes, pode levar a essas consequências.”		
	Trabalho à tarefa – desconhecimento do processo do doente	Perg.3 EA “(...) o facto de se administrar medicação a um doente que não está atribuído àquele enfermeiro, por exemplo, naquele momento o doente tem um hipotensor (medicamento para baixar a tensão arterial) prescrito e o doente estava hipotenso e o médico dá indicação oral para não se administrar..., e o colega não sabe e administra o medicamento.”		
	Trabalho à tarefa – preparação e administração por pessoas diferentes	Perg.3 EB “(...) um enfermeiro preparar uma medicação e outro administrar...”		
	Trabalho à tarefa – desconhecimento do contexto do doente	Perg.3 EC “O método de distribuição à tarefa, em que eu estou limitado àquelas tarefas e posso não conhecer o contexto do doente, eu posso correr o risco de administrar um fármaco que está erradamente prescrito para aquela pessoa, mas também é verdade se eu for o enfermeiro responsável por aquele doente sou suposto conhecer o doente e perceber se aquela medicação é ou não é adequada ou se há ali qualquer coisa que me suscite dúvida e vá esclarecê-la.”		
	Preparação e administração por pessoas diferentes	Perg.3 EC “Eu agora vou comer e deixo ao meu colega a terapêutica preparada e digo-lhe: olha, agora se não te importas vou comer...portanto peço ao meu colega para administrar a terapêutica que eu preparei. Isto também pode condicionar algum erro.”		
	2. Factores intrínsecos ao enfermeiro – distração e cansaço	Perg.6 EA “Podem ser causas pessoais do enfermeiro, em que ele pode estar distraído, mais cansado, o que levou a que não observasse bem a prescrição ou a preparação do medicamento.”	7	13.7

Categorias	Descrição do problema	Ilustrações	Relatos	
			N	%
Práticas conducentes ao erro (cont.)	Duplo emprego – ausência de sentimento de pertença	Perg.6 EA “Muitos erros que são pessoais, como a distração, muitas vezes tem a ver com a sobrecarga de trabalho, que não tem a ver só com o trabalho que presta numa só instituição, tem a ver com o facto de os enfermeiros trabalharem em duplo e triplo emprego, que muitas vezes já vêm com 24 horas sem dormir, sem descansar, não tendo por isso a mesma lucidez e a mesma capacidade de raciocínio de quem dormiu perfeitamente e está a fazer as suas oito horas de trabalho. Perg.6 EB “A sobrecarga de trabalho...a distração...” Perg.6 EB “A minha opinião sincera é que actualmente se está a trabalhar cada vez mais, não digo à tarefa, mas para despachar o mais rapidamente possível, porque tenho de fazer e porque a seguir tenho que ir para outro emprego. Não há envolvimento, a pessoa não veste a camisola. Vem cá fazer os turnos, 8 horas de jornada e vai embora.”		

Duplo emprego – cansaço e stress.	Perg.3 EC“(…) alguns enfermeiros trabalham em mais do que um local e portanto há aqui o cansaço, o stress.”		
Sobrecarga e ritmo acelerado de trabalho	Perg.3 EC“(…) sobrecarga de trabalho e com o ritmo acelerado de trabalho. Perg.6 EC “A sobrecarga de trabalho (…)”		
3. Comunicação entre membros da equipa multidisciplinar – falha na passagem de informação por não haver prescrição informatizada	Perg.6 EA “Pode ser da equipa multidisciplinar, a própria comunicação entre a equipa, o facto de não haver uma prescrição informatizada, em que o enfermeiro transcreve a prescrição médica para a sua folha. Ou seja, quando neste circuito da medicação, da prescrição à administração, que inclui a participação de vários intervenientes e a informação não é a mesma, única, que é transmitida a todos, o risco de acontecerem erros é sempre muito maior.” Perg.6 EA “Digamos que haver uma uniformização, que se consegue pela existência de um único canal de transmissão da informação para todos os profissionais envolvidos, há um controlo maior, porque se houvesse um erro era mais facilmente detectado.” Perg.6 EA “A comunicação entre toda a equipa multidisciplinar é igualmente fundamental, porque é nela que se baseia toda a nossa actividade.”	4	7.8

Categorias	Descrição do problema	Ilustrações	Relatos	
			N	%
Práticas conducentes ao erro (cont.)		Perg.6 EC“(…) o tipo de letra da prescrição, isso aqui está corrigido porque temos a prescrição informatizada, mas a prescrição era feita num determinado documento pelo médico, era transcrita pelo enfermeiro para o kardex, era enviada a prescrição para a farmácia e a farmácia fornecia de acordo com o que lia e interpretava do que lá estava escrito. Havia aqui duas possíveis leituras...era natural que neste circuito pudessem ocorrer erros.”		
4. Ambiente perturbador	Interrupções	Perg.6 EA “Basta falar num ambiente perturbador, que seja muito ruidoso, com muita confusão, pode levar à distração do profissional relativamente ao que está a fazer, por exemplo na preparação da terapêutica.” Perg.6 EA “Acontece com frequência, o enfermeiro estar a preparar medicação e ser solicitado constantemente, por colegas, por médicos que querem ajuda ou que precisam de alguma coisa, por auxiliares e até por familiares que têm dúvidas ou que querem informações...”	6	11.8
	Desempenho de várias tarefas em simultâneo	Perg.6 EA “Um ambiente de stress, um ambiente de pressão, em que o enfermeiro tem a seu cargo o desempenho de inúmeras tarefas quase em simultâneo, por exemplo numa situação de risco de vida para um doente, em que é necessário intervirem vários enfermeiros e outros profissionais, em que são ditas ordens terapêuticas... Perg.6 EB“(…) por outro lado pode estar relacionado com as características do ambiente de trabalho, barulhento, confuso (…)”		
	Rácio enfermeiro-doente inadequado	Perg.3 EC “Há um problema grande, por um lado um rácio enfermeiro-doente desproporcional, que causa		

uma sobrecarga de trabalho no enfermeiro (...)"

Perg.6 EC "Se eu tiver num momento de muita agitação, muito stress, por exemplo se eu estou a administrar terapêutica a um doente e o doente ao lado apresenta um quadro em que eu preciso de intervir com urgência, isso pode-me causar alguma confusão depois...onde é que eu ia, o que é que eu tinha feito...a medicação era mesmo para este doente ou ia a caminho e deixei aqui mas era para outro. O contexto tem a sua influência."

Categorias	Descrição do problema	Ilustrações	Relatos	
			N	%
Medidas de segurança	1. Prescrição electrónica.	Perg.8 EA "Falando não na instituição no seu todo, mas neste serviço, porque ainda não está disponível em todos, a prescrição on-line." Perg.8 EA "(...) a informação que se transmite aos elementos da equipa multidisciplinar, do médico, ao enfermeiro, ao farmacêutico é igual." Perg.8 EA "(...) se o médico prescreve uma terapêutica em que a dosagem não está correcta, essa informação passa por mais intervenientes, nomeadamente pelos farmacêuticos, que também podem alertar para essa incorrecção e intervir no processo." Perg.9 EA "(...) neste momento, ainda há arestas a limar porque às vezes há falhas no sistema informático, do género de o médico fazer a prescrição e não sair na folha de Kardex, mas seguramente, da minha experiência, reduziu o acontecimento de muitos erros, sobretudo de transcrição." Perg.8 EC "(...) "Acho que melhorar já se melhorou bastante com a informatização do processo."	5	9.8
	2. Processo de integração dos novos enfermeiros – circuito da terapêutica	Perg.8 EA "Outras medidas de segurança prendem-se igualmente com as integrações dos novos enfermeiros, com o facto de se dar valor à formação desses enfermeiros, em termos da medicação, quanto à sua importância no leque de responsabilidades do enfermeiro, relativamente ao circuito da terapêutica, desde a prescrição pelo médico até à administração por parte do enfermeiro, concretamente quanto à forma como se prepara e administra." Perg.8 EA "Se juntamente à sua formação de base e às experiências profissionais anteriores, lhe for disponibilizada informação prévia antes do contacto com a realidade, a probabilidade de errar será menor, porque sabe o que está a fazer, porquê e como."	3	5.8
	Introdução ao contexto.			

Categorias	Descrição do problema	Ilustrações	Relatos	
			N	%
Medidas de segurança (cont.)	Ajuda/apoio de colegas mais experientes	Perg.8 EA "Nesta medida, outra ajuda pode ser o facto de as pessoas sentirem disponibilidade por parte de alguém mais experiente, que as possa orientar ou ajudar nos momentos que sentem mais dificuldades ou dúvidas. As pessoas sentirem que podem recorrer à ajuda de um colega, quer nas situações de mais stress, quando sentem que não têm tempo, para não terem de fazer tudo a correr, quer em situações de dúvida, terem apoio escrito, mas sobretudo de alguém mais experiente que o possa orientar melhor. Há uma série de contextos que podem ajudar."		
	3. Criação de ambiente tranquilo e adequadas condições físicas	Perg.8 EA "Há também outras medidas, mas que são mais dificilmente implementáveis, medidas ao nível do ambiente de trabalho. O facto de se estar num ambiente muito perturbador, barulhento, onde no serviço não existam condições físicas para que o	2	3.9

	enfermeiro se concentre mais no que está a fazer e esteja sempre a ser interrompido...”			
Rácio correcto na distribuição do trabalho.	Perg.8 EC “Depois isto passa por uma distribuição equitativa e por um rácio correcto na distribuição do trabalho. O rácio correcto é o relacionamento entre o enfermeiro e o número de doentes que cuida ou que é suposto cuidar e tendo em vista também o grau de dependência desses doentes.”			
4. Reflectir sobre o erro	Perg.11 EA “Identificar os problemas, perceber quais são as causas reais, todas as que existem na prática e que podem conduzir ao erro, e então em conjunto, encontrar estratégias comuns para agir em conformidade com cada tipo de erro (se é falta de formação, se é por causa de erros de prescrição ou prescrição pouco clara da parte médica, se é por causa de distração do próprio enfermeiro ou provocada pelo ambiente, se é devido ao cansaço por fazerem muitos turnos, e não terem a possibilidade de terem folgas). Cada serviço em particular deve perceber o contexto em que o erro aconteceu e depois intervir em conformidade.”	1	2.0	

Categorias	Descrição do problema	Ilustrações	Relatos	
			N	%
Medidas de segurança (cont.)	5. Sistema de comunicação adequado	Perg.8 EB “Começamos pela unidose e pelas folhas de medicação serem destacáveis e coladas na folha de enfermagem para se evitar a transcrição; o stock da medicação, bem identificado e nos cuidados intermédios que a medicação endovenosa tenha a identificação das gavetas com letras diferentes da medicação per os (oral), maiores, de cor diferente.”	1	2.0
	6. Localização dos medicamentos	Perg.8 EB “Por outro lado, que os medicamentos mais agressivos que não estejam perto de medicamentos mais inócuos.”	1	2.0
	7. Respeito pelas regras	Perg.8 EC “E depois passa também muito por os enfermeiros respeitarem as regras que lhes foram ensinadas. Que é sempre a confirmação do medicamento no momento da preparação, no momento da administração, e muitas vezes descaramos isto...levamos um tabuleiro com medicação que pode baloiçar e a medicação se misturar e portanto passa muito pelo respeito pelas regras.”	1	2.0
Sistemas de relato do erro	1. Sistema de despenalização e de abertura	Perg.4 EA “O que é importante é que se surgir, eles sintam que da parte da chefia e da coordenação do serviço existe uma abertura das pessoas, não para julgar e penalizar, mas para ajudar perante essa situação.” Perg.4 EA “Acho que é importante da parte da chefia, colaborar, ser companheiro, não julgar, não criticar. O enfermeiro tem que assumir e dessa forma ajuda o doente, e há sempre o espírito de companheirismo entre as pessoas, e de equipa. As pessoas não vão propriamente divulgar ‘olha, aconteceu isto’.” Perg.4 EA “Se a pessoa sentir que vai ter represálias e vai ser seguramente penalizada, a situação pode tornar-se muito mais grave, porque a pessoa vai tentar encobrir o erro.” Perg.8 EB “E depois também a questão da abertura por parte das chefias, das pessoas saberem que podem falar e que se errarem devem dizê-lo, não devem omitir. É importante primeiro saber o que se passou e para isso a pessoa tem de sentir que pode falar.”	5	9.8

Categorias	Descrição do problema	Ilustrações	Relatos	
			N	%
Sistemas de relato do erro (cont.)		Perg.12 EB “A noção de que a chefia não está nos		

Regulação do erro	1. Minimização das consequências para o doente	<p>serviços para dificultar a vida a ninguém mas para ajudar, é importante. Estamos todos a trabalhar com o mesmo objectivo, portanto eu acho que se houver um clima de abertura, as pessoas não têm que omitir.”</p> <p>Perg.4 EA “Foram logo tomadas medidas de suporte para se evitarem consequências para o doente: avaliada a glicemia capilar frequentemente, colocada uma dextrose em curso, ficou monitorizado durante umas horas. Fizeram-se uma série de intervenções, que minimizaram a hipótese de haver algum problema como consequência do erro.”</p> <p>Perg.10 EA “Primeiro deve-se tentar perceber qual foi o erro, saber em que doente foi cometido, avaliar de imediato que repercussões pode ter no doente, que intervenções teremos que fazer para que as consequências desse erro sejam minimizadas.”</p>	2	3.9
	2. Aprendizagem com o erro – formação do enfermeiro que erra	<p>Perg.4 EA “(...) depois também se tem que analisar o que é que o levou a errar e se calhar da parte da chefia, ver se houve alguma condicionante que a levou a errar, e tentar anular essa condicionante.”</p> <p>Perg.11 EB “Insistir na formação, nas reuniões informais sobre o que está a acontecer, alertando os enfermeiros.”</p>	2	3.9
	3. Compreensão do erro e adopção de medidas de correcção	<p>Perg.4 EA “(...) Portanto, tem que se analisar o porquê ou os porquês e se possível fazer com que não volte a acontecer, seja através de formação, seja através da revisão da estrutura física, mas a mim não me parece adequado que a pessoa seja exposta publicamente.”</p> <p>Perg.10 EA “Em relação ao enfermeiro, não havendo situações graves, que envolvam a morte do doente devido àquele erro, a abordagem será no sentido que referi anteriormente. O que se faz é falar com a pessoa, perceber junto dela o que a levou a cometer aquele erro, perceber se tem a ver com lacunas de formação, se foi devido ao stress, se foi distração e perceber o que é que se pode ajudar naquela pessoa.”</p>	5	9.8

Categorias	Descrição do problema	Ilustrações	Relatos	
			N	%
Regulação do erro (cont.)		<p>Perg.11 EA “Identificar os problemas, perceber quais são as causas reais, todas as que existem na prática e que podem conduzir ao erro, e então em conjunto, encontrar estratégias comuns para agir em conformidade com cada tipo de erro (se é falta de formação, se é por causa de erros de prescrição ou prescrição pouco clara da parte médica, se é por causa de distração do próprio enfermeiro ou provocada pelo ambiente, se é devido ao cansaço por fazerem muitos turnos, e não terem a possibilidade de terem folgas). Cada serviço em particular deve perceber o contexto em que o erro aconteceu e depois intervir em conformidade.”</p> <p>Perg.10 EB “Tenta-se saber como aconteceu, porque é que aconteceu e o que é que pode originar directamente no doente.”</p> <p>Perg.11 EC “Acho que tem sobretudo que ser resolvido nos serviços, com as pessoas que estão nos serviços, com as chefias dos serviços. Acho que tem mais que ver com isso do que por uma normativa da instituição.”</p>	51	100
Total de relatos			51	100

Todos os enfermeiros com cargos de gestão inquiridos consideraram o erro de administração de medicação praticado pelo enfermeiro, um assunto de discussão importante na perspectiva da segurança do doente. Curiosamente, dois dos enfermeiros inquiridos deram exemplos de erros reportando-se a si próprios como responsáveis por eles o que nunca aconteceu nas entrevistas aos enfermeiros prestadores de cuidados directos. Esta situação pode estar relacionada com o afastamento natural da prática dos enfermeiros gestores e por conseguinte de uma maior abertura e à vontade para o tratamento do tema. No que concerne à gravidade dos erros ela é, na maior parte dos relatos, relativizada e enquadrada nas consequências para o doente, que são sempre mais gravosas do que para o enfermeiro porque, segundo estes, é o utente que está sujeito aos cuidados de enfermagem e a uma má prática. A fase do processo de administração de medicação mais fragilizada e sujeita a maior número de erros foi por todos considerada a transcrição quando a prescrição é realizada manualmente. Quando a prescrição está informatizada, a fase de preparação da medicação é considerada pelos enfermeiros com cargos de gestão, a fase crítica para o acontecimento de erros.

