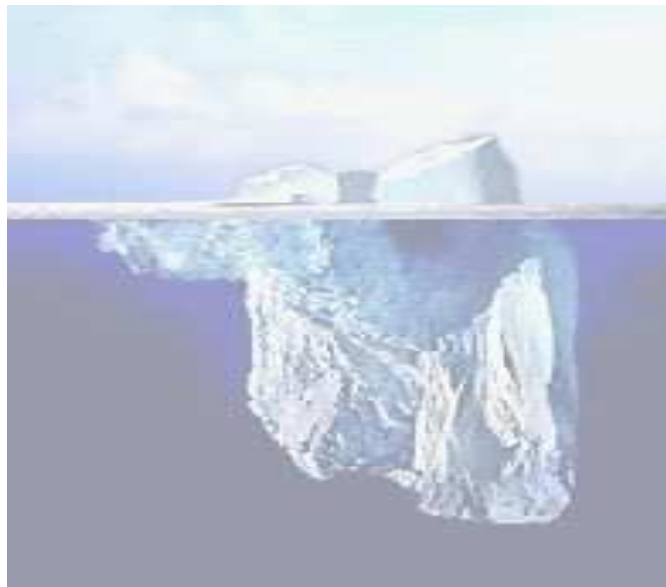


U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

ERRO DE TERAPÊUTICA EM PEDIATRIA: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS



CARLA ALEXANDRA SILVA ALVES

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2009

CARLA ALEXANDRA SILVA ALVES

ERRO DE TERAPÊUTICA EM PEDIATRIA: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientadora – Professora Doutora Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto

2009

“A vergonha de confessar o primeiro erro leva a cometer muitos outros”

Jean de la Fontaine

RESUMO

Uma maior especificidade e complexidade na prestação de cuidados de enfermagem comportam inevitavelmente um certo grau de risco bem como a probabilidade de ocorrência de erros.

Os erros relacionados com terapêutica são erros muito frequentes que podem acontecer em qualquer etapa do processo terapêutico por múltiplas causas. Na pediatria as razões que estão na base da ocorrência de erros são diferentes dos adultos, bem como as consequências. Kaushal e seus colaboradores (2005) afirmam que a probabilidade do ocorrerem eventos adversos com medicamentos em pacientes pediátricos são 3 vezes superiores do que em adultos hospitalizados.

Este estudo pretende identificar de que forma os enfermeiros que exercem funções na pediatria, percebem o erro de terapêutica. Neste estudo do tipo descritivo – correlacional, pretende-se explorar a temática do erro de medicação e determinar a existência de relações entre o conceito de erro de terapêutica em pediatria e a categoria profissional do enfermeiro e entre o conceito de erro de terapêutica e o tempo de exercício profissional em pediatria. O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário, que foi elaborado pelos investigadores e submetido previamente a um pré-teste.

O estudo foi realizado num hospital central do Porto tendo sido aplicados questionários a todos os enfermeiros a exercer funções nos serviços de pediatria e neonatologia. A amostra foi constituída por 131 enfermeiros.

Os resultados obtidos revelaram que algumas situações de erro não são encaradas como tal pelos enfermeiros, revelando ainda que não existe relação entre o conceito de erro de terapêutica e a categoria profissional do enfermeiro e entre o conceito de erro e o tempo de exercício profissional em pediatria. De um modo geral os enfermeiros consideraram que os diferentes tipos de erro com terapêutica em pediatria, ou nunca ocorrem ou ocorrem com pouca frequência, sendo o erro no horário aquele que os enfermeiros consideraram que ocorre mais frequentemente. No que diz respeito às possíveis estratégias a desenvolver face ao erro com terapêutica apresentadas, 89,3% dos enfermeiros consideraram que o médico deveria ser sempre informado quando ocorre um erro com medicação e 64,9% consideraram que o enfermeiro chefe também deveria ter sempre conhecimento desse facto. No entanto, apenas 18,3% dos enfermeiros concordaram com o facto de fornecer sempre essa informação aos familiares da criança e 54,2% dos enfermeiros considerou que o erro com medicação só deveria ser

comunicado aos familiares apenas se provocasse danos. Os enfermeiros concordaram que devem ser encorajados a participar em sistemas voluntários de comunicação de erros e consideraram importante o diálogo entre a equipa no sentido de prevenir os erros de terapêutica.

Palavras-chave – Enfermagem, qualidade dos cuidados, erro de medicação, pediatria.

ABSTRAC

Greater specificity and complexity in the provision of nursing care will inevitably involve a degree of risk and the probability of errors.

The errors related to therapy are very common errors that can occur at any stage of the therapeutic process by multiple causes. In pediatrics the reasons underlying the occurrence of errors are different from adults as well as the consequences. Kaushal and his collaborators (2005) state that the likelihood of adverse events with drugs in pediatric patients are three times higher than in hospitalized adults.

This study aims to identify how the nurses who exercise functions in pediatrics perceived the error of therapy. In this study of a descriptive-correlational type it is intended to explore the topic of medication error and determine the existence of relations between the concept of error of therapy in pediatrics and the nursing profession and between the concept of error of therapy and time of year training in pediatrics. The instrument used for collection of data was the questionnaire, which was prepared by researchers and submitted prior to a pre-test.

The study was conducted in a central hospital of Porto were applied questionnaires to all nurses to serve in the departments of pediatrics and neonatology. The sample consisted in 131 nurses.

The results showed that some cases of error are not perceived as such by nurses, even showing that there is no relation between the concept of error of therapy and the nursing profession and between the concept of error and time of exercise training in pediatrics. In general the nurses felt that the different types of errors in therapy with children never occur or occur at low frequency, being the error in time the one that the nurses felt that occurs more frequently.

As regards the possible strategies to develop against the mistake made with therapy, 89.3% of nurses felt that doctors should always be informed when an error occurs with medication and 64.9% felt that the head nurse should also have always knowledge thereof.

However, only 18.3% of nurses agreed with the fact of always providing that information to the children family members and 54.2% of nurses felt that the error with medication should only be communicated to family members only if it causes damage. The nurses agreed that they should be encouraged to participate in voluntary systems for reporting errors and considered important the dialogue between the team in order to prevent errors in treatment.

Keywords - Nursing, quality care, medication error, pediatrics.

RÉSUMÉ

Apporter davantage de spécificité et de complexité aux soins d'infirmier comporte inévitablement un certain degré de risque et rend les erreurs probables.

Les erreurs liées à la thérapeutique sont des erreurs très fréquentes qui peuvent arriver à n'importe quelle étape du processus thérapeutique pour de multiples raisons. En pédiatrie, les raisons à la base des erreurs sont différentes de celles chez les adultes, comme le sont les conséquences. Kaushal et ses collaborateurs (2005) affirment que la probabilité que surgissent des événements adverses avec des médicaments chez des patients pédiatriques est 3 fois supérieure à celle chez les adultes hospitalisés.