PARTE V

REFLEXÃO FINAL

12. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

No decorrer da elaboração do estudo verifiquei que as causas e factores atribuídos ao acontecimento do erro de administração de medicação foram vastas e que permitem perceber quão complexa é a rede estrutural e funcional de um hospital, com características específicas e particulares onde nem sempre os valores que aprendemos são os que vimos inculcidos.

Entendi que o erro é ainda um tema difícil de tratar. É um tema controverso e pouco estudado, o que dificulta a pesquisa bibliográfica, nomeadamente pela escolha restrita de fontes. Numa organização de saúde, os impedimentos são semelhantes, nomeadamente com os enfermeiros, agentes de cuidados responsáveis também pela detecção desses erros. Senti por vezes, na primeira abordagem com os participantes do estudo, um certo constrangimento e retracção que com o decorrer das entrevistas se foi diluindo, penso que sobretudo pela privacidade que foi garantida.

Neste contexto, reconheço como primeira limitação a dificuldade de concretização e compreensão deste tema, por ser pouco estudado nas instituições de saúde em Portugal, haver pouca documentação relacionada e os enfermeiros sentirem ainda que o erro é um assunto tabu. Esta concepção torna o erro um assunto quase proibitivo, o que determina a impossibilidade das instituições desenvolverem mecanismos internos de prevenção.

As questões propostas nas entrevistas realizadas foram previamente explicitadas, embora sumariamente, permitindo ainda assim, uma reflexão antecipada. Não senti nos participantes hesitação ou dificuldade na concretização das respostas quando as perguntas foram colocadas, até pelo leque de experiências descritas ao longo das entrevistas. Senti isso sim, alguma inibição inicial em tratar o assunto e em muitos casos os participantes solicitaram a confirmação do anonimato das respostas. Isto pode considerar-se uma limitação, embora com o passar do tempo e a avaliar pela riqueza das entrevistas, foi de certo superada.

Denotaram-se também constrangimentos por parte de alguns participantes do estudo em abordar experiências pessoais relacionadas com o erro, podendo eventualmente ser atribuídos ao facto de eu própria ter desempenhado funções na instituição onde o estudo se realizou. No entanto, estou em crer que o amplo conjunto de casos de erros acontecidos a colegas de trabalho revelados foi expressivo do que se passa neste serviço de internamento.

Devo salientar ainda, que as conclusões a que cheguei com a realização deste estudo, se reportam apenas à amostra estudada e os resultados obtidos não são passíveis de ser generalizados à população à qual pertencem os grupos escolhidos pela presença deste número restrito de dados empíricos.

13. CONCLUSÕES E SUGESTÕES

O tema deste trabalho final de mestrado, o erro de medicação na prática dos cuidados de enfermagem, foi desde sempre, no decorrer da sua elaboração, um factor estimulante, por ser controverso e ainda pouco explorado e por gerar dúvidas e receios nas pessoas. Constituiu um desafio para mim enquanto investigadora, quer pela dificuldade de abordagem do tema aos participantes, quer pelos obstáculos criados por instituições nas quais gostaria de ter realizado o estudo, o que não veio a ser possível. Os constrangimentos habituais para a realização de um estudo desta natureza foram progredindo, bem como a minha vontade de consumir o trabalho e de obstar todas as contrariedades.

Considero que esta investigação pode ser de algum modo útil, mesmo que permita apenas que os enfermeiros prestadores de cuidados e os que gerem esta actividade, vejam no erro um desafio de controlo, um alvo das suas práticas ou um problema que deve sobretudo ser acautelado.

Posso dizer que foram encontradas diferenças nas entrevistas realizadas aos enfermeiros da prestação de cuidados e aos enfermeiros gestores, mas também alguma aproximação de perspectivas. De facto, em relação às práticas tendentes ao erro, os enfermeiros prestadores de cuidados atribuem-nas principalmente às características ambientais, como à sobrecarga de trabalho, meio stressante sujeito a constantes interrupções, localização inadequada dos medicamentos em stock e menos às características pessoais que motivam o acontecimento do erro. Os enfermeiros gestores, por sua vez, enfatizam os factores inerentes ao enfermeiro como pessoa, como influência importante para a ocorrência de erros, embora considerando também a relevância dos factores perturbadores ambientais. Os grupos estudados aproximam-se na opinião sobre o modelo organizacional de trabalho pelo método individual, o qual segundo eles, favorece o conhecimento do doente e suas

necessidades, facilitando a articulação de procedimentos e evitando erros. Para os enfermeiros gestores, os sistemas de relato não punitivos são vistos como sistemas de despenalização e abertura enquanto que para os enfermeiros ligados à prática de cuidados, este sistema não se justifica pela grande abertura que existe actualmente no serviço, em grande parte pelo contributo da chefia. Por outro lado há referência ao facto destes sistemas não trazerem benefício para os cuidados, pois os enfermeiros procurariam sempre saber quem tinha cometido os erros relatados, incentivando-se ainda mais a omissão desses erros. Para alguns enfermeiros da prática, os problemas devem ser discutidos no contexto dos serviços e não fora deles, o que não significa que este sistema de relato não faça sentido e não seja considerada uma boa ideia com fundamento válido materializando a sua prevenção futura. No entanto, considera-se que estes profissionais de saúde não estão preparados para o integrar. Para a maioria, os erros são problemas dos serviços e reflectem muitas vezes necessidades de formação dos enfermeiros. Assim, a discussão dos factores causais e dos erros em si pode ser inserida em formações de serviço.

Como medida de segurança para a prevenção do erro figura com maior peso a prescrição electrónica para os enfermeiros com cargos de gestão na instituição estudada. Os enfermeiros prestadores de cuidados também salientaram este recurso importante, por diminuir os erros de transcrição e as dificuldades de interpretação das prescrições médicas. Para os enfermeiros gestores a regulação do erro deve ser feita através da sua compreensão multifactorial e adopção de medidas de correcção, bem como pela formação e pela minimização das consequências para os doentes. Os enfermeiros da prática referem que as chefias têm uma conduta positiva ao procurarem trabalhar o erro e activar medidas para limitar as suas consequências, despenalizando o erro. A penalização pode traduzir-se na avaliação do enfermeiro quando os erros resultam na perda de confiança no trabalho desempenhado, quer por eles próprios enquanto líderes, pelos colegas e doentes.

A aproximação face a alguns aspectos ligados à prevenção e regulação do erro nestes dois grupos de enfermeiros estudados, pode estar relacionada com o espírito assertivo ressaltado pelos enfermeiros na prestação de cuidados em relação aos elementos gestores do serviço. Este é um aspecto importante para a prevenção do erro, pois ajuda os enfermeiros a dar importância ao seu trabalho e a não relativizarem os erros que cometem, contribuindo desta forma para a sua revelação e discussão, mais que não seja, no seio da equipa de enfermeiros do serviço. A postura da chefia face à adversidade é construtiva e salvaguarda os interesses dos doentes quanto à segurança dos cuidados que lhe são prestados.

Posso concluir que a prevenção do erro de medicação deve ser uma prioridade de todos, nomeadamente daqueles que regularizam a profissão. Esta discussão actual tem ficado muito aquém das necessidades reais dos serviços e hospitais. A Ordem dos Enfermeiros tem a responsabilidade primária de sensibilizar continuamente todos os profissionais que representa e criar condições institucionais de discussão e relato livre e anónimo dos erros.

A mudança de mentalidades, a divulgação criteriosa e o conhecimento destas matérias e da sua relevância no panorama actual dos cuidados de enfermagem, a articulação entre organismos, instituições e profissionais, e a disponibilização dos recursos adequados, parecem-me ser os alicerces indispensáveis para a criação e desenvolvimento de uma cultura de segurança nas organizações de saúde.

Não falar sobre este assunto, escondê-lo, remetê-lo apenas ao domínio dos serviços parece-me redutor e não ajuda ao tratamento ímpar e isento do erro. Mantém os serviços separados entre si, não favorece a discussão dos problemas, que são de todos e não pertencem aos serviços, isoladamente. A percepção que fica relativamente aos participantes sobre a discussão aberta e anónima dos erros configura a falta de preparação e o medo de punição e julgamento em “praça pública”. Os enfermeiros não compreendem ainda a importância da implementação

dos sistemas de relato não punitivos e sentem que não estão ainda preparados para assumir as suas fragilidades em público, mesmo que a assistência se confine aos colegas de profissão.

Foram assim, atingidos os objectivos deste estudo. Sinto-me orgulhosa de o ter realizado, superando todos os constrangimentos de ordem pessoal e temporal. Considero este trabalho um contributo para a minha valorização pessoal e profissional, tendo permitido uma melhor e mais completa compreensão deste problema, por vezes tão mal explorado.

Dada a escassez de trabalhos realizados em Portugal sobre esta temática, penso que seria interessante numa possível investigação futura, estudar o trabalho do enfermeiro com recurso a estudos de caso para identificar potenciais descontinuidades nos fluxos de comunicação, procurando desmistificar o erro, tornando-o mais acessível e dessa forma cada vez mais evitável.

PARTE VI

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

OBRAS

- Afonso, N. (2005). *Investigação Naturalista em Investigação – Um Guia prático e crítico*. Porto: Asa. ISBN 972 41 4487 9.
- Augusto, B., Rodrigues, C., Simões, J., Amaro, R., & Almeida, Z. (2004). *O Corpo e os Cuidados*. Coimbra: Formasau. ISBN 972 8485 42 5.
- Bardin, Laurence (1994), *Análise de conteúdo*, Edições 70, Lisboa.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto, 2ª Edição. ISBN 989 558 052 5.
- Burgess, Robert G. (1997). *A pesquisa de terreno – Uma introdução*, Celta Editora, Oeiras.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação - Guia para a Auto-Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta. ISBN 972 674 231 8.
- Clapier-Valladon, S., Poirier, J., Raybaut, P. (1999), *Histórias de vida – Teoria e Prática*, Celta Editora, Oeiras.
- Collière, M. (2003). *Cuidar...A Primeira Arte da Vida*. Loures: Lusociência. ISBN 972 8383 53 3.
- Collière, M. (1999). *Promover a Vida*. Coimbra: Lidel. ISBN 972 757 109 3.

- Denzin, N., Lincoln, Y. (1998). *Strategies of Qualitative Inquiry*. Thousand Oaks: Sage Publications. ISBN 0 7619 1435 8.
- Flick, U. (1998). *An introduction to qualitative research*. London: Sage Publications. ISBN 0 7619 5587 9.
- Ferreira, R.F., Abreu, C.N. (1998). *Psicoterapia e Construtivismo: considerações teóricas e práticas*. Porto Alegre: ArtMed.
- Fragata, J. (2006). *Risco Clínico – Complexidade e Performance*. Coimbra: Almedina. ISBN 972 40 2835 6.
- Fragata, J.; Martins, L. (2005). *O Erro em Medicina: Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade*. Coimbra: Almedina. ISBN 972 40 2347.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital*. Loures: Lusociência. ISBN 972 8383 11 8.
- Jones, E. E., Nisbett, R. E. (1972). *The actor the observer: divergent perceptions of causes of behaviour*. In: Jones, E. E. et al. *Attribution: perceiving the causes of behaviour*. Morritow: General Learning Process,
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1997). *O inquérito – Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Kohn, L; Corrigan, J; & Donaldson, M. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Committee on Quality of Healthcare in America. Washington: National Academy Press. ISBN 030 9068 371.

- Lawrence, M; Schofield, T. (1993). *Medical Audit in Primary Health Care*. London: Oxford Press University.
- Leininger, M. (1985). *Qualitative Research Methods in Nursing*. Orlando: Grune&Stratton.
- Page, A., & Opara, S. (2004). *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Washington: National Academy Press. ISBN: 030 9090 679
- Paulino, C., Tareco, I. & Rojão, M. (1999). *Técnicas e Procedimentos em Enfermagem*. Coimbra: Formasau, 2ª Edição. ISBN 972 8485 06 9.
- Polit, D., Beck, C., Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed. 5ª Edição. ISBN 85 7307 984 3.
- Quivy, R.; & Campenholdt, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais – Trajectos*. Lisboa: Gradiva. 3ª Edição.
- Richards, L., & Morse, J. (2007). *Read me First for a User's Guide to Qualitative Methods*. London: Sage. 2º Edition. ISBN 1 4129 2743 9.
- Riley, J. (2000). *Comunicação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta. 4ª Edição. ISBN 972 8383 81 9.
- Sales, D. (1998). *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Principia. ISBN 972 97457 6 5.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research – Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. London: Sage. ISBN 0 8039 5940 0.

- Stefanelli, M. (2005). *A Comunicação nos diversos contextos da Enfermagem*. São Paulo: Manole. ISBN 85 204 2196 2.
- Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research: a practical handbook*, Sage Publications, London.
- Silverman, D. (1993). *Interpreting qualitative data: methods for analysing talk, text and interaction*, Sage Publications, London.
- Thompson, I., Melia, K., & Boyd, K. (2004). *Ética em Enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN 972 8383 67 3.
- Vala, J. (1990), “A Análise de Conteúdo”, in Santos Silva A. & Madureira Pinto J. *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto: Afrontamento.

ARTIGOS

- Anderson, D., & Webster, C. (2001). A System Approach to the Reduction of Medication Errors on the hospital ward. *Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 34-41. Recuperado em Setembro, 2006 de:
<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.2001.01820.x?cookieSet=1&journalCode=jan>
- Aydin, C., Bolton, L., Donaldson, N., Brown, D., Buffum, M., Elashoff, J., & Sandhu, M. (2004). Creating and Analysing a Statewide Nursing Quality Measurement Database. *Journal of Nursing Scholarship*, 36, Vol. 4, 371-378.

- Balas, M., Scott, L., & Rogers, A. (2004). The Prevalence and Nature of Errors and Near Errors Reported by Hospital Staff Nurses. *Applied Nursing Research*, 4, V.17, 224-230.
- Ballard, K. (2003). Patient Safety: A Shared Responsibility. *Online Journal of Issues in Nursing*, 3, Vol. 8. Recuperado em 30, Setembro, 2003 de: http://www.nursingworld.org/ojin/topic22/tpc22_4.htm
- Bates, D., Morimoto, T., Gandhi, T., Hsieh, T. (2004). Adverse Drug Events and Medication Errors: Detection and Classification Methods. *QSHC*, Vol. 13, 306-314. Recuperado em 22, Maio, 2004 de: <http://qhc.bmjournals.com/cgi/content/full/13/4/306>
- Benner, P., Sheets, V., Uris, P., Malloch, K., Schwed, K., & Jamison, D. (2002). Individual, Practice, and System Causes of Errors in Nursing: a Taxonomy. *JONA*, 10, Vol.32, p. 509-523.
- Bohomol, E., & Ramos, L. (2006). Percepções acerca de los errores de medicación: Análisis de Respuestas del Grupo de Enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6). Recuperado em Março, 2006 de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a09.pdf
- Carvalho, V., & Cassiani, S. (2000). Erros na Medicação: Análise das situações relatadas pelos profissionais de enfermagem. *Revista Medicina*, 3, 322-330. Recuperado em Julho de 2006 de: http://www.fmrp.usp.br/revista/2000/vol33n3/erros_medicao.pdf
- Cassiani, S., Carvalho, V., Chiericato, C., & Míasso, A. (1999). Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de

saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, 5, V. 7, 67-75.

Recuperado em Março, 2006 de:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13506.pdf>

- Cassiani, S., & Carvalho, V. (2002). Erros na Medicação e Consequências para Profissionais de Enfermagem e Clientes: um estudo exploratório. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(4), 523-529. Recuperado em Fevereiro de 2006 de:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13364.pdf>
- Cassiani, S., & Coimbra, J. (2001). Responsabilidade da Enfermagem na Administração de Medicamentos: Algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2, V.9. Recuperado em Fevereiro, 2006 de:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11515.pdf>
- Cassiani, S., & Miaso, A. (2000). Erros na Administração de Medicamentos: Divulgação de Conhecimentos e Identificação do doente como aspectos relevantes. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 1, V. 34, 16-25. Recuperado em Novembro, 2006 de:
<http://www.ee.usp.br/reecusp/upload/pdf/493.pdf>
- Coimbra, J., Valsechi, E., Carvalho, M., & Pelloso, S. (1998). Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Unitária: Reflexões para a prática de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 4, V. 6, 15-19. Recuperado em Novembro, 2006 de:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n4/13871.pdf>
- Committe of Experts on Manegement of Safety and Quality in Health Care (SP-SQS) – Expert Group on Safe Medication Practices. (2005). *Glossary of terms related to patient and medication safety*, 1-13. Recuperado em Novembro, 2007 de:

http://www.who.int/patientsafety/highlights/COE_patient_and_medication_safety_gl.pdf

- Companhia Portuguesa de Computadores Healthcare Solutions – CPC-HS. (n.d.) *Manual de Enfermagem*.
- David, U. (2001). Medication Error Reporting Systems: Problems and Solutions. *New Medicine*, 2, Vol. 1. Recuperado em Março, 2006 de:
<http://www.ismp-canada.org/download/Medication%20Error%20Reporting%20Systems%20-%20Problems%20and%20Solutions.pdf>
- Fonseca, S; Videira, A. (2002). Como Informar em Meio Hospitalar? *Revista Nursing*. 168, Ano 14, ISSN 0871 6196, 31-33.
- Gomes, J. (2005). Aprender com os erros: uma prioridade! *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 16, 17, Março.
- Henriques, E. (2005). Enfermeiros: um recurso para melhor saúde. *Jornal da Madeira*, 11, Setembro. Recuperado em 24, Setembro de:
<http://www.ordemdosenfermeiros.pt/index.php?page=103&news=130>
- Hugues, C. (2000). Medication Errors. *IMJ*, 4, Vol. 93, 39-40.
- Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde – IGIF. (n.d.) *Informatização da Gestão de Stocks e Aprovisionamento, Farmácia e prescrição Electrónica para Hospitais da SNS – Linhas Básicas de Orientação*.
- International Council of Nurses. (2000). *ICN Code of Ethics for Nurses*. ISBN 92 95005 16 3. Recuperado em Agosto, 2005 de: <http://www.icn.ch/icncode.pdf>

- International Council of Nurses. (2002). *Patient Safety: ICN Position*. Recuperado em Agosto, 2005 de: <http://www.icn.ch/pspatientsafe.htm>
- International Council of Nurses. (2005). *Medication Errors*. Recuperado em Outubro, 2006 de: http://www.icn.ch/matters_errors.htm
- Joint Commition on Accreditation of Healthcare Organizations. (2006). Critical Access Hospital 2006 Medication Management, 1-17. Recuperado em Novembro, 2007 de: <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/>
- Joint Commition on Accreditation of Healthcare Organizations. (2008). *National Safety Goals*. Recuperado em Janeiro, 2008 de: www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/08_hap_np_sgs.htm
- Koppel, R., Metley, J., Cohen, A., Abaluck, B., Localio, A., Kimmel, S., & Strom, B. (2005). Role of Computerized Physician Order Entry Systems in Facilitating Medication Errors. *JAMA*, 10, V.293, 1197-1203. Recuperado em Outubro, 2007 de: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/293/10/1197>
- Lesar, T. (2000). Recommendations for Reducing Medication Errors. *Medscape Pharmacists*, 1(2). Recuperado em Outubro, 2006 de: http://www.medscape.com/viewarticle/408566_print
- Loannidis, J., & Lau, J. (2001). Evidence on Interventions to Reduce Medical Errors: An Overview and Recommendations for Future Research. *JGIM*, 16, 325-334.

- McKeon, C., Fogarty, G., & Hegney, D. (2006). Organizational factors: impact on administration violations in rural nursing. *Blackwell Publishing*, 116-123.
- Meadows, M. (2003). Strategies to Reduce Medication Errors. *FDA Consumer Magazine*. Recuperado em Outubro, 2007 de:
http://www.fda.gov/FDAC/features/2003/303_meds.html
- “Metade dos enfermeiros sem lugar meio ano após o curso”. (1998, Janeiro 14). Público, 1.
- Meurier, C., Vincent, C., & Parmar, D. (1997). Nurse’s Responses to Severity Dependent Errors: a study of the causal attributions made by nurses following an Error. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 349-354. Recuperado em Outubro, 2005 de:<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.1998.00512.x?journalCode=jan>
- Míasso, A., Silva, A., Cassiani, S., Grou, C., Oliveira, R., & Fakh, f. (2006a). O Processo de Preparo e Administração de Medicamentos: Problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(3), 354-363. Recuperado em Janeiro, 2007 de:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a08.pdf>
- Míasso, A., Silva, A., Cassiani, S., Grou, C., Oliveira, R., & Fakh, f. (2006b). Erros de Medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 40(4), 524-532. Recuperado em Fevereiro, 2006 de:
<http://www.scielo.br/pdf/reensp/v40n4/v40n4a10.pdf>

- National Coordinating Council Of Reporting And Preventing Medication Error Taxonomy. (1998). *Taxonomy of Medication Errors*. Recuperado em 8, Agosto, 2005 de:
<http://www.nccmerp.org/aboutmederrors.html>
- National Institute For Clinical Excellence. (2002). *Principles for Best Practice in Clinical Audit*. Radcliffe Medical Press.
- Nunes, L. (2001). A Propósito do dever de informar e do dever de sigilo. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 2, Março, 2001, 27-32.
- O' Brien, L. (2002). *CNA involved in National Initiative on Patient Safety*. *Canadian Nurse*, 10, Vol. 98, Novembro, 2002, 28.
- Oliveira, J. (n.d.). “Condições de Trabalho dos Enfermeiros e Qualidades de Cuidados” – Comunicação em Colóquio. Recuperado em Outubro, 2006 de:
http://www.urbi.ubi.pt/060328/edicao/321cov_ordem_enfermeiros.htm
- Ordem dos Enfermeiros (2004). Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais. *Divulgar*.
- Ordem dos Enfermeiros (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.
- Osório, C. (2006). Trabalho no Hospital: ritmos frenéticos, rotinas entediantes. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 1, V. 9, 15-32. Recuperado em Outubro, 2007 de:
<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/cpst/v9n1/v9n1a03.pdf>

- Page, K., & McKinney, A. (2006). Addressing Medication Errors – The role of Undergraduate Nurse Education. *Nurse Education Today*, 27, 219-224.
- Peduzzi, M., & Anselmi, M. (2002). O Processo de Trabalho de Enfermagem: A Cisão entre Planejamento e Execução do Cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 4, V. 55, 392-398. Recuperado em Outubro, 2007 de:
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23\(3\)066.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23(3)066.pdf)
- Rassin, M., Kanti, T., & Silner, D. (2005). Chronology of Medication Errors by Nurses: Accumulation of Stresses and PTSD Syntoms. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 873-886.
- Reason, J. (2005). Human Error: Models and Management. *BMJ*, 320, p. 768-770. Recuperado em 3, Maio, 2005 de:
<http://www.bmjournals.com/cgi/reprintform>
- Reason, J. (2001) Understanding Adverse Events. *BMJ - Clinical Risk Management, Enhancing Patient Safety*, 2ª Ed, Ed Charles Vincent, 9-30.
- Rosa, M., & Perini, E. (2003). Erros de Medicação: Quem Foi? *Revista Associação de Medicina Brasileira*, 49(3), 335-341. Recuperado em Novembro, 2006 de:
<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n3/a41v49n3.pdf>
- Silva, C., & Cassiani, S. (2004). Administração de Medicamentos: Uma visão Sistêmica para o desenvolvimento de medidas preventivas dos erros na medicação. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2, V.6. Recuperado em Março, 2007 de:
http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/R2_administra.pdf.

- Silva, A., Cassiani, S., Miasso, A., & Opitz, S. (2007). Problemas na Comunicação: uma possível causa de erros de medicação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(3): 272-276.
- Spencer, D., Leininger, A., Daniels, R., Granko, R., & Coeytaux, R. (2005). Effect of a Computerized Prescriber-Order-Entry System on Reported Medication Errors. *Am J Health-Syst Pharm.*, 62(4), 416-419. Recuperado em Outubro, 2006 de: <http://www.medscape.com/viewarticle/500000>
- Thomas, E; Petersen, L. (2003) Measuring Errors and Adverse Events in Health Care. *JGIM*, N° 18, 61-67.
- Uribe, C., Schweikhart, S., Pathak, D., Marsh, G., & Fraley, R. (2002). Perceived Barriers to Medical-Error Reporting: An Exploratory Investigation. *Journal of Healthcare Management*, 47(4), 263-280. Recuperado em Outubro, 2006 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12221747>
- Vaitsman, J. (2000). Cultura de Organizações Públicas de Saúde – notas sobre a construção de um objecto. *Cadernos de Saúde Pública*. 16(3), 847-850.
- Van de Castle, B., Kim, J., Pedreira, M., Paiva, A., Goosen, W., & Bates, D. (2004). Information Technology and Patient Safety in Nursing Practice: an international perspective. *International Journal of Medical Informatics*, 73, 607-614.
- Vangeest, J; Cummins, D. (2003). An Educational Needs Assessment for Improving Patient Safety: results of a National Study of Physicians and Nurses. *National Patient Safety Foundation*.

- Weingart, S; Callanan, L; Ship, A; Aronson, M. (2001). A Physician-based Voluntary Reporting System for Adverse Events and Medical Errors. *JGIM*, N° 16, 809-814.
- Wolf, Z., Hicks, R., & Serembus, J. (2006). Characteristics of Medication Errors made by Students During the Administration Phase: a Descriptive Study. *Journal of Professional Nursing*, 1, V. 72, 39-51.

DICIONÁRIOS

- Ferreira, J. (1992). *Dicionário de Português – Inglês*. Porto: Editorial Domingos Barreira. ISBN 972 656 050 0.
- Ferreira, J. (1992). *Dicionário de Inglês – Português*. Porto: Editorial Domingos Barreira. ISBN 972 656 048 9.
- Webster's. (1988) *Dicionário Português – Inglês*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- The Oxford Duden Pictorial. (1997). *Portuguese and English Dictionary*. London: Oxford University Press. ISBN 0 19 864172 9.

TESES CONSULTADAS

- Gonçalves, M. (1998). *Critérios do Justo na Gestão de Recursos Humanos em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.

- Sousa, M. (1996). *Garantia da Qualidade em Cuidados de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa

ANEXOS

ANEXO I

Exemplo de Folha de Terapêutica de Kardex do Enfermeiro

ANEXO II

**Pedido de Autorização à Instituição para Selecção dos Participantes e
Colheita de Dados**

Ana Catarina Machado Lobo

Direcção de Enfermagem do Centro
Hospitalar de Lisboa Ocidental – HSFX

Ana Catarina Machado Lobo, enfermeira outrora funcionária no serviço de Medicina Interna, encontra-se a realizar um trabalho de investigação no âmbito do VI Mestrado de Comunicação em Saúde, na Universidade Aberta. O trabalho é subordinado ao tema “O Erro na Administração de Medicação – a gestão do erro pelo enfermeiro e pela instituição de saúde”.

Tendo em consideração o referido trabalho, solicita autorização para proceder à colheita de dados, por meio de entrevistas não estruturadas a enfermeiros desta instituição hospitalar.

Grata pela atenção disponibilizada, aguarda resposta ao pedido solicitado.

Lisboa, 19 de Novembro de 2006

Ana Catarina Machado Lobo

ANEXO III

Entrevista a um Enfermeiro com Funções de Prestação Directa de Cuidados

INQUÉRITO POR ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Local: HSFX – Serviço de Medicina III, Sala dos Enfermeiros

Data: 20/03/07

Hora: 18 horas

Dados do IQ:

- 1) Idade: 32 anos
- 2) Sexo: Feminino
- 3) Cargo profissional actual: Enfermeira Graduada
- 4) Instituição em que trabalha: HSFX – Serviço de Medicina III
- 5) Anos de experiência profissional: 11

Questões:

1. Quais as causas ou factores que atribui à ocorrência do erro na administração de medicação por parte do enfermeiro?

R: Da minha experiência profissional, as causas mais frequentes são as que advém da sobrecarga de trabalho, do local da preparação e da localização do stock terapêutico que muitas vezes acaba por ser desadequado relativamente ao local onde estamos a preparar e portanto não temos a medicação de que necessitamos logo ali disponível. Por vezes também por desconhecimento da nossa parte, do fármaco em si, dos seus potenciais efeitos no doente (benéficos e maléficos), e isto tem sobretudo que ver com a falta de experiência e de domínio a nível terapêutico. Essencialmente, acho que é muito mais pelos factores externos, do ambiente em que se prepara e administra a medicação... um ambiente stressante, com constantes interrupções, quer por parte de colegas, quer por parte de familiares ou até dos próprios médicos. Isso acaba por influenciar muito o

que estamos a fazer, pode-se perder o fio condutor do que se estava a fazer para aquele doente, nomeadamente na preparação da medicação e até na administração ao doente, e isso pode levar aos erros. Existem também erros por distração do momento, mas com muito menor frequência e repercussões do que os que referi antes. Se as pessoas tiverem conhecimento do tipo de fármaco que estão a administrar, das indicações, das contra-indicações, dos efeitos que podem advir da administração naquele doente, com aquele diagnóstico e com aqueles valores analíticos, conseguem perceber porque é que administram aquele fármaco, naquela dose. E isto leva tempo a ser digerido... eu continuo a dizer que errar erramos todos, mas eu costumo dizer aos elementos mais novos que se fosse só chegar, ler, preparar e administrar, não precisaríamos de ser enfermeiros, nem ter conhecimento do resto....e há muita gente que pensa que isto é ser despachado e não é! É ter consciência e responsabilidade do que estão a fazer, porque trabalhamos com pessoas e o nosso trabalho pode influenciar a vida dessas mesmas pessoas.

2. Na sua perspectiva, que tipo de erro de administração de medicação por parte do enfermeiro é mais frequente? Refira exemplos que tenha observado nos outros.

R: Os erros que envolvem a dose do medicamento e a sua confirmação, a relação com as análises do doente...acontece algumas vezes, naqueles doentes que vão fazer exames e as pessoas não sabem qual a medicação que têm que fazer, ainda que o doente esteja em jejum para um exame... desde os anti-hipertensores, os beta-bloqueantes, que muitas vezes até para os exames que vão fazer, é conveniente que tenham feito a terapêutica para não estarem descompensados e não se faz. São na minha perspectiva, erros de processo. Este sistema informático, para nós facilita-nos muito, porque é um utensílio único quer para equipa médica quer para a equipa de enfermagem, mas muitas vezes, como ao prescreverem, também podem

fazer ok num dos itens, por exemplo, que corresponda à dose que não era aquela que queriam fazer ao doente...Se as pessoas não tiverem conhecimento da terapêutica que estão a administrar acabam por administrar um medicamento com uma dose errada para aquele doente.