Cette étude cherche à identifier de quelle manière les infirmiers, qui exercent en pédiatrie, perçoivent l'erreur thérapeutique. Au long de cette étude de type descriptif et corrélationnel nous cherchons à explorer la thématique de l'erreur de médication et déterminer l'existence de relations entre le concept d'erreur thérapeutique en pédiatrie et la catégorie professionnelle de l'infirmier ainsi qu'entre le concept d'erreur thérapeutique et l'ancienneté en pédiatrie. L'instrument de recueil de données utilisé fut le questionnaire, élaboré par les chercheurs et soumis au préalable à un pré-test.

L'étude a été réalisée dans un hôpital du centre de Porto. Des questionnaires ont été distribués à tous les infirmiers exerçant des fonctions dans les services de pédiatrie et de néonatalogie. L'échantillon fut constitué par 131 infirmiers.

Les résultats obtenus ont révélé que quelques situations d'erreur ne sont pas considérées comme tel par les infirmiers, montrant également qu'il n'existe pas de relation entre le concept d'erreur thérapeutique et la catégorie professionnelle de l'infirmier et entre le concept d'erreur et l'ancienneté en pédiatrie. D'une manière générale, les infirmiers ont considéré que les différents types d'erreurs thérapeutiques en pédiatrie n'arrivent jamais ou arrivent peu fréquemment. L'erreur dans l'horaire a été considérée par les infirmiers comme celle qui arrive le plus fréquemment. En ce qui concerne les stratégies possibles à développer face à l'erreur thérapeutique qui ont été présentées, 89,3% des infirmiers considèrent que le médecin devrait toujours être informé lorsque surgit une erreur de médication et 64,9% considèrent que l'infirmier-chef devrait aussi toujours être mis au courant. Malgré cela, seulement 18,3% des infirmiers approuvent que la famille de l'enfant soit toujours informée et 54,2% des infirmiers considèrent que l'erreur de médication ne devrait être communiquée à la famille que si elle provoque des dommages. Les infirmiers ont rejoint l'idée qu'ils doivent être poussés à participer à des systèmes volontaires de

communication d'erreurs et considèrent important le dialogue entre l'équipe afin de prévenir les erreurs thérapeutiques.

Mots-clefs – Infirmierie, qualité des soins, erreur de médication, pédiatrie.

AGRADECIMENTOS

Sempre que lia num livro ou outro tipo de literatura, os agradecimentos não percebia muito bem a existência daquela secção na referida obra.

No entanto, após ter elaborado este exaustivo trabalho, que exigiu empenho, dedicação e entrega, compreendo a importância de agradecer a todos aqueles que contribuíram de forma directa ou indirectamente para a sua realização.

Assim sendo, em primeiro lugar, preciso de forçosamente agradecer ao meu pequenino – Alexandre e ao meu marido – Rui, pelo apoio, pela paciência, enfim pelas ausências...

Agradeço também a todos os enfermeiros que se disponibilizaram e participaram na realização deste trabalho, através do preenchimento dos questionários.

À Professora Doutora Maria do Céu Barbieri, pela orientação e ensinamentos que tanto me ajudaram.

A todos os professores do mestrado de Ciências de Enfermagem, por todos conhecimentos que nos transmitiram e pela forma como conduziram as aulas.

À Enfermeira Ana Cristina pelo apoio e sobretudo pelo voto de confiança que depositou em mim.

À Professora Doutora Corália Vicente, ao Professor Rui Magalhães, ao meu colega Enfermeiro Rui Silva, á Dr.^a Cristina Mota e ao Dr. Pedro Tavares.

Por fim e não menos importante a toda a minha família e amigos que sempre me apoiaram.

SIGLAS E ABREVIATURAS

CHP - Centro Hospitalar do Porto

HMP - Unidade Hospital Maria Pia

HOPE - European Hospitals and Healthcare Federation

HSA - Hospital Santo António

ICN - International Council of Nurses

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

MJD - Unidade Maternidade Júlio Dinis

NCCMERP - National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention

NPSF - National Patient Safety Foundation

OE – Ordem dos Enfermeiros

SHE – Sentinel Health Events (Eventos Sentinela em Saúde)

SPSS - Statistical Package for the Social Science

WHO - World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

INDÍCE DE FIGURAS

	Página
Figura 1 - Modelo de acidentes e erros de Reason de 2000 (Modelo do Queijo Suíço)	36
Figura 2 - Esquema que ilustra a diferença entre erro de medicação e eventos adversos com drogas	42

INDÍCE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1 - Distribuição dos enfermeiros da amostra pelas categorias profissionais	59
Gráfico 2 - Distribuição dos enfermeiros da amostra pelo tempo de serviço na profissão de enfermagem	60
Gráfico 3 - Distribuição dos enfermeiros da amostra pelo tempo de serviço em Pediatria	61
Gráfico 4 - Distribuição da frequência dos diferentes tipos de erro de terapêutica em pediatria.....	68
Gráfico 5 – Distribuição dos resultados obtidos correspondentes às estratégias que os enfermeiros consideram que devem ser desenvolvidas face ao erro de terapêutica	71

INDÍCE DE QUADROS

	Página
Quadro 1 - Tabela de distribuição dos resultados obtidos na situação de Erro 1	62
Quadro 2 - Tabela de distribuição dos resultados obtidos na situação de Erro 2	62
Quadro 3 - Tabela de distribuição dos resultados obtidos na situação de Erro 3	63
Quadro 4 - Tabela de distribuição dos resultados obtidos na situação de Erro 4	63
Quadro 5 - Tabela de distribuição dos resultados obtidos na situação de Erro 5	64
Quadro 6 – Tabela contingência da relação entre a categoria profissional e o conceito de erro de terapêutica em pediatria	65
Quadro 7 – Tabela contingência da relação entre o tempo de serviço em pediatria e o conceito de erro de terapêutica em pediatria	66
Quadro 8 – Tabela com as razões referidas pelos enfermeiros para a sub-notificação de erros de terapêutica	72

INDÍDE GERAL

	Página
0 – INTRODUÇÃO	17
1 – QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO DOENTE	23
2 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS SOBRE O ERRO	28
3 – O ERRO EM SAÚDE	34
3.1 – O erro de terapêutica	40
3.2 – Erro de terapêutica em pediatria	45
4 – METODOLOGIA	49
4.1 – Justificação do estudo	50
4.2 – Objectivos do estudo	51
4.3 – Questão de investigação	51
4.4 – Tipo de estudo	52
4.5 – Desenho do estudo	52
4.5.1 – Instrumento de colheita de dados	53
4.5.2 – Variáveis e hipóteses	54
4.6 – Considerações éticas	55
4.7 – Amostra	56
4.8 – Tratamento dos dados	58
5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	59

6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	73
7 – CONCLUSÃO	78
8 – BIBLIOGRAFIA.....	80
ANEXOS	86
ANEXO 1 – Autorização do CHP para a realização do estudo	87
ANEXO 2 – Questionário	89

0 – INTRODUÇÃO

A segurança do doente constitui uma componente fulcral na prestação de cuidados de saúde com qualidade. De facto, o doente quando recorre aos serviços de saúde aquilo que perspectiva é que sejam empreendidos todos os esforços para garantir a sua segurança enquanto utilizadores desses serviços.

Segundo Fragata e Martins (2004:18) *“Cada vez mais a Qualidade se define pelo encontro entre o serviço prestado e a Expectativa dos utentes, não sendo mais a qualidade um standard abstracto mas a gestão do desejável encontro entre o nível dos serviços e o teor das expectativas geradas.”*

A questão da qualidade tem atravessado a história da enfermagem. Já Florence Nightingale em 1850 manifestava preocupações com a garantia da qualidade procurando através dos registos das suas observações, aferir o nível de cuidados prestados e melhorar os serviços nas áreas mais deficitárias. Actualmente esta inquietação tem vindo a assumir uma importância crescente face aos importantes avanços tecnológicos e científicos no sector da saúde.

Em 2001 a Ordem dos Enfermeiros elaborou o documento – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem onde salientou que os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que o indivíduo vive e persegue. Neste sentido, *“ procura-se ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se satisfazer as necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.8)

Também o International Council of Nurses (ICN) em 2002 emitiu um parecer sobre a segurança do doente referindo que: *“O desenvolvimento da segurança envolve a tomada de um conjunto de medidas, com largo espectro de acção, como o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão do risco...”*.

Mais tarde, em 2003 a Organização Mundial de Saúde e o European Fórum of National Nursing and Midwifery Associations emanaram uma tomada de posição conjunta salientando o papel fundamental dos enfermeiros na segurança das pessoas e definindo áreas de intervenção. Realçou ainda como factores contribuintes para a diminuição da

segurança dos doentes, a falta de cultura de responsabilização e a ausência de relato de erros cometidos e de problemas encontrados.

A ocorrência de falhas e erros nos cuidados de saúde são um problema sério e muitas vezes desvalorizado dado que a notificação destas situações é ainda reduzida. É habitual comparar este problema com um iceberg, cuja zona visível é inferior à zona submersa. Também aquilo que se conhece sobre as situações de erros é muito inferior à realidade existente, dado este é um fenómeno sub-notificado.

Na segunda metade da década de 90, nos Estados Unidos, o Institute of Medicine publicou o documento “To err is human” onde constatou que por ano, 48000 a 98000 americanos morriam nos hospitais em consequência de erros preveníveis, sendo colocado em evidência a contribuição dos acontecimentos adversos por medicamentos como uma importante causa de morbilidade e mortalidade dos doentes hospitalizados (Khon *et al*, 1999)

Este documento suscitou interesse, e um pouco por todo o mundo vários estudos foram realizados com o propósito de conhecer mais em pormenor a dimensão desta problemática. À medida que este assunto foi estudado, foram também sendo criadas várias agências especializadas em estudar as causas dos erros nos sistemas de saúde, e em melhorar a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados de saúde a prestar.

De entre os possíveis erros que podem acontecer no decurso do processo de tratamento de um doente, os erros relacionados com a terapêutica são talvez os mais frequentes. Luk e seus colaboradores (2008:29) referem que “*os erros de medicação são um tipo muito comum de erros de natureza multidisciplinar.*”

O erro de terapêutica pode acontecer em qualquer etapa do processo de administração de fármacos e pode ser cometido por qualquer um dos profissionais envolvidos nesse processo sendo por isso um problema multifactorial.

Leape e seus colaboradores (2000) referem que o sistema de medicação nos hospitais é complexo, envolvendo processos de prescrição, fornecimento e administração de medicamentos, o que implica a actuação de diferentes profissionais, transmissão de ordens ou materiais entre pessoas, contendo, em cada elo do sistema, múltiplas possibilidades de ocorrência de erros de medicação.

Apesar disso existe tendência a culpabilizar o profissional que administra o fármaco pois a maioria das vezes é ele que “dá a cara”. Cassini (2000:17) referindo-se aos sistema de distribuição de medicamentos diz que: “*a equipa de enfermagem constitui o elo final deste sistema, actuando na administração propriamente dita, e por este motivo é*

geralmente responsável pelos actos que marcam a transição de um erro prevenível para um erro real, e o ónus dos erros, caí pesadamente sobre estes profissionais.”

A administração de medicação é uma das funções interdependentes dos enfermeiros, uma vez que é uma função que é iniciada por outro profissional, neste caso o médico, que prescreve o fármaco. No entanto, não é pelo facto de a administração de terapêutica ser uma actividade interdependente, que iliba a responsabilidade dos enfermeiros em caso de erro. A Ordem dos Enfermeiros salienta que o enfermeiro deve *“proceder 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.”* (2003:8)

Também no Código Deontológico do enfermeiro várias são as referências ao dever do enfermeiro em zelar pela segurança do doente e garantir através dos meios que dispõe, a qualidade dos cuidados que presta.

De facto, a responsabilização pessoal nas falhas de segurança dos sistemas não pode ser excluída, no entanto, analisar o erro numa perspectiva sistémica permite conhecer as causas que contribuíram para este, procurando desta forma construir um sistema seguro.

Apesar de tudo, na formação do pessoal de saúde ainda é inculcida uma cultura de infalibilidade, preconizando-se a realização de trabalho livre de erros e enfatizando a perfeição. Com frequência, *“a expectativa de que o pessoal de saúde actue sem erros gera um consenso da necessidade de infalibilidade, fazendo com que os erros sejam encarados como falta de cuidado, falta de atenção ou falta de conhecimento.”* Carvalho e Vieira (2002:265)

Para o além das consequências que o erro acarreta para doente, ele pode ter igualmente efeitos devastadores para os profissionais de saúde, gerando sentimentos de culpa, medo, angústia, vergonha, existindo a possibilidade de ser conotado como incompetente, quer pelo doente quer pelos próprios pares. Juntamente com este facto, o erro pode ainda ter consequências penais no caso de haver processo judicial.

Carvalho e Vieira (2002:265) referem que *“A possibilidade de ser taxado como relapso e incompetente, de sofrer censuras ou aumento de vigilância, estimula a prática de se encobrir e negar os erros, ao invés de admiti-los.”*

Um estudo sobre a atitude dos doentes face aos médicos que reportam os seus erros concluiu que os doentes querem ser informados sobre os erros, e que este facto poderia

diminuir o número de processos e acções punitivas, enfatizando a importância da comunicação honesta e clara. (Carvalho e Vieira, 2002)

É pois de destacar, a importância do acto de comunicar e documentar o erro de medicação e o benefício que esse acto pode trazer ao doente e/ou família, bem como para os profissionais envolvidos, suavizando os efeitos que podem advir.

Diversos são os termos encontrados na literatura para designar um erro de medicação, pelo que existe a necessidade de clarificar as terminologias utilizadas. Ghaleb, Wong e colaboradores (2004) no âmbito de um estudo que desenvolveram, referem que o uso de diferentes definições de erros podem alterar significativamente o reporte dos mesmos.