Penso que para além disto, continuam a acontecer erros na preparação do medicamento, sobretudo nas diluições. Este tipo de erro tem a ver com as experiências e os critérios que são diferentes, isto é...nem nas diluições dos fármacos as coisas são estanques, vão sendo dadas indicações pela farmácia sempre com o objectivo de melhorar. Mas isto varia um pouco de hospital para hospital e por isso é que os critérios são diferentes e dependem das experiências das pessoas noutras instituições. Por exemplo, neste serviço são feitos sempre doseamentos de antibióticos, e há elementos que vêm de outras instituições onde isso não era feito e não têm a percepção que têm mesmo que se cumprir de uma forma criteriosa, quer as administrações do antibiótico quer as colheitas de sangue, para se perceber os picos e os vales e as dosagens a administrar do medicamento. Pelos outros locais onde exerci a minha actividade profissional isto não existia, o que interessava era ir fazendo as coisas aos doentes e tentar cumprir ao máximo o horário, mas na maior parte das vezes a realidade é que nós, tendo 10 doentes, não fazemos a terapêutica às 7h a todos. Uns fazem às 7h outros às 7h 30. Ou temos o cuidado do que é antibiótico administrar à hora certa, do que é protector gástrico administrar antes das refeições, mas como lhe digo, isto depende muito de cada um...e eu continuo a dizer que é dos campos mais complicados ao nível da enfermagem, que pode ter repercussões mais graves ao nível da hemodinâmica do doente. Pequenos erros, e quando falo, refiro-me a erros que são praticados inconscientemente, ninguém nesta profissão erra de uma forma deliberada podem traduzir grandes e graves consequências. Eu penso que quando a pessoa erra mas assume o erro, há sempre alguma coisa a fazer em benefício do doente, mas também tenho sérias dúvidas

que todas as pessoas assumam os erros que cometem...é uma questão de responsabilidade. No serviço onde trabalho, errar no doente a quem se administra a medicação não me parece, porque trabalhamos com o método individual, que implica ser o responsável por aqueles doentes, a ter algum conhecimento e algum domínio e critério na administração. Se é responsável por aqueles doentes, todos os procedimentos inerentes àqueles doentes passam por si, como a preparação e administração de medicação. Não quer dizer que o colega não possa estar mais ocupado com um dos doentes que tem atribuído por estar descompensado por exemplo... e numa tentativa de ajudar o colega se vá preparar a terapêutica dos seus doentes...mas não é a todos que eu faço isso nem é a todos que eu deixo que me preparem. E nestas condições, quando há alguém que me prepara a medicação, eu confiro tudo outra vez com a pessoa. Quando sou eu a ajudar e a preparar, antes de administrar aos doentes do colega confiro também...se calhar demoro mais tempo, mas é a minha consciência...porque imaginemos que o doente teve uma intercorrência, eu preciso de saber o que é que lhe estou a dar, se o doente está a sangrar e eu lhe continuo a dar os antiagregantes... E depois dizem-me... ainda no fim-de-semana passado: “o meu doente continua com gengivorragias...” e eu perguntei: “então e que medicação faz?” “Ah faz enoxaparina, faz captopril...” “então e a enoxaparina...” “Ah! Já fez.” “Já fez e precisava mesmo de fazer?” Nessa altura, não se faz a medicação, fala-se com os médicos e tenta-se reverter a situação, mas o importante não é cumprir o horário da medicação e administrar os medicamentos todos. O importante é saber se naquela situação, para aquele doente é importante manter ou não a toma daquele medicamento...Neste caso o importante era não dar a enoxaparina. Sendo um anticoagulante poderíamos agravar-lhe as hemorragias.

3. Que regras/princípios de administração de medicação podem ser subvertidos implicando maior possibilidade de erro? Refira exemplos que tenha observado nos outros.

R: Se calhar um ambiente mais calmo, mais resguardado, um local mais sossegado para a preparação da terapêutica, tentar cumprir o princípio de quem prepara a medicação a administra e confirma e vigia os efeitos potenciais daquela administração ou não administração...e faz a ponte com a equipa médica, justificando por exemplo, porque é que não fez, em função do que avaliou no doente. Eu quando tenho dúvidas aguardo até tirar as dúvidas.

Eu penso que nós enfermeiros, não temos muitas vezes a consciência de que a não administração também pode ser determinante para o doente, da mesma forma que a administração, mas noutras condições. Desde que a pessoa justifique sempre porque é que não foi administrada aquela medicação ao doente. O nosso papel é um pouco este, saber porque é que administramos aquela medicação ao doente ou porque é que não administramos e saber justificá-lo.

4. Considera que há regras/princípios de administração de medicação que têm tendência para não serem cumpridos? Porquê?

R: Sim, talvez, nomeadamente relativamente aos protectores gástricos, não se consegue cumprir a todos os doentes, para serem administrados antes das refeições, as tiras das glicemias e as respectivas administrações de insulina imediatamente antes das refeições....Eu acredito que os doentes crónicos têm as suas patologias mais controladas no domicílio do que em ambiente hospitalar, quer pela ansiedade inerente ao internamento hospitalar, quer pelos cuidados que lhe são prestados. Mas isto, eu penso que é o menos importante, tendo em conta a situação aguda em que o doente está. Ninguém consegue ter 11 ou 12 doentes e fazer tudo isso

certinho...e as intercorrências acontecem...Quando nós já conhecemos bem os doentes e eles estão estabilizados, nós conseguimos antecipar as coisas, mas na maioria dos casos isso não acontece e o doente pode estar estabilizado agora e daqui a 2 ou 3 minutos descompensar, e nós para além desse doente temos mais 10, por exemplo...

Os doentes fazem a medicação toda junta a maior parte das vezes. Vamos junto do doente uma única vez administrar-lhe a medicação. Por outro lado nós por vezes desprezamos o princípio da observação da toma. Vamos acreditando que os doentes cumprem a toma em benefício deles, mas isso implica nós conhecermos o doente, o estado de consciência e de orientação. Por vezes a medicação também fica na mesa-de-cabeceira, pode cair no chão....também recorremos muitas vezes aos Auxiliares de Acção Médica, naqueles em quem confiamos. Dizemos-lhes: “está aqui a medicação para o Sr/Sra tomar com a refeição” e o AAM dá.

A preparação feita por um elemento e a administração feita por outro não acontece com frequência devido ao método de trabalho ser individual. Para quem consegue olhar para o doente, para o diagnóstico, para a terapêutica e fazer uma interligação, acaba por superar alguns pequenos erros que poderiam advir de não ter preparado a medicação. Quem não conhece os doentes e não se questiona, não se dá ao trabalho de prestar atenção à medicação que o doente tem prescrito, sujeita-se mais e expõe-se mais para que lhe aconteça um erro. Há elementos a quem preparo a terapêutica e outros a quem não preparo. Primeiro porque acho que eles não percebem aquilo que estão dar e segundo porque precisam de ver 500 vezes o que está ali, senão não vão ver...mas isso também depende das pessoas, que são todas diferentes, com personalidades diferentes, experiências profissionais diferentes e temos de dar alguma liberdade de cada um actuar de acordo com os seus princípios. Mas é como lhe digo, há pessoas com quem não podemos facilitar...

Raramente acontece que um enfermeiro prepara a medicação e outro a administra. Neste serviço acontece muito, e isso também é trabalho de equipa, se há um elemento que tem um doente que vai a um exame e está ausente, ou um elemento que está menos disponível por uma intercorrência com um dos doentes que tem atribuído, não se vão deixar os outros doentes todos desse elemento sem serem cuidados, e então avança-se nesse sentido, do que é rotina, nomeadamente, podemos preparar a medicação e depois administrar ou não, com o objectivo de auxiliar o colega. Isto acontece quando as pessoas funcionam por equipa, sim, acontece, mas poucas vezes. Em relação a outras realidades que eu conheço em que o método de trabalho é à tarefa, cada um faz uma coisa, aí as coisas são muito mais complicadas, a pessoa nunca tem um conhecimento aprofundado da situação de todos os doentes do serviço, e a possibilidade de acontecer o erro é muito maior. O método individual também pressupõe trabalho em equipa. Cada um auxilia um bocadinho e é auxiliado naquilo de que necessita.

5. Com que frequência e gravidade surgem os erros de administração de medicação praticados pelos enfermeiros?

R: Acontecem algumas vezes, mas acho que são mais pequenos erros, ou de omissão ou até porque havia alguma instabilidade naquele doente e até haver um feed-back da equipa médica, acaba por haver ali um desfasamento do horário da administração...e esses pequenos erros ocorrem. A nível do cumprimento do horário, se calhar também ocorrem, mas erros graves, com repercussões graves não. Acho que se tem trabalhado muito no sentido de não acontecerem.

Reportando-me à minha experiência profissional, vi acontecerem poucos erros muito graves, que preferia não ter visto e vi alguns erros menos graves. Em termos de quantidade vi acontecerem poucos erros, muito relacionados com as dosagens e muito com a prescrição verbal ou

telefónica de: “faça isto” sem observar os doentes...e aí eu acho que a experiência do enfermeiro que está com o doente é muito importante. Eu, inúmeras vezes digo: “não faço o que quer que seja ao doente, antes dele ser observado”. Se o doente não está bem, alguém tem que olhar para ele. Se não olhar, eu também não faço nada. Tomo todas as medidas para lhe dar o maior conforto, mas dar medicação, por exemplo, como várias vezes: “olhe dê uma clorpromazina”, e as pessoas nem percebem que efeitos podem ter no doente e o que têm de monitorizar a nível de vigilância....porque alguém disse, o médico disse...e é administrar e já está. Eu sou absolutamente contra isto. Não devemos fazer tudo o que nos dizem...a pessoa até pode fazer as coisas da melhor forma, com a melhor boa fé, tem é que perceber o que vai realmente fazer, e o que é que vai advir daí, porque se as coisas correm mal, correm mesmo mal...e há muita medicação que a toma implica grandes repercussões....os doentes têm grande compromisso ao nível de insuficiência de órgãos em que a medicação não é metabolizada e eliminada da melhor forma e em que é preciso olhar para os doentes a seguir a administrar a medicação. Mas o que se faz, é que os doentes a seguir já estão sossegados e isso é que interessa. Isto acontece pontualmente, do género de um colega me dizer “disseram-me (o médico) para dar isto” e eu pergunto “onde é que isso está escrito?”...porque nós não temos urgência interna para quase 30 doentes. Temos os médicos da UNICARD e da UCIM pontualmente a observarem determinadas situações, determinados doentes a muito custo porque eles também são chamados para o resto do hospital. Isto implica que não é possível tirar todas as dúvidas na altura que elas surgem. O que é mau, muito mau e por vezes os erros advêm das prescrições orais e telefónicas. Cada vez mais as pessoas têm que saber o que estão a fazer, porque estão a fazer.

6. Na sua perspectiva, que consequências tem o erro de administração de medicação para o doente?

R: Eu vi acontecerem 3 erros graves no meu percurso profissional. Já vi acontecerem erros por omissão, erros na dosagem de um medicamento (dose errada), e o pior dos erros foi a pessoa não assumir o erro que teve repercussões imediatas...foi dito à pessoa que as coisas não funcionam assim, que errar é humano, ninguém procura culpados, mas se há alguma coisa a fazer é para se fazer...e isso acho que parte da pessoa que cometeu o erro. Neste caso, ela não percebeu que o estava a cometer e foi detectado e tem a liberdade de ser ela a assumir fazer alguma coisa ou não. Como eu, que detectei, tenho a obrigação perante o doente, de fazer tudo ao meu alcance para minorar as repercussões e os efeitos do erro naquela pessoa...Este erro mais grave teve a ver com a administração de um bólus de heparina...que por vezes surgem em pessoas mais inexperientes...eu já vi também erros muito graves que têm a ver com a administração de elevadas unidades de insulina que foram administradas, traduzindo hipoglicémias gravíssimas e difíceis de reverter, que se conseguiram porque foram detectadas precocemente, como vi essa administração de heparina que entre confusões e reanimações, não foram administradas 5000 unidades, mas 25000...e a pessoa tomou consciência do erro que tinha cometido mas não admitiu. Eu acho que as pessoas ficam muito assustadas quando erram. Têm muito medo da penalização e de como vão ser vistas daí para a frente, a imagem...eu continuo a dizer, eu não quero saber...porque ninguém gosta de ser apontado por ter falhado, mas sim por ter conseguido uma coisa benéfica para o serviço e para os doentes, mas eu acho que pior que isso é não querer aprender com os erros e isto continua a existir...Na altura, não houve consequências, o quadro conseguiu-se reverter, porque as coisas foram feitas o tempo todo com a equipa médica ao lado, foi administrado o antídoto da heparina, foi feita uma vigilância apertada, análises. Para o doente acabou por não ter

repercussões muito graves, claro, ainda sangrou das gengivas, e o cardiologista a fazer uma vigilância apertada...Portanto eu julgo que tem muito a ver com a experiência dos enfermeiros e dos médicos também... temos cá muitos internos, muitos médicos novos que também não têm tanta experiência, tanto à vontade, nem tanta consciência....mas para além da experiência, a postura da pessoa diz muito, a falta de humildade, o dizer: “eu não sei. Ajuda-me”. E isto é muito importante. Temos muitos elementos novos, e é o que eu digo, não precisam de andar a pedir desculpa o tempo todo, nem a armar-se em coitados, mas a gente percebe quem tem a humildade de pedir ajuda, quem tem a humildade de dizer não sei e quem tem a mania que sabe tudo todos os dias...e há cada vez mais isto...deve ser porque somos todos “doutores”. Mas também tem muito a ver depois com a dinâmica do serviço, a nível da hierarquia e das chefias e neste serviço transmite-se muito a noção de que há necessidade destes pontos serem bem limados e diariamente, prescreve-se um soro que não é o que o doente tem ou que o doente precisa ou uma medicação e a chefe anota e vai falar com a equipa médica, que é para tentar diminuir a possibilidade de acontecerem erros em função das necessidades dos doentes. E é por aí que se vai tentando e por aquilo que os elementos mais velhos conseguem ter consciência que se passa nas suas oito horas de trabalho. As consequências dos erros com os quais me deparei foram graves, claro que são sempre graves, mas não foram muito graves, não houve um desfecho fatal nem o doente ficou com sequelas físicas. Para mim foram muito graves. Porque ter que passar pela situação de tomar consciência, advertir para...porque a postura das pessoas é completamente diferente de umas para as outras...eu nunca teria tido aquele tipo de resposta àquela situação... As coisas foram ditas à pessoa de uma forma coerente e calma para que tomasse consciência...é das piores posturas para quem está numa profissão destas...acho que por muito medo que tivesse, por muita inexperiência que tivesse, a resposta foi muito má e deixou-me

muito mal...Na altura eu estava junto da colega e quando me apercebi do erro, chamei-a à parte e perguntei-lhe: “o que é que fizeste?” “administrei o que estava dentro do frasco” e eu disse-lhe: ”mas isto não se faz assim...” “bom mas agora está feito e tu tens que perceber que o doente vai sangrar a qualquer momento, tens que advertir a equipa médica para isso...mas és tu que tens que o fazer. Tu cometeste o erro e não percebeste. Eu percebi e estou a falar contigo que é para tu perceberes o que tens que fazer” e a pessoa ficou como se nada tivesse passado, demasiado passiva, não valorizou a gravidade do que tinha acontecido. Isso é que me fez sentir mal, e depois quando eu adverti e lhe perguntei: “como vamos gerir isto? Já falaste com o médico?” e ela agiu como se nada tivesse acontecido...e toda a gente a perceber que tinha acontecido...as pessoas têm que ser adultas e responsáveis. Não admitem para não serem responsabilizadas, para não lhes apontarem o dedo. Eu digeri muito mal na altura e disse: “comigo não contam para isto nem para trabalhar com elementos assim...” E foi uma das causas que me fez sair daquele serviço rapidamente. Depois não consegui lidar bem eu, com a situação, porque nunca pensei que a pessoa fosse reagir daquela forma, mas sim que o fosse assumir e agir para que se revertesse a situação, porque era a ideia que eu tinha...pedir ajuda e activar os meios que estivessem ao alcance para que a situação se revertesse...e ela não o fez...foi uma grande desilusão...e enquanto estava naquele choque da desilusão não consegui fazer muito mais, consegui ficar mal com a minha consciência porque se tivesse a noção de que aquela situação se iria desencadear daquela forma de certeza que não tinha dado tempo de ser a pessoa a admitir o erro ou não. Foi a grande má experiência que eu tive neste sentido.