Em 1995 nos Estados Unidos da América surgiu o Nacional Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP), uma instituição criada com o intuito de coordenar esforços de diferentes instituições e organizações na prevenção de erros com medicação. Esta instituição começou por estabelecer uma linguagem uniformizada, definindo como erro de medicação *“Qualquer evento evitável que pode causar ou conduzir a um uso inapropriado de medicação, ou causar dano ao paciente, enquanto a medicação está sob o controle de profissionais de saúde, doentes ou consumidores. Estes eventos podem estar relacionados com a prática profissional, prescrição, comunicação de ordens terapêuticas, rotulagem, embalagem e nomenclatura, composição, distribuição, administração, formação, monitorização e uso”* (1998) Convém acrescentar que esta instituição define dano como o *“prejuízo temporário ou permanente da função ou estrutura do corpo, física, emocional ou psicológica, seguida ou não de dor, requerendo uma intervenção”*

Outros autores referem ainda o termo “evento adverso com medicação” e consideram que estes eventos podem ser “preveníveis” ou “não preveníveis”. Os erros de terapêutica podem de facto, ser considerados como acontecimentos adversos passíveis de serem prevenidos e nem sempre resultam em dano para o doente. Aliás, o facto de determinado erro com a terapêutica não provocar qualquer efeito no doente pode eventualmente contribuir para que este passe despercebido.

Em pediatria esta realidade é ainda mais alarmante uma vez que vários autores referem que este fenómeno é mais frequente na população pediátrica.

No Reino Unido, Wilson *et al* realizaram um estudo envolvendo 682 crianças admitidas no Centro de Doenças Cardíacas Congénitas. Os resultados revelaram um total de 441 de erros de medicação em 3 áreas específicas: prescrição, administração e fornecimento. (Dhillon, 2003)

Um outro estudo conduzido pela US Pharmacopeia entre 1995 e 1999, demonstrou um significativo aumento dos erros de medicação com consequência em mal ou morte em doentes pediátricos (31%) comparado com doentes adultos (13%). (Committee on Drugs and Committee on Hospital Care, 2003).

De facto, a pediatria comporta um conjunto específico de riscos de erros de medicação o que aumenta a probabilidade de ocorrência destes.

Ghaleb e Wong (2006) referem que a necessidade de proceder a cálculos de posologias baseados no peso, idade e no problema de saúde da criança acarreta risco de erro. Além disso o incorrecto registo de pesos e as dificuldades que alguns profissionais revelam na realização de cálculos aritméticos podem igualmente contribuir para que o erro ocorra.

De realçar também, que muitos fármacos destinados a crianças necessitam de ser elaborados sob a forma de suspensão preparada extemporaneamente, o que poderá conduzir a confusões e ainda o facto de muitos fármacos apresentarem formulações posologias destinadas a adultos o que implica manipulação pelos enfermeiros ou farmacêuticos.

Dado que o erro de terapêutica em pediatria se reveste de contornos específicos, também as medidas recomendadas para preveni-lo são direccionadas para este grupo etário. A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, por exemplo, recomenda em série de estratégias específicas para reduzir o erro de terapêutica em pediatria.

As instituições/ serviços pediátricos devem desenvolver programas multidisciplinares funcionais que permitam um envolvimento efectivo dos profissionais de saúde na prevenção do erro de terapêutica, pois só com a participação de médicos, farmacêuticos, enfermeiros e pais/cuidadores da criança tal será possível.

Os estudos de enfermagem sobre o erro de terapêutica em pediatria são ainda escassos e a pesquisa bibliográfica revelou existir uma lacuna a este respeito.

Exercendo funções num serviço de pediatria, confronto-me frequentemente com situações de erro de medicação envolvendo enfermeiros. Certa de que o primeiro passo para prevenir um erro é compreendê-lo, decidimos direccionar este estudo para a percepção do erro de medicação em pediatria.

Esta pesquisa justifica-se pelo facto de que, previamente à implementação de medidas preconizadas para prevenir o erro de medicação, ser necessário identificar a noção de erro para os enfermeiros e o que estes profissionais consideram que deve ser feito nestas situações.

Pretende-se que a compreensão deste fenómeno, contribua para que se possam implementar medidas ajustadas que permitam por um lado a adopção de uma atitude mais compreensiva face aos erros, e por outro, contribuir para a redução dos mesmos.

Este trabalho visa conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o erro de terapêutica em pediatria, mais concretamente, a noção de erro e as estratégias desenvolvidas face ao erro.

Inicialmente faremos o enquadramento conceptual do estudo, realizado com recurso à revisão bibliográfica sobre a temática, onde serão abordados temas como a segurança do doente, a qualidade dos cuidados, definições e conceitos de erro incluindo uma reflexão abordando alguns aspectos éticos relacionados com o assunto.

Em seguida será apresentada a metodologia utilizada, os objectivos e o desenho do estudo. E por fim, serão apresentados e discutidos os resultados, salientando as principais conclusões e considerações sobre o estudo.

1- QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO DOENTE

A segurança do doente é mundialmente reconhecida como uma componente fulcral na prestação de cuidados de saúde com qualidade. De facto, o doente quando recorre aos serviços de saúde aquilo que perspectiva é que sejam feitos todos os esforços para assegurar a sua segurança enquanto utilizadores desses serviços.

Recentemente a Carta de Tallinn intitulada “*Os Sistemas de Saúde pela Saúde e Prosperidade*” aprovada em 27 de Junho de 2008 pelos Estados-membros da Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS), refere que: “*Os doentes querem ter acesso a cuidados de qualidade, e a que lhes garantam que os prestadores utilizam nas suas decisões a melhor informação factual disponível que a ciência médica pode oferecer e a tecnologia mais apropriada para assegurar a eficiência e a segurança clínica aumentada*” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p.57). O mesmo documento destaca ainda que os decisores políticos valorizam e esforçam-se para tornar possível a provisão de serviços de qualidade a todos.

A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) define qualidade em saúde como: “*O modo como os serviços de saúde, com o actual nível de conhecimentos, aumenta a possibilidade de obter os resultados desejáveis e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejáveis.*”

O objectivo primordial na melhoria da qualidade passa pela prestação de cuidados de saúde de excelência baseados na melhor evidência possível, reduzindo ao máximo a ocorrência de danos no doente.

Para Almeida (2001) a qualidade em saúde assegura aos clientes a existência de um nível aceitável e desejável de cuidados. A prestação de cuidados de saúde de qualidade tem pois como principais objectivos promover e manter a saúde das pessoas, assegurando a satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde.

“*Cada vez mais a Qualidade se define pelo encontro entre o serviço prestado e a Expectativa dos utentes, não sendo mais a qualidade um standard abstracto mas a gestão do desejável encontro entre o nível dos serviços e o teor das expectativas geradas.*” (Fragata e Martins, 2004, p.18)

A questão da qualidade tem atravessado a história. “*A medicina Hipocrática alicerçava-se (...) na obrigação do médico de usar toda a sua arte para tratar o seu doente e, nunca por nunca com a intenção de provocar qualquer mal.*” (Fragata e Martins, 2004, p.19)

Também Florence Nightingale em 1850 manifestava preocupações com a garantia da qualidade, uma vez que procurava através dos registos das suas observações, aferir o nível de cuidados prestados e melhorar os serviços nas áreas mais deficitárias.