7. Que vantagens trouxe para a segurança do doente, a prescrição electrónica?

R: Ser um elemento único entre a equipa de enfermagem e a equipa médica. O não haver necessidade de transcrição da prescrição para a nossa folha de enfermagem, evitando-se a possibilidade de haver interpretações diversas, por outro lado, associado ao medicamento prescrito vem sempre a dose, a via de administração e o horário para serem administrados os fármacos, de acordo com as suas características e isso acaba por ser mais coerente. Por baixo do medicamento prescrito podem vir indicações específicas do médico, por exemplo, quando foi iniciado e quando pára a administração. Com as outras folhas antigas nós tínhamos que as arquivar...assim fica tudo informatizado, há menos folhas para arquivar, todos os itens medicamentosos dizem quando é que o doente iniciou a administração do fármaco, se há alguma observação em relação ao mesmo (por exemplo, se é semanal, quando é que foi administrado). É possível desta forma ter acesso a um leque de informação, que antes tinha que andar a procurar em todo o processo clínico. Em termos de tempo gasto na procura de informação relevante sobre os medicamentos que o doente está a fazer, diminui bastante.

8. O que faz o enfermeiro quando detecta um erro na prescrição electrónica?

R: Quando se detecta um erro na prescrição electrónica...nós neste serviço trabalhamos muito por protocolos, e os medicamentos que estamos todos mais alertados para o controlo minucioso da dosagem são os antibióticos, em que alguns que têm protocolo de doseamento que vem da farmácia. Temos que consultar os processos porque na folha de prescrição que tiramos do computador (folha de unidose do doente) pode só vir discriminado o antibiótico e quando começou a sua administração...habitualmente já vem actualizado pela farmácia... mas devemos seguir-nos pela dose e a hora de administração que vêm no protocolo enviado da farmácia para o serviço. No caso do doente ter

varfine prescrito a dose a administrar depende do INR. E dependendo da patologia do doente varia a dose de varfine que se administra para o INR do doente. Temos que consultar sempre as análises do doente, procurar ver se já chegaram, se estão transcritas no processo, se ainda falta colher... Quando temos dúvidas, falamos com os médicos da urgência quando a urgência está assegurada pelos médicos de SFX ou então pelos das unidades...habitualmente isto acontece mais com os doentes cardíacos e neste caso falamos com o médico que está de banco na UNICARD, e é ele que nos orienta nesse sentido, e é ele que assume em diário clínico o que se fez ou o que não se fez para aquela situação. Sempre por indicação médica.

9. Na sua perspectiva, como age o enfermeiro após tomar consciência do erro de administração de medicação?

R: Da minha experiência, do que já vi, na maioria das vezes falaram com um dos colegas de equipa...mas depende da situação, do erro e da consciência que têm do erro...se for um erro inconsciente e na maior parte das vezes, por desconhecimento, ainda vão confirmar com mais alguém o que é que aconteceu. Eu acho que vão, porque a partir do momento que percebem que existiu um erro, acho que falam com o chefe....também depende da relação que se tem com a hierarquia e a abertura que a chefia demonstrar ter para com os seus elementos. Neste momento, neste serviço, existe uma grande abertura e um grande à vontade para os elementos novos o fazerem, quer com as coordenadoras, quer com a chefia. Está tudo muito trabalhado no sentido de incutir na equipa que estamos todos a fazer o melhor...

Na maioria das vezes, o enfermeiro conta ao elemento de referência da sua equipa, habitualmente, o elemento mais velho (o chefe de equipa), é contactada a equipa médica e são activados mecanismos para vigilância e mesmo intervenção terapêutica se necessário, no doente. Depende da humildade da pessoa, mas geralmente, uma pessoa mais inexperiente pode

saber que cometeu o erro mas tem dificuldade em perceber, perante o que fez, que consequência terá para o doente, e a reacção é: “ajudem-me...”. Se calhar uma pessoa mais experiente se comete um erro de omissão ou de cumprimento do horário, não anda a chamar os colegas e a dizer-lhes o que fez ou o que não fez...se cometer um erro mais grave a experiência que eu tenho é que se movem logo todos os recursos e estamos todos a colaborar no sentido do doente não sofrer com o erro. Até se podem fazer tempestades num copo de água, mas tomam-se sempre medidas...mas acredito que haja uma pequena percentagem destes elementos mais velhos que omite pequenos erros...porque se calhar tem conhecimentos e adopta logo medidas de vigilância...não sei. A omissão de um erro pode ter a ver com o medo de represálias mas tem muito a ver com o sentido de responsabilidade.

10. Actualmente, que consequências advêm da notificação do erro para o enfermeiro que o cometeu?

R: Depende da gravidade do erro e depende muito da forma como as coisas foram feitas...e da postura da pessoa e da responsabilidade...poupa-se muito falatório se se assumirem as coisas na altura certa, com as pessoas certas e se se informar. Agora, se as pessoas cometem erros e depois não os assumem e depois foi a auxiliar que soube e depois foi o analista que teve de fazer mais umas colheitas porque alguma coisa poderia não estar bem e depois o médico se chateou por ter de estar a observar aquele doente...quer dizer, isto vai chegar mais tarde à chefia sem necessidade nenhuma, porque na altura as coisas trabalham-se com a equipa de forma a minimizar os efeitos para o doente e depois é muito mais simples, já que há abertura, de chegar e dizer: “aconteceu isto desta forma devido a...”, e justifica-se, porque as causas não são só todas do

elemento em si... procedeu-se desta forma, o percurso foi este e os culpados foram estes, mas para que haja conhecimento de quem de direito, e assim abrevia-se muita confusão. As pessoas continuam a ter muito medo da reacção das chefias, das consequências....as pessoas devem sobretudo aprender com os erros. Nunca vi nenhuma punição exemplar, vi que houve sempre uma conversa com a chefia, mas sem grandes repercussões.

11. Pensa que se existissem sistemas de relato não punitivos dos erros, que estes eram mais facilmente revelados e discutidos e se poderia evitar a sua repetição no futuro?

R: Acho que era um bom método, sobretudo um bom elemento de trabalho para que os erros não se repetissem. Para muitas pessoas com alguma dificuldade em manter, quer o à vontade quer a responsabilidade, o anonimato é importante. Cada vez mais as pessoas querem livrar a sua pele e não querem ser apontadas..."eu não fiz nada"...*se fosse para não fazer nada não estaríamos cá...*Mas para mim faz mais sentido que a situação seja resolvida com a chefia, no serviço, não sei se nós, enfermeiros, estamos preparados para debater os erros em conjunto, embora a meu ver fizesse sentido e ganhássemos com isso, porque nos preparávamos melhor, porque ficávamos a saber melhor como encontrar estratégias mais adequadas para os evitar.

ANEXO IV

Entrevista a um Enfermeiro com Funções de Gestão

INQUÉRITO POR ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Local: HSFX – Serviço de Medicina I, Gabinete da Chefia de Enfermagem

Data: 24/10/06

Hora: 10.50 horas

Dados do IQ:

- 6) Idade: 37 anos
- 7) Sexo: Feminino
- 8) Cargo profissional actual: Enfermeira-Chefe
- 9) Instituição em que trabalha: HSFX – Serviço de Medicina I
- 10) Anos de experiência profissional: 15 anos
- 11) Anos de experiência enquanto prestador efectivo de cuidados de enfermagem: 9 anos
- 12) Anos de experiência enquanto gestor: 6 anos

Questões:

1. ***Na perspectiva da segurança do doente, considera o erro na administração de medicação pelo enfermeiro um assunto de discussão importante?***

R: Sim. Porque acho que pode ter consequências graves para o doente, portanto acho que é muito importante.

2. ***Tendo em consideração a sua experiência profissional, já alguma vez se deparou com o acontecimento do erro praticado pelo enfermeiro?***

R: Sim. Em algumas situações já aconteceu isso. Não foi assim muito frequente, talvez, contabilizando por alto...umas 10 vezes, ao longo da minha experiência.

3. *Conhece práticas pouco seguras que possam conduzir ao acontecimento do erro?*

R: Sim. O trabalho à tarefa, nomeadamente se o enfermeiro preparar terapêutica e outro enfermeiro a administrar. O que administra nestas condições não tem conhecimento do que contém a seringa por exemplo, da diluição que foi feita, não tem conhecimento do doente, não saber das intercorrências que aconteceram antes, pode levar a essas consequências. Por outro lado, o facto de se administrar medicação a um doente que não está atribuído àquele enfermeiro, por exemplo, naquele momento o doente tem um hipotensor (medicamento para baixar a tensão arterial) prescrito e o doente estava hipotenso e o médico dá indicação oral para não se administrar..., e o colega não sabe e administra o medicamento. Portanto, o facto de o enfermeiro não conhecer o doente ou não saber a droga que foi preparada, faz com que haja uma maior possibilidade de ocorrerem erros.

4. *Pode descrever alguns casos ou exemplos que tenha observado? (não necessariamente pessoais)*

R: Sim, há uma situação que me marcou mais, que foi a situação de um colega preparou insulina de acção rápida em vez de insulina de acção lenta, dando uma dose elevada, que poderia ter resultado numa situação grave para o doente, porque poderia provocar uma hipoglicémia grave. Lembro-me que a pessoa veio logo ao meu gabinete... foi, segundo o que me contou depois, a primeira coisa que fez depois de se ter dado conta do erro...sentou-se e a chorar disse que tinha cometido um erro gravíssimo. Mas não foi, porque a pessoa em

questão assumiu rapidamente o erro, foram identificados os riscos para o doente, foi dito ao doente de uma forma calma (mas não clara), sem grande alarmismo, que se tinha administrado insulina a mais, que efeitos poderia causar essa situação e que, se apresentasse aquele tipo de sintomatologia avisasse de imediato. Foram logo tomadas medidas de suporte para se evitarem consequências para o doente: avaliada a glicémia capilar frequentemente, colocada uma dextrose em curso, ficou monitorizado durante umas horas. Fizeram-se uma série de intervenções, que minimizaram a hipótese de haver algum problema como consequência do erro.

Penso que os enfermeiros na generalidade têm que sentir que o erro pode acontecer a qualquer um, pode surgir, embora se deva minimizar a sua ocorrência. O que é importante é que se surgir, eles sintam que da parte da chefia e da coordenação do serviço existe uma abertura das pessoas, não para julgar e penalizar, mas para ajudar perante essa situação. E quando eles sentem isso, que foi o que aconteceu na situação anterior, a pessoa, a primeira coisa que faz é abordar, então as consequências para o doente são menores, porque são analisados todos os riscos, e esses riscos são minimizados. Acho que é importante da parte da chefia, colaborar, ser companheiro, não julgar, não criticar. O enfermeiro tem que assumir e dessa forma ajuda o doente, e há sempre o espírito de companheirismo entre as pessoas, e de equipa. As pessoas não vão propriamente divulgar «olha, aconteceu isto». Não sei se é certo ou se é errado, mas é um pouco o sentimento individual, que as pessoas não gostam de ser expostas publicamente, e depois também se tem que analisar o que é que o levou a errar e se calhar da parte da chefia, ver se houve alguma condicionante que a levou a errar, e tentar anular essa condicionante. Se a pessoa sentir que vai ter represálias e vai ser seguramente penalizada, a situação pode tornar-se muito mais grave, porque a pessoa vai tentar encobrir o erro.

Acho que não se ganha nada em expor ou ridicularizar a pessoa perante aquela situação. Portanto, tem que se analisar o porquê ou os porquês e se possível fazer com que não volte a acontecer, seja através de

formação, seja através da revisão da estrutura física, mas a mim não me parece adequado que a pessoa seja exposta publicamente.

5. *Relativamente à gravidade dos erros de administração de medicação. Pensa que são graves? (muito, pouco ou nada)*

R: É assim, há muitas situações que não são graves. A situação que referi, poderia ter sido grave para o doente, que não foi dada a intervenção que se teve.

6. E as consequências, são mais gravosas para o utente ou para ele próprio?

R: Das situações que observei e estou a falar do geral, não foram gravosas para o doente, mas por norma são. São mais gravosas para o doente, porque nós estamos a falar da saúde de uma pessoa que está ao nosso cuidado. Claro que o enfermeiro em casos extremos terá uma penalização, e se realmente for muito grave, será adequada, mas o doente é sempre mais penalizado.

7. *Em sua opinião, a que é que atribui o acontecimento do erro? Que causas podem levar ao erro?*

R: São múltiplas. Podem ser causas pessoais do enfermeiro, em que ele pode estar distraído, mais cansado, o que levou a que não observasse bem a prescrição ou a preparação do medicamento. Muitos erros que são pessoais, como a distração, muitas vezes tem a ver com a sobrecarga de trabalho, que não tem a ver só com o trabalho que presta numa só instituição, tem a ver com o facto de os enfermeiros trabalharem em duplo e triplo emprego, que muitas vezes já vêm com

24 horas sem dormir, sem descansar, não tendo por isso a mesma lucidez e a mesma capacidade de raciocínio de quem dormiu perfeitamente e está a fazer as suas oito horas de trabalho.

Pode ser da equipa multidisciplinar, a própria comunicação entre a equipa, o facto de não haver uma prescrição informatizada, em que o enfermeiro transcreve a prescrição médica para a sua folha. Ou seja, quando neste circuito da medicação, da prescrição à administração, que inclui a participação de vários intervenientes e a informação não é a mesma, única, que é transmitida a todos, o risco de acontecerem erros é sempre muito maior. Digamos que haver uma uniformização, que se consegue pela existência de um único canal de transmissão da informação para todos os profissionais envolvidos, há um controlo maior, porque se houvesse um erro era mais facilmente detectado.

Por outro lado, as características do serviço onde o enfermeiro presta cuidados também podem influenciar. Basta falar num ambiente perturbador, que seja muito ruidoso, com muita confusão, pode levar à distração do profissional relativamente ao que está a fazer, por exemplo na preparação da terapêutica. Acontece com frequência, o enfermeiro estar a preparar medicação e ser solicitado constantemente, por colegas, por médicos que querem ajuda ou que precisam de alguma coisa, por auxiliares e até por familiares que têm dúvidas ou que querem informações....

Um ambiente de stress, um ambiente de pressão, em que o enfermeiro tem a seu cargo o desempenho de inúmeras tarefas quase em simultâneo, por exemplo numa situação de risco de vida para um doente, em que é necessário intervirem vários enfermeiros e outros profissionais, em que são ditas ordens terapêuticas....

Portanto, a meu ver, as características do serviço podem mesmo levar à alteração das características pessoais. A comunicação entre toda a

equipa multidisciplinar é igualmente fundamental, porque é nela que se baseia toda a nossa actividade.