Mas, foi mais recentemente que a questão da qualidade dos cuidados de saúde começou a dominar as agendas políticas e um pouco por todo o mundo vários estudos têm sido realizados com o propósito de conhecer mais em pormenor a dimensão desta problemática.

Na segunda metade da década de 90, nos Estados Unidos, o Institute of Medicine publicou o documento "To err is human" onde constatou que por ano, 48000 a 98000 americanos morriam nos hospitais em consequência de erros preveníveis, sendo colocado em evidência a contribuição dos acontecimentos adversos por medicamentos como uma importante causa de morbilidade e mortalidade dos doentes hospitalizados (Khon *et al*, 1999)

Em 2001, um estudo realizado por Vincent *et al*, estimou que cerca de 10% dos doentes admitidos nos hospitais do National Health Service Inglês experienciaram um incidente, dos quais se estimam que 44000 a 98000, resultaram em morte. (Sousa, 2006)

Na Austrália um estudo realizado por Wilson *et al* constatou que o erro médico provoca mais de 18000 mortes e mais de 50000 doentes incapacitados por ano. (Fragata e Martins, 2004, p.31)

Um outro estudo desenvolvido por Parsons em 2004 sobre os erros de medicação indicou que 36% dos doentes hospitalizados sofriam lesões iatrogénicas, das quais 25% eram graves ou fatais. (Landeiro, 2005)

Carvalho e Vieira (2002:262) salientam que "*como a maioria dos erros médicos está relacionada ao uso de medicações, eles podem, muitas vezes ser evitados.*" Os mesmos autores referem que a incidência de erros médicos em pacientes pediátricos chega a 9% no Estados Unidos da América, sendo que 5% deles ocorrem em unidades de tratamento de emergência.

Em Portugal ainda se desconhece a verdadeira dimensão deste problema, quer na população adulta, quer na população pediátrica. No entanto, Fragata e Martins (2004:29) ponderam que "*...considerando como hipótese, que os nossos hospitais têm mesmo nível de fiabilidade das instituições congéneres americanas, seria possível estimar entre 1300 e 2900 o número de mortes anuais, provocados por erros médicos.*"

Face a este panorama e face aos elevados custos sociais e económicos consequentes desta problemática, diversos estados dos EUA criaram um sistema de comunicação dos eventos adversos.

A agência do Reino Unido – National Patient Safety Foundation (NPSF), no âmbito desta temática, elaborou um documento intitulado “Seven steps to patient safety a guide for NHS staff” onde define 7 passos que considera essenciais para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde:

- 1 - Estabelecer um ambiente de segurança através da criação de uma cultura aberta e justa;
- 2 - Liderança forte e apoio das equipas de saúde um torno da segurança do doente;
- 3 - Integrar as actividades de gestão de risco
- 4 - Promover o reporte de eventos adversos, assegurando aos profissionais de saúde que o podem fazer sem repercussões;
- 5 - Envolver e comunicar com os doentes e com a sociedade em geral;
- 6 - Aprender a partilhar experiências;
- 7 – Implementar soluções para prevenir a ocorrência de situações, que possam provocar dano no doente, através de mudança de práticas. (Sousa, 2006)

Também o Conselho para a Segurança e Qualidade em Assistência à Saúde (Council for Safety and Quality in Healthcare) na Austrália, desenvolveu o sistema SHE – Sentinel Health Events (Eventos Sentinela em Saúde) onde definiu uma lista nacional de eventos sentinela.

Em 2005 da Conferência Europeia “Segurança do doente – torná-la uma realidade!” emanaram várias recomendações das quais se salienta o estabelecimento do trabalho conjunto com a OMS nas questões da segurança do doente, no sentido da criação de um “*banco de soluções da EU*”, com exemplos e padrões da “*melhor prática*”; a utilização de novas tecnologias e, em concreto, a introdução de registos electrónicos de doentes; a inclusão dos aspectos da segurança do doente na aprendizagem dos profissionais de saúde e a implementação de projectos na área da segurança do doente ao nível das unidades de cuidados, de maneira que os profissionais consigam, de forma aberta e eficiente, lidar com as situações de erro e omissões. (OE, 2005)

Um pouco por todo o mundo foram sendo criadas várias agências especializadas neste assunto: a National Patient Safety Foundation (NPSF), a American Society of Health

Systems Pharmacists, a World Alliance for Patient Safety, lançada em 2004 pela OMS, a European Hospitals and Healthcare Federation (HOPE), Australian Patient Safety Foundation, a JCAHO, criada em 1951 nos Estados Unidos da América (EUA), incorporando várias organizações, etc. Uma outra associação é a National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) cujo principal objectivo é maximizar a utilização segura do medicamento. Todas estas organizações têm em vista um objectivo mais ou menos comum – melhorar a segurança dos doentes e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados em saúde a prestar.

Em 2002 o International Council of Nurses (ICN) emitiu um parecer sobre este assunto onde refere que: *“O desenvolvimento da segurança envolve a tomada de um conjunto de medidas, com largo espectro de acção, como o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão do risco...”*.

Embora muitas organizações de saúde tenham já implementado várias medidas para garantirem a segurança dos doentes, o que é facto é que o sector da saúde se encontra ainda atrasado face a outros sectores que introduziram procedimentos de segurança sistemáticos.

Um bom exemplo é o sector da aviação que desenvolveu o Aviation Safety Reporting System, um sistema de comunicação confidencial e voluntária de incidentes, que contribuiu para a redução da ocorrência de erros neste sector.

Outras organizações podem oferecer importantes contribuições ao sector da saúde no que se refere à segurança, nomeadamente os sistemas de controlo de tráfego aéreo, as centrais nucleares e os porta-aviões nucleares.

Fragata e Martins (2004:219) referem-se às organizações altamente fiáveis como sendo organizações capazes de comportar os riscos inerentes ao seu funcionamento e atingir os seus objectivos mantendo a performance fiável apesar de constantes exposições ao inesperado.

Segundo Reason (2000) nestas organizações a busca da segurança faz-se procurando manter o sistema tão robusto quanto possível face aos riscos operacionais e humanos e não tanto sobre prevenir falhas isoladas.

A importância de organizações altamente fiáveis provém do significado que representam, uma vez que são pioneiras na adaptação de organizações com elevada complexidade.

De facto as também as organizações de saúde se caracterizam por serem sistemas de grande complexidade.

Segundo Sousa (2006:311) *“A realidade da segurança dos doentes apresenta algumas particularidades que tornam difícil a sua abordagem devido essencialmente: à complexidade das organizações de saúde, ao carácter multifactorial das situações que estão por detrás das falhas de segurança e à sensibilidade do tema.”*

Para Parsons (2004), o termo “segurança do doente” significa estar livre de danos acidentais, e “sistema” refere-se a um conjunto de elementos interdependentes que interagem com o propósito de um objectivo comum.

A segurança não se pode centrar numa pessoa, num equipamento ou num serviço. Ela emerge da interacção de todos os componentes de um sistema. Melhorar a segurança depende da compreensão e análise dessa interacção.

Num período de aumento exponencial das expectativas e das exigências dos cidadãos, a margem de aceitação do insucesso é muito pequena, pelo que falhas na segurança não são toleradas nem tão pouco compreendidas, o que aliás se compreende se se tiver em conta que as falhas na área da saúde podem resultar em danos graves ou até mesmo em morte.

A implementação de programas de garantia da qualidade e a utilização de novos instrumentos de melhoria contínua reflectem as preocupações dos administradores em saúde revelando que a gestão da qualidade é uma área em renovação.

2 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS SOBRE O ERRO

A evolução da ciência médica e da tecnologia, conduziram a maior exigência de conhecimentos técnicos e científicos por parte dos profissionais de saúde incluindo os enfermeiros. Contudo, uma maior especificidade e complexidade comportam inevitavelmente um certo grau de risco, e conseqüentemente a possibilidade de ocorrência de erros.

A abordagem do erro em medicina nem sempre tem sido divulgada da melhor maneira. De facto, uma matéria tão sensível como a saúde facilmente se torna notícia de jornal e tema de debate sempre que algo corre mal, sendo os hospitais e os seus profissionais os primeiros a serem colocados em causa. “ *Os médicos e restante pessoal de saúde passam assim facilmente de heróis a culpados ao sabor dum resultado, tantas vezes não profundamente analisado*” (Fragata e Martins, 2004, p.18)

De facto, na formação do pessoal de saúde ainda é inculcida uma cultura de infalibilidade, preconizando-se a realização de trabalho livre de erros e enfatizando a perfeição.

Carvalho e Vieira (2002:265) referem que “*a expectativa de que o pessoal de saúde actuem sem erros gera um consenso da necessidade de infalibilidade, fazendo com que os erros sejam encarados como falta de cuidado, falta de atenção ou falta de conhecimento.*”

Os erros nas instituições de saúde não tem apenas conseqüências para o doente, eles podem igualmente ter efeitos devastadores para os profissionais de saúde.

Para o profissional de saúde, o erro pode ter grande impacto emocional gerando sentimentos de culpa, medo, angústia, vergonha, existindo a possibilidade de ser conotado como incompetente, quer pelo doente quer pelos próprios pares. Para além disso o erro pode ter ainda conseqüências penais no caso de haver processo judicial.

“*A sensação de culpa de ter sido a fonte provocadora de sofrimentos, dores ou levado a morte de um ser humano é uma punidade que não há necessidade de leis para referendá-la.*” (Coimbra e Cassini, 2001, p.59)

A culpabilização e a exigência de perfeição marginalizam o profissional que comete um erro e favorecem o clima de ocultação, dificultando a sua abordagem.

“*A possibilidade de ser taxado como relapso e incompetente, de sofrer censuras ou aumento de vigilância, estimula a prática de se encobrir e negar os erros, ao invés de admiti-los.*” (Carvalho e Vieira, 2002, p.265)

Neste contexto, muitos erros não são divulgados, são encobertos e outros tantos passam despercebidos, havendo tendência para pensar-se que a sua ocorrência é muito baixa, não sendo no entanto isto que corresponde á realidade. Luk et al (2008) referem que muitos estudos revelam que a divulgação dos erros ao paciente ou familiares são pouco comuns.

De entre os diversos tipos de erros, os erros relacionados com a terapêutica são talvez os mais frequentes. *“Os erros de medicação são um tipo muito comum de erros de natureza multidisciplinar.”* (Luk et al, 2008, p.29)

Cassini (2000:17) refere que: *“O sistema de distribuição de medicamentos aos pacientes envolve vários profissionais – médicos, farmacêuticos, enfermeiros (...) no entanto a equipa de enfermagem constitui o elo final deste sistema, actuando na administração propriamente dita, e por este motivo é geralmente responsável pelos actos que marcam a transição de um erro prevenível para um erro real, e o ónus dos erros, cai pesadamente sobre estes profissionais.”*

A administração de medicação é uma das funções dos enfermeiros, no entanto é uma função que é iniciada por outro profissional, neste caso o médico, que prescreve o fármaco.

A Ordem dos Enfermeiros (2003:5) salienta que *“Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde, o enfermeiro assume a responsabilidade técnica da sua implementação.”*

O documento “Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais”, elaborado em 2003 pela Ordem dos Enfermeiros refere que o enfermeiro *“procede 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.”* (p.8)

No entanto, a administração de fármacos não é um simples procedimento técnico, para Coimbra e Cassini (2001:57): *“Administrar medicamentos prescritos é um papel fundamental à maioria das equipas de enfermagem. Não é somente uma tarefa mecânica a ser executada em complacência rígida com a prescrição médica. Requer pensamento e o exercício de juízo profissional.”*

“Parte-se do princípio de que o enfermeiro conhece os objectivos e os efeitos dos tratamentos e métodos aplicados, sejam eles no âmbito da função dependente ou independente, e que nunca assume a responsabilidade sem a devida preparação.” (Elhart et al, 1983, p.421)

O enfermeiro deverá como tal, possuir conhecimentos técnicos e científicos que lhe permitam identificar convenientemente as prescrições médicas no caso de estas não serem explícitas ou entrarem em contradição. Não é pelo facto de a administração de terapêutica ser uma actividade interdependente, que iliba a responsabilidade dos enfermeiros em caso de erro.

Pedrosa (2005:74) considera que *“O problema é que as indicações médicas não se esgotam em si mesmas. Quem as executa terá de compreender a sua própria responsabilidade na intervenção que é chamado a pôr em prática e, inclusive, terá que possuir o senso crítico e as bases de conhecimento necessárias para pôr eventualmente em causa essa indicação ou prescrição.”*

O European Fórum of National Nursing and Midwifery Associations em 2003 emanou uma tomada de posição onde salientou como factores contribuintes para a diminuição da segurança dos doentes, a falta de cultura de responsabilização e a ausência de relato de erros cometidos e de problemas encontrados.

Analisando o Código Deontológico do Enfermeiro encontram-se diversas referências à segurança do doente. De salientar o artigo 79.º onde é referido que: *“O enfermeiro deve responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelo actos que pratica ou delega.”* (Diário da Republica, 1998, p.1754)

Para Ferreira e Dias (2005:40) *“responsabilidade moral e ética pode definir-se como dimensão relacional de obrigação.”* Pode-se afirmar que o conceito de responsabilidade à luz da ética é a obrigação que temos de responder pelos nossos actos e suas consequências.

Ou seja, a responsabilização não poderá acontecer apenas no contexto técnico e científico, devendo ser igualmente abordada no plano ético e moral.

De destacar também o artigo 88.º alínea a) onde é referido que o enfermeiro tem o dever de *“Analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude.”* (Diário da Republica, 1998, p.1755)

Ora, analisar o trabalho efectuado implica uma reflexão e uma avaliação, sendo necessário usar o pensamento crítico. O enfermeiro ao reflectir sobre um eventual erro ocorrido, está a identificar uma falha podendo directa ou indirectamente, contribuir para que um eventual erro não volte a acontecer.