8. Em que momentos do processo de administração de medicação (desde a prescrição até à administração ao doente), haverá maior probabilidade de acontecer o erro atribuído ao enfermeiro?

R: Depende de como cada serviço funciona. Porque se o serviço tem ao seu dispor a prescrição online, a parte da prescrição está mais salvaguardada, podendo ainda haver problemas ao nível da informática... mas se calhar surgem mais na preparação e na administração. Se todo o sistema ainda é manual, se calhar as probabilidades de surgirem erros são iguais desde a prescrição até à administração efectiva, nas transcrições, nas palavras ilegíveis, nas dosagens dúbias...

9. Que medidas de segurança existem hoje, na instituição onde trabalha, que procurem prevenir o acontecimento do erro?

R: Falando não na instituição no seu todo, mas neste serviço, porque ainda não está disponível em todos, a prescrição online. Apesar de poderem continuar a existir erros informáticos e de por vezes surgirem situações em que o médico prescreve e não aparece essa mesma prescrição na folha de Kardex, a informação que se transmite aos elementos da equipa multidisciplinar, do médico, ao enfermeiro, ao farmacêutico é igual.

Digamos que com o tempo e resolvendo os problemas pontuais que vão aparecendo, o sistema se vai aperfeiçoando...por exemplo, se o médico prescreve uma terapêutica em que a dosagem não está correcta, essa

informação passa por mais intervenientes, nomeadamente pelos farmacêuticos, que também podem alertar para essa incorrecção e intervir no processo. Agora, ainda relativamente à prescrição online, o importante é que o enfermeiro, quando se elabora a folha de Kardex, esteja nesse grupo de trabalho e diga, do ponto de vista da enfermagem, quais são as informações necessárias que a folha deve conter, incluídas numa estrutura clarificadora de toda a informação.

Outro caso comum é a medicação vir errada nas gavetas de unidose do carro de terapêutica, que pode facilitar o erro, enquanto que se vier correcta este tipo de erro já não existe.

Outras medidas de segurança prendem-se igualmente com as integrações dos novos enfermeiros, com o facto de se dar valor à formação desses enfermeiros, em termos da medicação, quanto à sua importância no leque de responsabilidades do enfermeiro, relativamente ao circuito da terapêutica, desde a prescrição pelo médico até à administração por parte do enfermeiro, concretamente quanto à forma como se prepara e administra. Se juntamente à sua formação de base e às experiências profissionais anteriores, lhe for disponibilizada informação prévia antes do contacto com a realidade, a probabilidade de errar será menor, porque sabe o que está a fazer, porquê e como. Nesta medida, outra ajuda pode ser o facto de as pessoas sentirem disponibilidade por parte de alguém mais experiente, que as possa orientar ou ajudar nos momentos que sentem mais dificuldades ou dúvidas. As pessoas sentem que podem recorrer à ajuda de um colega, quer nas situações de mais stress, quando sentem que não têm tempo, para não terem de fazer tudo a correr, quer em situações de dúvida, terem apoio escrito, mas sobretudo de alguém mais experiente que o possa orientar melhor. Há uma série de contextos que podem ajudar.

Há também outras medidas, mas que são mais dificilmente implementáveis, medidas ao nível do ambiente de trabalho. O facto de se estar num ambiente muito perturbador, barulhento, onde no serviço

não existam condições físicas para que o enfermeiro se concentre mais no que está a fazer e esteja sempre a ser interrompido...

10. Em que medida, a prescrição informatizada da medicação pode ajudar a prevenir erros?

R: Sim, alguns. Como lhe digo, neste momento, ainda há arestas a limar porque às vezes há falhas no sistema informático, do género de o médico fazer a prescrição e não sair na folha de Kardex, mas seguramente, da minha experiência, reduziu o acontecimento de muitos erros, sobretudo de transcrição.

11. Quando um erro de administração de medicação por parte de um enfermeiro acontece, que medidas são tomadas pela instituição (internamente)?

R: Primeiro deve-se tentar perceber qual foi o erro, saber em que doente foi cometido, avaliar de imediato que repercussões pode ter no doente, que intervenções teremos que fazer para que as consequências desse erro sejam minimizadas.

Em relação ao enfermeiro, não havendo situações graves, que envolvam a morte do doente devido àquele erro, a abordagem será no sentido que referi anteriormente. O que se faz é falar com a pessoa, perceber junto dela o que a levou a cometer aquele erro, perceber se tem a ver com lacunas de formação, se foi devido ao stress, se foi distração e perceber o que é que se pode ajudar naquela pessoa. Agora, represálias, directamente, como comunicar à ordem dos enfermeiros o erro... da minha experiência nunca foi feito isso, exactamente porque nunca teve consequências gravosas para o doente em quem incidiu o erro. Agora, supondo que um enfermeiro administra uma terapêutica que provoca a morte do doente, e que ele foi negligente (detectou que tinha cometido o erro mas não quis saber e não assumiu), situação que nunca presenciei, a intervenção seria diferente...do que se aquela acção não tem consequências para o doente.

12. Como pensa melhorar? Que dispositivos podem ser desenvolvidos e que medidas podem ser tomadas (pela

instituição-internamente ou pelo grupo profissional-externamente) para minimizar o acontecimento do erro?

R: Provavelmente seria importante haver uma discussão aberta sobre esta problemática no seio da classe profissional, estudar e discutir o que é que nas instituições pode levar mais facilmente ao erro. E Envolver nessa discussão não só chefias mas também pessoal que presta cuidados. Quem está na prática directa tem uma percepção mais real daquilo que pode levar ao acontecimento de um erro.

Identificar os problemas, perceber quais são as causas reais, todas as que existem na prática e que podem conduzir ao erro, e então em conjunto, encontrar estratégias comuns para agir em conformidade com cada tipo de erro (se é falta de formação, se é por causa de erros de prescrição ou prescrição pouco clara da parte médica, se é por causa de distração do próprio enfermeiro ou provocada pelo ambiente, se é devido ao cansaço por fazerem muitos turnos, e não terem a possibilidade de terem folgas). Cada serviço em particular deve perceber o contexto em que o erro aconteceu e depois intervir em conformidade.

Ana Catarina Machado Lobo

Direcção de Enfermagem do Centro
Hospitalar de Lisboa Ocidental – HSFX

Ana Catarina Machado Lobo, enfermeira outrora funcionária no serviço de Medicina Interna, encontra-se a realizar um trabalho de investigação no âmbito do VI Mestrado de Comunicação em Saúde, na Universidade Aberta. O trabalho é subordinado ao tema “O Erro na Administração de Medicação – a gestão do erro pelo enfermeiro e pela instituição de saúde”.

Tendo em consideração o referido trabalho, solicita autorização para proceder à colheita de dados, por meio de entrevistas não estruturadas a enfermeiros desta instituição hospitalar.

Grata pela atenção disponibilizada, aguarda resposta ao pedido solicitado.

Lisboa, 19 de Novembro de 2006

Ana Catarina Machado Lobo

INQUÉRITO POR ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Local: HSFX – Serviço de Medicina III, Sala dos Enfermeiros

Data: 20/03/07

Hora: 18 horas

Dados do IQ:

- 1) Idade: 32 anos
- 2) Sexo: Feminino
- 3) Cargo profissional actual: Enfermeira Graduada
- 4) Instituição em que trabalha: HSFX – Serviço de Medicina III
- 5) Anos de experiência profissional: 11

Questões:

1. Quais as causas ou factores que atribui à ocorrência do erro na administração de medicação por parte do enfermeiro?

R: Da minha experiência profissional, as causas mais frequentes são as que advém da sobrecarga de trabalho, do local da preparação e da localização do stock terapêutico que muitas vezes acaba por ser desadequado relativamente ao local onde estamos a preparar e portanto não temos a medicação de que necessitamos logo ali disponível. Por vezes também por desconhecimento da nossa parte, do fármaco em si, dos seus potenciais efeitos no doente (benéficos e maléficos), e isto tem sobretudo que ver com a falta de experiência e de domínio a nível terapêutico. Essencialmente, acho que é muito mais pelos factores externos, do ambiente em que se prepara e administra a medicação... um ambiente stressante, com constantes interrupções, quer por parte de colegas, quer por parte de familiares ou até dos próprios médicos. Isso acaba por influenciar muito o que estamos a fazer, pode-se perder o fio condutor do que se estava a fazer para aquele doente, nomeadamente na preparação da medicação e até na administração ao doente, e isso pode levar aos erros. Existem também erros por distração do momento, mas com muito menor frequência e repercussões do que os que referi antes. Se as pessoas tiverem conhecimento do

tipo de fármaco que estão a administrar, das indicações, das contra-indicações, dos efeitos que podem advir da administração naquele doente, com aquele diagnóstico e com aqueles valores analíticos, conseguem perceber porque é que administram aquele fármaco, naquela dose. E isto leva tempo a ser digerido... eu continuo a dizer que errar erramos todos, mas eu costumo dizer aos elementos mais novos que se fosse só chegar, ler, preparar e administrar, não precisaríamos de ser enfermeiros, nem ter conhecimento do resto....e há muita gente que pensa que isto é ser despachado e não é! É ter consciência e responsabilidade do que estão a fazer, porque trabalhamos com pessoas e o nosso trabalho pode influenciar a vida dessas mesmas pessoas.

2. Na sua perspectiva, que tipo de erro de administração de medicação por parte do enfermeiro é mais frequente? Refira exemplos que tenha observado nos outros.

R: Os erros que envolvem a dose do medicamento e a sua confirmação, a relação com as análises do doente...acontece algumas vezes, naqueles doentes que vão fazer exames e as pessoas não sabem qual a medicação que têm que fazer, ainda que o doente esteja em jejum para um exame... desde os anti-hipertensores, os beta-bloqueantes, que muitas vezes até para os exames que vão fazer, é conveniente que tenham feito a terapêutica para não estarem descompensados e não se faz. São na minha perspectiva, erros de processo. Este sistema informático, para nós facilita-nos muito, porque é um utensílio único quer para equipa médica quer para a equipa de enfermagem, mas muitas vezes, como ao prescreverem, também podem fazer ok num dos itens, por exemplo, que corresponda à dose que não era aquela que queriam fazer ao doente...Se as pessoas não tiverem conhecimento da terapêutica que estão a administrar acabam por administrar um medicamento com uma dose errada para aquele doente.

Penso que para além disto, continuam a acontecer erros na preparação do medicamento, sobretudo nas diluições. Este tipo de erro tem a ver com as experiências e os critérios que são diferentes, isto é...nem nas diluições dos fármacos as coisas são estanques, vão sendo dadas indicações pela farmácia sempre com o objectivo de melhorar. Mas isto varia um pouco de hospital para hospital e por isso é que os critérios são diferentes e dependem das experiências

das pessoas noutras instituições. Por exemplo, neste serviço são feitos sempre doseamentos de antibióticos, e há elementos que vêm de outras instituições onde isso não era feito e não têm a percepção que têm mesmo que se cumprir de uma forma criteriosa, quer as administrações do antibiótico quer as colheitas de sangue, para se perceber os picos e os vales e as dosagens a administrar do medicamento. Pelos outros locais onde exerci a minha actividade profissional isto não existia, o que interessava era ir fazendo as coisas aos doentes e tentar cumprir ao máximo o horário, mas na maior parte das vezes a realidade é que nós, tendo 10 doentes, não fazemos a terapêutica às 7h a todos. Uns fazem às 7h outros às 7h 30. Ou temos o cuidado do que é antibiótico administrar à hora certa, do que é protector gástrico administrar antes das refeições, mas como lhe digo, isto depende muito de cada um...e eu continuo a dizer que é dos campos mais complicados ao nível da enfermagem, que pode ter repercussões mais graves ao nível da hemodinâmica do doente. Pequenos erros, e quando falo, refiro-me a erros que são praticados inconscientemente, ninguém nesta profissão erra de uma forma deliberada podem traduzir grandes e graves consequências. Eu penso que quando a pessoa erra mas assume o erro, há sempre alguma coisa a fazer em benefício do doente, mas também tenho sérias dúvidas que todas as pessoas assumam os erros que cometem...é uma questão de responsabilidade. No serviço onde trabalho, errar no doente a quem se administra a medicação não me parece, porque trabalhamos com o método individual, que implica ser o responsável por aqueles doentes, a ter algum conhecimento e algum domínio e critério na administração. Se é responsável por aqueles doentes, todos os procedimentos inerentes àqueles doentes passam por si, como a preparação e administração de medicação. Não quer dizer que o colega não possa estar mais ocupado com um dos doentes que tem atribuído por estar descompensado por exemplo.... e numa tentativa de ajudar o colega se vá preparar a terapêutica dos seus doentes...mas não é a todos que eu faço isso nem é a todos que eu deixo que me preparem. E nestas condições, quando há alguém que me prepara a medicação, eu confiro tudo outra vez com a pessoa. Quando sou eu a ajudar e a preparar, antes de administrar aos doentes do colega confiro também...se calhar demoro mais tempo, mas é a minha consciência...porque imaginemos que o doente teve uma intercorrência, eu preciso de saber o que é que lhe estou a dar, se o doente está a sangrar e eu lhe

continuo a dar os antiagregantes... E depois dizem-me... ainda no fim-de-semana passado: “o meu doente continua com gengivorragias...” e eu perguntei: “então e que medicação faz?” “Ah faz enoxaparina, faz captopril...” “então e a enoxaparina...” “Ah! Já fez.” “Já fez e precisava mesmo de fazer?” Nessa altura, não se faz a medicação, fala-se com os médicos e tenta-se reverter a situação, mas o importante não é cumprir o horário da medicação e administrar os medicamentos todos. O importante é saber se naquela situação, para aquele doente é importante manter ou não a toma daquele medicamento...Neste caso o importante era não dar a enoxaparina. Sendo um anticoagulante poderíamos agravar-lhe as hemorragias.

3. Que regras/princípios de administração de medicação podem ser subvertidos implicando maior possibilidade de erro? Refira exemplos que tenha observado nos outros.

R: Se calhar um ambiente mais calmo, mais resguardado, um local mais sossegado para a preparação da terapêutica, tentar cumprir o princípio de quem prepara a medicação a administra e confirma e vigia os efeitos potenciais daquela administração ou não administração...e faz a ponte com a equipa médica, justificando por exemplo, porque é que não fez, em função do que avaliou no doente. Eu quando tenho dúvidas aguardo até tirar as dúvidas.

Eu penso que nós enfermeiros, não temos muitas vezes a consciência de que a não administração também pode ser determinante para o doente, da mesma forma que a administração, mas noutras condições. Desde que a pessoa justifique sempre porque é que não foi administrada aquela medicação ao doente. O nosso papel é um pouco este, saber porque é que administramos aquela medicação ao doente ou porque é que não administramos e saber justificá-lo.

4. Considera que há regras/princípios de administração de medicação que têm tendência para não serem cumpridos? Porquê?

R: Sim, talvez, nomeadamente relativamente aos protectores gástricos, não se consegue cumprir a todos os doentes, para serem administrados antes das refeições, as tiras das glicemias e as respectivas administrações de insulina imediatamente antes das refeições....Eu acredito que os doentes crónicos têm as

suas patologias mais controladas no domicílio do que em ambiente hospitalar, quer pela ansiedade inerente ao internamento hospitalar, quer pelos cuidados que lhe são prestados. Mas isto, eu penso que é o menos importante, tendo em conta a situação aguda em que o doente está. Ninguém consegue ter 11 ou 12 doentes e fazer tudo isso certinho...e as intercorrências acontecem...Quando nós já conhecemos bem os doentes e eles estão estabilizados, nós conseguimos antecipar as coisas, mas na maioria dos casos isso não acontece e o doente pode estar estabilizado agora e daqui a 2 ou 3 minutos descompensar, e nós para além desse doente temos mais 10, por exemplo...

Os doentes fazem a medicação toda junta a maior parte das vezes. Vamos junto do doente uma única vez administrar-lhe a medicação. Por outro lado nós por vezes desprezamos o princípio da observação da toma. Vamos acreditando que os doentes cumprem a toma em benefício deles, mas isso implica nós conhecermos o doente, o estado de consciência e de orientação. Por vezes a medicação também fica na mesa-de-cabeceira, pode cair no chão....também recorremos muitas vezes aos Auxiliares de Acção Médica, naqueles em quem confiamos. Dizemos-lhes: “está aqui a medicação para o Sr/Sra tomar com a refeição” e o AAM dá.

A preparação feita por um elemento e a administração feita por outro não acontece com frequência devido ao método de trabalho ser individual. Para quem consegue olhar para o doente, para o diagnóstico, para a terapêutica e fazer uma interligação, acaba por superar alguns pequenos erros que poderiam advir de não ter preparado a medicação. Quem não conhece os doentes e não se questiona, não se dá ao trabalho de prestar atenção à medicação que o doente tem prescrito, sujeita-se mais e expõe-se mais para que lhe aconteça um erro. Há elementos a quem preparo a terapêutica e outros a quem não preparo. Primeiro porque acho que eles não percebem aquilo que estão dar e segundo porque precisam de ver 500 vezes o que está ali, senão não vão ver...mas isso também depende das pessoas, que são todas diferentes, com personalidades diferentes, experiências profissionais diferentes e temos de dar alguma liberdade de cada um actuar de acordo com os seus princípios. Mas é como lhe digo, há pessoas com quem não podemos facilitar...

Raramente acontece que um enfermeiro prepara a medicação e outro a administra. Neste serviço acontece muito, e isso também é trabalho de equipa,

se há um elemento que tem um doente que vai a um exame e está ausente, ou um elemento que está menos disponível por uma intercorrência com um dos doentes que tem atribuído, não se vão deixar os outros doentes todos desse elemento sem serem cuidados, e então avança-se nesse sentido, do que é rotina, nomeadamente, podemos preparar a medicação e depois administrar ou não, com o objectivo de auxiliar o colega. Isto acontece quando as pessoas funcionam por equipa, sim, acontece, mas poucas vezes. Em relação a outras realidades que eu conheço em que o método de trabalho é à tarefa, cada um faz uma coisa, aí as coisas são muito mais complicadas, a pessoa nunca tem um conhecimento aprofundado da situação de todos os doentes do serviço, e a possibilidade de acontecer o erro é muito maior. O método individual também pressupõe trabalho em equipa. Cada um auxilia um bocadinho e é auxiliado naquilo de que necessita.

5. Com que frequência e gravidade surgem os erros de administração de medicação praticados pelos enfermeiros?

R: Acontecem algumas vezes, mas acho que são mais pequenos erros, ou de omissão ou até porque havia alguma instabilidade naquele doente e até haver um feed-back da equipa médica, acaba por haver ali um desfasamento do horário da administração...e esses pequenos erros ocorrem. A nível do cumprimento do horário, se calhar também ocorrem, mas erros graves, com repercussões graves não. Acho que se tem trabalhado muito no sentido de não acontecerem.

Reportando-me à minha experiência profissional, vi acontecerem poucos erros muito graves, que preferia não ter visto e vi alguns erros menos graves. Em termos de quantidade vi acontecerem poucos erros, muito relacionados com as dosagens e muito com a prescrição verbal ou telefónica de: “faça isto” sem observar os doentes...e aí eu acho que a experiência do enfermeiro que está com o doente é muito importante. Eu, inúmeras vezes digo: “não faço o que quer que seja ao doente, antes dele ser observado”. Se o doente não está bem, alguém tem que olhar para ele. Se não olhar, eu também não faço nada. Tomo todas as medidas para lhe dar o maior conforto, mas dar medicação, por exemplo, como várias vezes: “olhe dê uma clorpromazina”, e as pessoas nem percebem que efeitos podem ter no doente e o que têm de monitorizar a nível de

vigilância....porque alguém disse, o médico disse...e é administrar e já está. Eu sou absolutamente contra isto. Não devemos fazer tudo o que nos dizem...a pessoa até pode fazer as coisas da melhor forma, com a melhor boa fé, tem é que perceber o que vai realmente fazer, e o que é que vai advir daí, porque se as coisas correm mal, correm mesmo mal...e há muita medicação que a toma implica grandes repercussões....os doentes têm grande compromisso ao nível de insuficiência de órgãos em que a medicação não é metabolizada e eliminada da melhor forma e em que é preciso olhar para os doentes a seguir a administrar a medicação. Mas o que se faz, é que os doentes a seguir já estão sossegados e isso é que interessa. Isto acontece pontualmente, do género de um colega me dizer “disseram-me (o médico) para dar isto” e eu pergunto “onde é que isso está escrito?”...porque nós não temos urgência interna para quase 30 doentes. Temos os médicos da UNICARD e da UCIM pontualmente a observarem determinadas situações, determinados doentes a muito custo porque eles também são chamados para o resto do hospital. Isto implica que não é possível tirar todas as dúvidas na altura que elas surgem. O que é mau, muito mau e por vezes os erros advêm das prescrições orais e telefónicas. Cada vez mais as pessoas têm que saber o que estão a fazer, porque estão a fazer.

6. Na sua perspectiva, que consequências tem o erro de administração de medicação para o doente?

R: Eu vi acontecerem 3 erros graves no meu percurso profissional. Já vi acontecerem erros por omissão, erros na dosagem de um medicamento (dose errada), e o pior dos erros foi a pessoa não assumir o erro que teve repercussões imediatas...foi dito à pessoa que as coisas não funcionam assim, que errar é humano, ninguém procura culpados, mas se há alguma coisa a fazer é para se fazer...e isso acho que parte da pessoa que cometeu o erro. Neste caso, ela não percebeu que o estava a cometer e foi detectado e tem a liberdade de ser ela a assumir fazer alguma coisa ou não. Como eu, que detectei, tenho a obrigação perante o doente, de fazer tudo ao meu alcance para minorar as repercussões e os efeitos do erro naquela pessoa...Este erro mais grave teve a ver com a administração de um bólus de heparina...que por vezes surgem em pessoas mais inexperientes...eu já vi também erros muito graves que têm a ver com a administração de elevadas unidades de insulina que foram administradas,

traduzindo hipoglicémias gravíssimas e difíceis de reverter, que se conseguiram porque foram detectadas precocemente, como vi essa administração de heparina que entre confusões e reanimações, não foram administradas 5000 unidades, mas 25000...e a pessoa tomou consciência do erro que tinha cometido mas não admitiu. Eu acho que as pessoas ficam muito assustadas quando erram. Têm muito medo da penalização e de como vão ser vistas daí para a frente, a imagem...eu continuo a dizer, eu não quero saber...porque ninguém gosta de ser apontado por ter falhado, mas sim por ter conseguido uma coisa benéfica para o serviço e para os doentes, mas eu acho que pior que isso é não querer aprender com os erros e isto continua a existir...Na altura, não houve consequências, o quadro conseguiu-se reverter, porque as coisas foram feitas o tempo todo com a equipa médica ao lado, foi administrado o antídoto da heparina, foi feita uma vigilância apertada, análises. Para o doente acabou por não ter repercussões muito graves, claro, ainda sangrou das gengivas, e o cardiologista a fazer uma vigilância apertada...Portanto eu julgo que tem muito a ver com a experiência dos enfermeiros e dos médicos também... temos cá muitos internos, muitos médicos novos que também não têm tanta experiência, tanto à vontade, nem tanta consciência....mas para além da experiência, a postura da pessoa diz muito, a falta de humildade, o dizer: “eu não sei. Ajuda-me”. E isto é muito importante. Temos muitos elementos novos, e é o que eu digo, não precisam de andar a pedir desculpa o tempo todo, nem a armar-se em coitados, mas a gente percebe quem tem a humildade de pedir ajuda, quem tem a humildade de dizer não sei e quem tem a mania que sabe tudo todos os dias...e há cada vez mais isto...deve ser porque somos todos “doutores”. Mas também tem muito a ver depois com a dinâmica do serviço, a nível da hierarquia e das chefias e neste serviço transmite-se muito a noção de que há necessidade destes pontos serem bem limados e diariamente, prescreve-se um soro que não é o que o doente tem ou que o doente precisa ou uma medicação e a chefe anota e vai falar com a equipa médica, que é para tentar diminuir a possibilidade de acontecerem erros em função das necessidades dos doentes. E é por aí que se vai tentando e por aquilo que os elementos mais velhos conseguem ter consciência que se passa nas suas oito horas de trabalho. As consequências dos erros com os quais me deparei foram graves, claro que são sempre graves, mas não foram muito graves, não houve um desfecho fatal nem o doente ficou com sequelas

físicas. Para mim foram muito graves. Porque ter que passar pela situação de tomar consciência, advertir para...porque a postura das pessoas é completamente diferente de umas para as outras...eu nunca teria tido aquele tipo de resposta àquela situação... As coisas foram ditas à pessoa de uma forma coerente e calma para que tomasse consciência...é das piores posturas para quem está numa profissão destas...acho que por muito medo que tivesse, por muita inexperiência que tivesse, a resposta foi muito má e deixou-me muito mal...Na altura eu estava junto da colega e quando me apercebi do erro, chamei-a à parte e perguntei-lhe: “o que é que fizeste?” “administrei o que estava dentro do frasco” e eu disse-lhe: ”mas isto não se faz assim...” “bom mas agora está feito e tu tens que perceber que o doente vai sangrar a qualquer momento, tens que advertir a equipa médica para isso...mas és tu que tens que o fazer. Tu cometeste o erro e não percebeste. Eu percebi e estou a falar contigo que é para tu perceberes o que tens que fazer” e a pessoa ficou como se nada tivesse passado, demasiado passiva, não valorizou a gravidade do que tinha acontecido. Isso é que me fez sentir mal, e depois quando eu adverti e lhe perguntei: “como vamos gerir isto? Já falaste com o médico?” e ela agiu como se nada tivesse acontecido...e toda a gente a perceber que tinha acontecido...as pessoas têm que ser adultas e responsáveis. Não admitem para não serem responsabilizadas, para não lhes apontarem o dedo. Eu digeri muito mal na altura e disse: “comigo não contam para isto nem para trabalhar com elementos assim...” E foi uma das causas que me fez sair daquele serviço rapidamente. Depois não consegui lidar bem eu, com a situação, porque nunca pensei que a pessoa fosse reagir daquela forma, mas sim que o fosse assumir e agir para que se revertesse a situação, porque era a ideia que eu tinha...pedir ajuda e activar os meios que estivessem ao alcance para que a situação se revertesse...e ela não o fez...foi uma grande desilusão...e enquanto estava naquele choque da desilusão não consegui fazer muito mais, consegui ficar mal com a minha consciência porque se tivesse a noção de que aquela situação se iria desencadear daquela forma de certeza que não tinha dado tempo de ser a pessoa a admitir o erro ou não. Foi a grande má experiência que eu tive neste sentido.

7. Que vantagens trouxe para a segurança do doente, a prescrição electrónica?

R: Ser um elemento único entre a equipa de enfermagem e a equipa médica. O não haver necessidade de transcrição da prescrição para a nossa folha de enfermagem, evitando-se a possibilidade de haver interpretações diversas, por outro lado, associado ao medicamento prescrito vem sempre a dose, a via de administração e o horário para serem administrados os fármacos, de acordo com as suas características e isso acaba por ser mais coerente. Por baixo do medicamento prescrito podem vir indicações específicas do médico, por exemplo, quando foi iniciado e quando pára a administração. Com as outras folhas antigas nós tínhamos que as arquivar...assim fica tudo informatizado, há menos folhas para arquivar, todos os itens medicamentosos dizem quando é que o doente iniciou a administração do fármaco, se há alguma observação em relação ao mesmo (por exemplo, se é semanal, quando é que foi administrado). É possível desta forma ter acesso a um leque de informação, que antes tinha que andar a procurar em todo o processo clínico. Em termos de tempo gasto na procura de informação relevante sobre os medicamentos que o doente está a fazer, diminui bastante.

8. O que faz o enfermeiro quando detecta um erro na prescrição electrónica?

R: Quando se detecta um erro na prescrição electrónica...nós neste serviço trabalhamos muito por protocolos, e os medicamentos que estamos todos mais alertados para o controlo minucioso da dosagem são os antibióticos, em que alguns que têm protocolo de doseamento que vem da farmácia. Temos que consultar os processos porque na folha de prescrição que tiramos do computador (folha de unidose do doente) pode só vir discriminado o antibiótico e quando começou a sua administração...habitualmente já vem actualizado pela farmácia... mas devemos seguir-nos pela dose e a hora de administração que vêm no protocolo enviado da farmácia para o serviço. No caso do doente ter varfine prescrito a dose a administrar depende do INR. E dependendo da patologia do doente varia a dose de varfine que se administra para o INR do doente. Temos que consultar sempre as análises do doente, procurar ver se já chegaram, se estão transcritas no processo, se ainda falta colher... Quando temos dúvidas, falamos com os médicos da urgência quando a urgência está assegurada pelos médicos de SFX ou então pelos das unidades...habitualmente

isto acontece mais com os doentes cardíacos e neste caso falamos com o médico que está de banco na UNICARD, e é ele que nos orienta nesse sentido, e é ele que assume em diário clínico o que se fez ou o que não se fez para aquela situação. Sempre por indicação médica.

9. Na sua perspectiva, como age o enfermeiro após tomar consciência do erro de administração de medicação?

R: Da minha experiência, do que já vi, na maioria das vezes falamos com um dos colegas de equipa...mas depende da situação, do erro e da consciência que têm do erro...se for um erro inconsciente e na maior parte das vezes, por desconhecimento, ainda vão confirmar com mais alguém o que é que aconteceu. Eu acho que vão, porque a partir do momento que percebem que existiu um erro, acho que falam com o chefe....também depende da relação que se tem com a hierarquia e a abertura que a chefia demonstrar ter para com os seus elementos. Neste momento, neste serviço, existe uma grande abertura e um grande à vontade para os elementos novos o fazerem, quer com as coordenadoras, quer com a chefia. Está tudo muito trabalhado no sentido de incutir na equipa que estamos todos a fazer o melhor...

Na maioria das vezes, o enfermeiro conta ao elemento de referência da sua equipa, habitualmente, o elemento mais velho (o chefe de equipa), é contactada a equipa médica e são activados mecanismos para vigilância e mesmo intervenção terapêutica se necessário, no doente. Depende da humildade da pessoa, mas geralmente, uma pessoa mais inexperiente pode saber que cometeu o erro mas tem dificuldade em perceber, perante o que fez, que consequência terá para o doente, e a reacção é: “ajudem-me...”. Se calhar uma pessoa mais experiente se comete um erro de omissão ou de cumprimento do horário, não anda a chamar os colegas e a dizer-lhes o que fez ou o que não fez...se cometer um erro mais grave a experiência que eu tenho é que se movem logo todos os recursos e estamos todos a colaborar no sentido do doente não sofrer com o erro. Até se podem fazer tempestades num copo de água, mas tomam-se sempre medidas...mas acredito que haja uma pequena percentagem destes elementos mais velhos que omite pequenos erros...porque se calhar tem conhecimentos e adopta logo medidas de vigilância...não sei. A omissão de um erro pode ter a ver

com o medo de represálias mas tem muito a ver com o sentido de responsabilidade.