O objectivo é caminhar no sentido da excelência, associando a reflexão à prática clínica, reconhecendo a necessidade de eventuais mudanças. (Ordem dos Enfermeiros, 2005)

Também no mesmo artigo, na alínea d) é referido que o enfermeiro deverá "assegurar por todos os meios que estão ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados." (Diário da Republica, 1998, p.1756)

A qualidade dos cuidados está comprometida quando ocorre um erro, logo o enfermeiro ao analisar a sua prática e ao identificar essa situação deverá através das vias competentes, comunicar a anomalia.

Mas será assim que acontece? Quando um erro ocorre, provocando ou não danos ao doente, o profissional de saúde é colocado face a um dilema: contar ou não esse facto ao doente e/ou família? Notificar ou não o erro através das vias competentes?

Esta questão pode ser analisada à luz dos princípios éticos, nomeadamente do Princípio de Autonomia e do Princípio de Beneficência. O Princípio de Autonomia determina que devem ser respeitadas as convicções e decisões morais dos pacientes, bem como deve ser respeitado o direito à informação sobre todos os procedimentos. (Pegoraro, 2002)

O mesmo autor refere que o Princípio da Beneficência determina que as consequências de qualquer intervenção médica sejam em benefício do doente e que o reverso deste princípio serve para reforçá-lo, ou seja não provocar mal ao doente.

Tendo por base estes princípios, e tendo em conta que o erro pode causar dano ao doente, este ou o familiar responsável por ele (no caso da pediatria) tem o direito de ser informados quando algo corre mal.

Coimbra e Cassini (2001:59) afirmam que: " *A ética e moral que norteiam a administração de medicamentos são decorrentes dos preceitos legais do código de deontologia de enfermagem determinante para a responsabilidade de postura profissional, porem não satisfaz somente conhecer o código. Agir conforme princípios é imprescindível para o reconhecimento da profissão de enfermagem.*"

Carvalho e Vieira (2002) revelam as conclusões de um estudo realizado por Greely, onde se destacam como motivos para os médicos não revelarem os seus erros, a possibilidade de enfrentarem um processo penal, evitar o aumento de ansiedade dos pacientes e evitar a diminuição da confiança do doente.

Também um estudo conduzido por Wilson e McCaffrey demonstrou que os doentes queriam saber sobre os erros ocorridos e sobre a sua gravidade. (Luk et al, 2008)

É pois de destacar a importância do acto de comunicar e documentar o erro de medicação e o benefício que esse acto pode trazer ao doente e/ou família, bem como para os profissionais envolvidos, suavizando os efeitos que podem advir.

Em 2006 a Ordem dos Enfermeiros elaborou um documento - Tomada de posição sobre a Segurança dos Doentes onde foi veiculada a necessidade de uma cultura positiva sobre a análise do erro e a pedagogia do risco, em que os benefícios com o conhecimento da realidade tendo em vista a melhoria dos processos, deverão predominar sobre a ideia de punição.

Ainda sobre este assunto a Ordem elaborou um enunciado de posição referindo que:

- Os clientes e as famílias têm direito a cuidados seguros;
- A segurança deve ser uma preocupação dos profissionais e organizações de saúde;
- O exercício de cuidados seguros requer o cumprimento de regras profissionais, técnicas e deontológicas;
- Os enfermeiros têm o dever de excelência, e conseqüentemente de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro;
- Os enfermeiros agem de acordo com as orientações e os referenciais de práticas recomendadas, participando na identificação, na análise e no controlo de potenciais de risco;
- Os enfermeiros têm um papel crucial na identificação de sistemas de risco;
- A responsabilidade dos enfermeiros associa a capacidade de responder pelas decisões que toma, e pelos actos que pratica ou delega, prevenindo prejuízos futuros, protegendo a pessoa humana e garantindo a excelência do exercício;
- As organizações têm a obrigação ética de proteger a segurança dos clientes e de desenvolver uma cultura de responsabilização não punitiva, valorizando a dimensão formativa;
- As organizações, os serviços e os profissionais tem a responsabilidade ética de promover e salvaguardar a segurança dos clientes, reduzindo riscos e prevenindo eventos adversos;
- Devem ser desenvolvidos programas organizacionais que comuniquem a importância da segurança, incluindo gestão e desenvolvimento dos profissionais

assim como sistemas e processos que promovam a segurança. (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

“A consciencialização de médicos e enfermeiros de que erros são acompanhantes inevitáveis da condição humana, mesmo em profissionais conscientes e de alto padrão, talvez seja o primeiro e o mais importante passo para o início de mudanças necessárias.”
(Carvalho e Vieira, 2001, p.267)

Para além da consciencialização do erro, a abordagem justa e não punitiva do mesmo bem como uma cultura organizacional baseada na confiança, são contribuições fundamentais para a segurança do doente

A possibilidade de erro está presente em cada acto do enfermeiro, no entanto não temos de encarar a realidade como um quadro sombrio mas antes como um desafio à mudança à qual os enfermeiros deverão estar à altura de responder.

3 - O ERRO EM SAÚDE

O erro humano é um acompanhante inevitável do ser humano. De facto ele é tão comum que ao longo dos tempos foram surgindo expressões e frases relacionadas com ele tais como: "Errar é humano, perdoar é divino", "Não se deve culpar um homem, quando o erro está na sorte.", "Os erros dos médicos a terra os cobre, quem com ferros mata, com ferros morre", etc.

De uma forma simplista pode-se caracterizar o erro como a elaboração de um trabalho de forma deficiente, no entanto e dependendo do trabalho, o conceito de eficiente e deficiente poderá não ser claro, havendo necessidade de clarificar terminologias.

Fragata e Martins (2004) referem que em qualquer actividade humana existe a possibilidade de erro por falha humana, sendo que estes erros são cometidos dentro dos sistemas ou organizações complexas, mas na porção final da sequência das operações, associados a factores humanos, uma vez que são estes que tomam decisões e operam máquinas e/ou equipamentos.

Segundo McCormick e Tiffin citando Peters erro humano é *"Todo desvio de um padrão de desempenho humano anteriormente estabelecido, exigido, ou esperado que resulta em uma demora de tempo desnecessária e indesejável, em dificuldade, problema, incidente, desempenho irregular ou deficiência."* (p.76)

Reason citado por Fragata e Martins (2004, p.312) define erro como *"a falha, não intencional, de realização de uma sequência de actividades físicas ou mentais, previamente planeadas, e que assim falham em atingir o resultado esperado. Sempre que essa falha se não deva à intervenção do acaso."*

Reason & Hobbs (2004) consideram que o erro humano é um conceito que é empregue quando as acções físicas ou mentais planeadas não alcançam o resultado esperado – erro de execução, ou quando é utilizado um planeamento que não se mostra capaz de alcançar um objectivo – erro de planeamento.