10. *Actualmente, que consequências advêm da notificação do erro para o enfermeiro que o cometeu?*

R: Depende da gravidade do erro e depende muito da forma como as coisas foram feitas...e da postura da pessoa e da responsabilidade...poupa-se muito falatório se se assumirem as coisas na altura certa, com as pessoas certas e se se informar. Agora, se as pessoas cometem erros e depois não os assumem e depois foi a auxiliar que soube e depois foi o analista que teve de fazer mais umas colheitas porque alguma coisa poderia não estar bem e depois o médico se chateou por ter de estar a observar aquele doente...quer dizer, isto vai chegar mais tarde à chefia sem necessidade nenhuma, porque na altura as coisas trabalham-se com a equipa de forma a minimizar os efeitos para o doente e depois é muito mais simples, já que há abertura, de chegar e dizer: “aconteceu isto desta forma devido a...”, e justifica-se, porque as causas não são só todas do elemento em si... procedeu-se desta forma, o percurso foi este e os culpados foram estes, mas para que haja conhecimento de quem de direito, e assim abrevia-se muita confusão. As pessoas continuam a ter muito medo da reacção das chefias, das consequências....as pessoas devem sobretudo aprender com os erros. Nunca vi nenhuma punição exemplar, vi que houve sempre uma conversa com a chefia, mas sem grandes repercussões.

11. *Pensa que se existissem sistemas de relato não punitivos dos erros, que estes eram mais facilmente revelados e discutidos e se poderia evitar a sua repetição no futuro?*

R: Acho que era um bom método, sobretudo um bom elemento de trabalho para que os erros não se repetissem. Para muitas pessoas com alguma dificuldade em manter, quer o à vontade quer a responsabilidade, o anonimato é importante. Cada vez mais as pessoas querem livrar a sua pele e não querem ser apontadas...”eu não fiz nada”...se fosse para não fazer nada não estaríamos cá...Mas para mim faz mais sentido que a situação seja resolvida com a chefia,

no serviço, não sei se nós, enfermeiros, estamos preparados para debater os erros em conjunto, embora a meu ver fizesse sentido e ganhássemos com isso, porque nos preparávamos melhor, porque ficávamos a saber melhor como encontrar estratégias mais adequadas para os evitar.

INQUÉRITO POR ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Local: HSFX – Serviço de Medicina I, Gabinete da Chefia de Enfermagem

Data: 24/10/06

Hora: 10.50 horas

Dados do IQ:

- 1) Idade: 37 anos
- 2) Sexo: Feminino
- 3) Cargo profissional actual: Enfermeira-Chefe
- 4) Instituição em que trabalha: HSFX – Serviço de Medicina I
- 5) Anos de experiência profissional: 15 anos
- 6) Anos de experiência enquanto prestador efectivo de cuidados de enfermagem: 9 anos
- 7) Anos de experiência enquanto gestor: 6 anos

Questões:

1. ***Na perspectiva da segurança do doente, considera o erro na administração de medicação pelo enfermeiro um assunto de discussão importante?***

R: Sim. Porque acho que pode ter consequências graves para o doente, portanto acho que é muito importante.

2. ***Tendo em consideração a sua experiência profissional, já alguma vez se deparou com o acontecimento do erro praticado pelo enfermeiro?***

R: Sim. Em algumas situações já aconteceu isso. Não foi assim muito frequente, talvez, contabilizando por alto...umas 10 vezes, ao longo da minha experiência.

3. Conhece práticas pouco seguras que possam conduzir ao acontecimento do erro?

R: Sim. O trabalho à tarefa, nomeadamente se o enfermeiro preparar terapêutica e outro enfermeiro a administrar. O que administra nestas condições não tem conhecimento do que contém a seringa por exemplo, da diluição que foi feita, não tem conhecimento do doente, não saber das intercorrências que aconteceram antes, pode levar a essas consequências. Por outro lado, o facto de se administrar medicação a um doente que não está atribuído àquele enfermeiro, por exemplo, naquele momento o doente tem um hipotensor (medicamento para baixar a tensão arterial) prescrito e o doente estava hipotenso e o médico dá indicação oral para não se administrar..., e o colega não sabe e administra o medicamento. Portanto, o facto de o enfermeiro não conhecer o doente ou não saber a droga que foi preparada, faz com que haja uma maior possibilidade de ocorrerem erros.

4. Pode descrever alguns casos ou exemplos que tenha observado? (não necessariamente pessoais)

R: Sim, há uma situação que me marcou mais, que foi a situação de um colega preparou insulina de acção rápida em vez de insulina de acção lenta, dando uma dose elevada, que poderia ter resultado numa situação grave para o doente, porque poderia provocar uma hipoglicémia grave. Lembro-me que a pessoa veio logo ao meu gabinete... foi, segundo o que me contou depois, a primeira coisa que fez depois de se ter dado conta do erro...sentou-se e a chorar disse que tinha cometido um erro gravíssimo. Mas não foi, porque a pessoa em questão assumiu rapidamente o erro, foram identificados os riscos para o doente, foi dito ao doente de uma forma calma (mas não clara), sem grande alarmismo, que se tinha administrado insulina a mais, que efeitos poderia causar essa situação e que, se apresentasse aquele tipo de sintomatologia avisasse de imediato. Foram logo tomadas medidas de suporte para se evitarem consequências para o doente: avaliada a glicémia capilar frequentemente, colocada uma dextrose em curso, ficou monitorizado durante umas horas. Fizeram-se uma série de intervenções, que minimizaram a hipótese de haver algum problema como consequência do erro.

Penso que os enfermeiros na generalidade têm que sentir que o erro pode acontecer a qualquer um, pode surgir, embora se deva minimizar a sua ocorrência. O que é importante é que se surgir, eles sintam que da parte da chefia e da coordenação do serviço existe uma abertura das pessoas, não para julgar e penalizar, mas para ajudar perante essa situação. E quando eles sentem isso, que foi o que aconteceu na situação anterior, a pessoa, a primeira coisa que faz é abordar, então as consequências para o doente são menores, porque são analisados todos os riscos, e esses riscos são minimizados. Acho que é importante da parte da chefia, colaborar, ser companheiro, não julgar, não criticar. O enfermeiro tem que assumir e dessa forma ajuda o doente, e há sempre o espírito de companheirismo entre as pessoas, e de equipa. As pessoas não vão propriamente divulgar «olha, aconteceu isto». Não sei se é certo ou se é errado, mas é um pouco o sentimento individual, que as pessoas não gostam de ser expostas publicamente, e depois também se tem que analisar o que é que o levou a errar e se calhar da parte da chefia, ver se houve alguma condicionante que a levou a errar, e tentar anular essa condicionante. Se a pessoa sentir que vai ter represálias e vai ser seguramente penalizada, a situação pode tornar-se muito mais grave, porque a pessoa vai tentar encobrir o erro.

Acho que não se ganha nada em expor ou ridicularizar a pessoa perante aquela situação. Portanto, tem que se analisar o porquê ou os porquês e se possível fazer com que não volte a acontecer, seja através de formação, seja através da revisão da estrutura física, mas a mim não me parece adequado que a pessoa seja exposta publicamente.

5. Relativamente à gravidade dos erros de administração de medicação. Pensa que são graves? (muito, pouco ou nada)

R: É assim, há muitas situações que não são graves. A situação que referi, poderia ter sido grave para o doente, que não foi dado a intervenção que se teve.

6. E as consequências, são mais gravosas para o utente ou para ele próprio?

R: Das situações que observei e estou a falar do geral, não foram gravosas para o doente, mas por norma são. São mais gravosas para o doente, porque

nós estamos a falar da saúde de uma pessoa que está ao nosso cuidado. Claro que o enfermeiro em casos extremos terá uma penalização, e se realmente for muito grave, será adequada, mas o doente é sempre mais penalizado.

7. Em sua opinião, a que é que atribui o acontecimento do erro? Que causas podem levar ao erro?

R: São múltiplas. Podem ser causas pessoais do enfermeiro, em que ele pode estar distraído, mais cansado, o que levou a que não observasse bem a prescrição ou a preparação do medicamento. Muitos erros que são pessoais, como a distração, muitas vezes tem a ver com a sobrecarga de trabalho, que não tem a ver só com o trabalho que presta numa só instituição, tem a ver com o facto de os enfermeiros trabalharem em duplo e triplo emprego, que muitas vezes já vêm com 24 horas sem dormir, sem descansar, não tendo por isso a mesma lucidez e a mesma capacidade de raciocínio de quem dormiu perfeitamente e está a fazer as suas oito horas de trabalho.

Pode ser da equipa multidisciplinar, a própria comunicação entre a equipa, o facto de não haver uma prescrição informatizada, em que o enfermeiro transcreve a prescrição médica para a sua folha. Ou seja, quando neste circuito da medicação, da prescrição à administração, que inclui a participação de vários intervenientes e a informação não é a mesma, única, que é transmitida a todos, o risco de acontecerem erros é sempre muito maior. Digamos que haver uma uniformização, que se consegue pela existência de um único canal de transmissão da informação para todos os profissionais envolvidos, há um controlo maior, porque se houvesse um erro era mais facilmente detectado.

Por outro lado, as características do serviço onde o enfermeiro presta cuidados também podem influenciar. Basta falar num ambiente perturbador, que seja muito ruidoso, com muita confusão, pode levar à distração do profissional relativamente ao que está a fazer, por exemplo na preparação da terapêutica. Acontece com frequência, o enfermeiro estar a preparar medicação e ser solicitado constantemente, por colegas, por médicos que querem ajuda ou que precisam de alguma coisa, por auxiliares e até por familiares que têm dúvidas ou que querem informações....

Um ambiente de stress, um ambiente de pressão, em que o enfermeiro tem a seu cargo o desempenho de inúmeras tarefas quase em simultâneo, por

exemplo numa situação de risco de vida para um doente, em que é necessário intervirem vários enfermeiros e outros profissionais, em que são ditas ordens terapêuticas....

Portanto, a meu ver, as características do serviço podem mesmo levar à alteração das características pessoais. A comunicação entre toda a equipa multidisciplinar é igualmente fundamental, porque é nela que se baseia toda a nossa actividade.

8. Em que momentos do processo de administração de medicação (desde a prescrição até à administração ao doente), haverá maior probabilidade de acontecer o erro atribuído ao enfermeiro?

R: Depende de como cada serviço funciona. Porque se o serviço tem ao seu dispor a prescrição online, a parte da prescrição está mais salvaguardada, podendo ainda haver problemas ao nível da informática... mas se calhar surgem mais na preparação e na administração. Se todo o sistema ainda é manual, se calhar as probabilidades de surgirem erros são iguais desde a prescrição até à administração efectiva, nas transcrições, nas palavras ilegíveis, nas dosagens dúbias...

9. Que medidas de segurança existem hoje, na instituição onde trabalha, que procurem prevenir o acontecimento do erro?

R: Falando não na instituição no seu todo, mas neste serviço, porque ainda não está disponível em todos, a prescrição online. Apesar de poderem continuar a existir erros informáticos e de por vezes surgirem situações em que o médico prescreve e não aparece essa mesma prescrição na folha de Kardex, a informação que se transmite aos elementos da equipa multidisciplinar, do médico, ao enfermeiro, ao farmacêutico é igual.

Digamos que com o tempo e resolvendo os problemas pontuais que vão aparecendo, o sistema se vai aperfeiçoando...por exemplo, se o médico prescreve uma terapêutica em que a dosagem não está correcta, essa informação passa por mais intervenientes, nomeadamente pelos farmacêuticos, que também podem alertar para essa incorrecção e intervir no processo. Agora, ainda relativamente à prescrição online, o importante é

que o enfermeiro, quando se elabora a folha de Kardex, esteja nesse grupo de trabalho e diga, do ponto de vista da enfermagem, quais são as informações necessárias que a folha deve conter, incluídas numa estrutura clarificadora de toda a informação.

Outro caso comum é a medicação vir errada nas gavetas de unidose do carro de terapêutica, que pode facilitar o erro, enquanto que se vier correcta este tipo de erro já não existe.

Outras medidas de segurança prendem-se igualmente com as integrações dos novos enfermeiros, com o facto de se dar valor à formação desses enfermeiros, em termos da medicação, quanto à sua importância no leque de responsabilidades do enfermeiro, relativamente ao circuito da terapêutica, desde a prescrição pelo médico até à administração por parte do enfermeiro, concretamente quanto à forma como se prepara e administra. Se juntamente à sua formação de base e às experiências profissionais anteriores, lhe for disponibilizada informação prévia antes do contacto com a realidade, a probabilidade de errar será menor, porque sabe o que está a fazer, porquê e como. Nesta medida, outra ajuda pode ser o facto de as pessoas sentirem disponibilidade por parte de alguém mais experiente, que as possa orientar ou ajudar nos momentos que sentem mais dificuldades ou dúvidas. As pessoas sentirem que podem recorrer à ajuda de um colega, quer nas situações de mais stress, quando sentem que não têm tempo, para não terem de fazer tudo a correr, quer em situações de dúvida, terem apoio escrito, mas sobretudo de alguém mais experiente que o possa orientar melhor. Há uma série de contextos que podem ajudar.

Há também outras medidas, mas que são mais dificilmente implementáveis, medidas ao nível do ambiente de trabalho. O facto de se estar num ambiente muito perturbador, barulhento, onde no serviço não existam condições físicas para que o enfermeiro se concentre mais no que está a fazer e esteja sempre a ser interrompido...

10. Em que medida, a prescrição informatizada da medicação pode ajudar a prevenir erros?

R: Sim, alguns. Como lhe digo, neste momento, ainda há arestas a limar porque às vezes há falhas no sistema informático, do género de o médico fazer a prescrição e não sair na folha de Kardex, mas seguramente, da minha

experiência, reduziu o acontecimento de muitos erros, sobretudo de transcrição.

11. Quando um erro de administração de medicação por parte de um enfermeiro acontece, que medidas são tomadas pela instituição (internamente)?

R: Primeiro deve-se tentar perceber qual foi o erro, saber em que doente foi cometido, avaliar de imediato que repercussões pode ter no doente, que intervenções teremos que fazer para que as consequências desse erro sejam minimizadas.

Em relação ao enfermeiro, não havendo situações graves, que envolvam a morte do doente devido àquele erro, a abordagem será no sentido que referi anteriormente. O que se faz é falar com a pessoa, perceber junto dela o que a levou a cometer aquele erro, perceber se tem a ver com lacunas de formação, se foi devido ao stress, se foi distração e perceber o que é que se pode ajudar naquela pessoa. Agora, represálias, directamente, como comunicar à ordem dos enfermeiros o erro... da minha experiência nunca foi feito isso, exactamente porque nunca teve consequências gravosas para o doente em quem incidiu o erro. Agora, supondo que um enfermeiro administra uma terapêutica que provoca a morte do doente, e que ele foi negligente (detectou que tinha cometido o erro mas não quis saber e não assumiu), situação que nunca presenciei, a intervenção seria diferente...do que se aquela acção não tem consequências para o doente.

12. Como pensa melhorar? Que dispositivos podem ser desenvolvidos e que medidas podem ser tomadas (pela instituição-internamente ou pelo grupo profissional-externamente) para minimizar o acontecimento do erro?

R: Provavelmente seria importante haver uma discussão aberta sobre esta problemática no seio da classe profissional, estudar e discutir o que é que nas instituições pode levar mais facilmente ao erro. E Envolver nessa discussão não só chefias mas também pessoal que presta cuidados. Quem está na prática directa tem uma percepção mais real daquilo que pode levar ao acontecimento de um erro.

Identificar os problemas, perceber quais são as causas reais, todas as que existem na prática e que podem conduzir ao erro, e então em conjunto,

encontrar estratégias comuns para agir em conformidade com cada tipo de erro (se é falta de formação, se é por causa de erros de prescrição ou prescrição pouco clara da parte médica, se é por causa de distração do próprio enfermeiro ou provocada pelo ambiente, se é devido ao cansaço por fazerem muitos turnos, e não terem a possibilidade de terem folgas). Cada serviço em particular deve perceber o contexto em que o erro aconteceu e depois intervir em conformidade.