Contudo, nem sempre um erro chega a provocar um acidente, e quando tal acontece pode-se falar de *"near miss"* ou "quase erros". Para Fragata e Martins (2004:317) os "quase erros" são *"qualquer situação ou evento que poderia ter terminado em acidente mas que só não terminou porque foram aplicadas atempadamente medidas de correcção que permitiram evitar o acidente, ficando-se assim o evento por uma "quase perda"*

Para o conhecimento do erro, os “quase erros” são tão ou mais importantes do que o erro efectivamente, uma vez que representam verdadeiras manifestações dos acidentes ou falhas subjacentes. Neste sentido o reporte dos “quase erros” é igualmente importante na medida em que permite identificar as falhas dos sistemas atempadamente, permitindo a prevenção de acidentes futuros.

O erro pode aliás, ser abordado de duas formas distintas: numa perspectiva pessoal ou numa perspectiva sistémica. Estas são duas formas opostas de analisar e interpretar o erro e que influenciam o entendimento das causas e das consequências do mesmo.

A **abordagem pessoal** tende a focar o erro no indivíduo que o comete, culpando-o. Focaliza-se nas acções, erros e violações de processos, dos profissionais que contactam directamente com os doentes: médico, enfermeiros, técnicos de diagnóstico, etc, o que equivale dizer que a principal causa é a falha humana.

De facto, interpretar o erro deste modo é mais fácil, mais rápido e menos comprometedor para a instituição, uma vez que “a culpa têm um nome” não sendo necessário investigar as causas por detrás do erro.

As medidas tomadas neste caso são disciplinares, tomando forma de reprimendas orais ou escritas, suspensões, punições e até mesmo a demissão, criando na pessoa que comete o erro, um sentimento de vergonha, medo ou frustração. (Landeiro citando Reason, 2005)

Uma outra perspectiva é a **abordagem sistémica** que apesar de não excluir a responsabilização pessoal, aponta a maior responsabilização dos erros para as falhas de segurança dos sistemas.

“A abordagem no sistema presume que os erros e acidentes são o resultado de uma longa cadeia de causas, uma consequência de falhas, latentes e activas que se alinham, provocando dano nos doentes.” (Fragata e Martins, citando Reason, 2004, p.45)

Esta abordagem procura conhecer as causas que contribuíram para o acontecimento adverso mais do que a culpabilização do indivíduo, procurando desta forma construir um sistema seguro.

Deste modo é possível detectar falhas latentes corrigindo mecanismos do erro, evitando assim que outros errem, e mesmo que tal aconteça, evitar que os erros provoquem o menor dano possível. Podemos assim dizer que a abordagem sistémica promove a “cultura de segurança”.

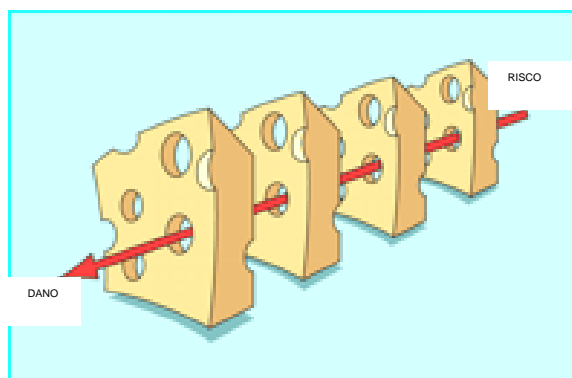
A esta perspectiva está inerente que “se não podemos mudar a condição humana, podemos contudo mudar as condições em que as pessoas trabalham”. (Reason, 2000, p.768)

Com base nisto, James Reason propôs um denominado de “*Modelo do Queijo Suíço*” (ver figura 1) que inicialmente teve aplicações em acidentes de aeronáutica e centrais nucleares mas que no entanto, também se aplica aos acidentes ocorridos nos sistemas de saúde.

Este modelo preconiza que os acidentes podem resultar de uma sucessão de ocorrências de falhas que se alinham para ocorrer o erro, fazendo alusão a um raio de luz a penetrar através dos buracos de várias fatias de queijo, o que exigiria um alinhamento específico. Ou seja, esta teoria remete-nos para o facto de que, para que um erro ocorra é necessário o alinhamento de diferentes causas sejam elas comportamentos inseguros, falhas naturais, negligência, etc.

“Quando uma trajetória de erro se alinha devido à infeliz coincidência de actos pouco seguros e de falhas latentes do sistema e sempre que neste alinhamento de trajetórias as defesas pré-estabelecidas não conseguem barrar a trajetória acidente, este acontece.” (Fragata e Martins, 2004, p.68)

Figura 1 - Modelo de acidentes e erros de Reason de 2000 (Modelo de Queijo Suíço)



Adaptado de Reason - Human error: models and management. BJM 2000, 320; p.768-770

No caso do erro de terapêutica em pediatria, um bom exemplo seria a prescrição médica de determinado fármaco em suspensão oral, o qual seria preparado e rotulado na farmácia pelos respectivos técnicos e administrada à criança pelo enfermeiro. Em todo

este processo, o erro pode acontecer em qualquer etapa, seja na prescrição médica errada, na interpretação errada da prescrição por parte do farmacêutico, na incorrecta rotulagem ou na incorrecta administração efectuada pelo enfermeiro, etc. No entanto, e para que o acidente aconteça, é necessário que ocorra um erro em uma ou mais etapas deste processo sem que seja detectado ao longo de toda a cadeia terapêutica por nenhum profissional. O que equivale a dizer que, neste caso concreto, para que o erro de terapêutica aconteça, ele não poderá ser interceptado por nenhum dos intervenientes no processo, levando a uma sucessão de ocorrências que se alinham resultando no acidente final.

No caso dos “quase erros” podemos concluir que, o acidente não chega a acontecer devido a duas possíveis razões: ou não há suficiente alinhamento das falhas, ou porque as defesas do sistema o evitaram, desviando a trajectória do acidente.

Reason (2000) refere que os “buracos” no sistema de defesa ocorrem por duas razões: as **falhas activas** e as **condições lactentes** e que de um modo geral, para que os eventos adversos ocorram é necessário a combinação destes dois factores.

As falhas activas podem manifestar-se sob a forma de violações, enganar, lapsos ou erros cometidos pelos profissionais que estão em contacto directo com o doente ou sistema. Um exemplo de uma falha activa poderá ser um erro de cálculo da dosagem de determinado fármaco para uma criança, cometido pelo enfermeiro.

“A prática de actos menos seguros que conduzem a erros, dependem assim e em grande medida de factores humanos lactentes no sistema, que se combinam com as falhas activas, cometidas no final da rede e por parte dos últimos operadores” (Fragata e Martins, 2004, p.66)

No exemplo acima referido, o enfermeiro é o “operador final” de todo o processo terapêutico e é o elemento que devido a um engano no cálculo, comete o erro.

As condições lactentes resultam de todas as decisões tomadas pelos responsáveis (administração, construtor, engenheiro, chefias, etc.) e que tem o potencial de introduzir falhas no sistema. Ou seja, são acções executadas a montante da organização e que combinadas com as falhas activas, originam o erro.

Para Reason (2000:768) *“as condições lactentes podem permanecer adormecidas no sistema durante muitos anos antes de se combinarem com as falhas activas e provocarem o evento adverso.”*

As condições lactentes podem ter dois tipos de efeitos adversos: elas podem originar o erro em consequência de deficientes condições de trabalho (número insuficiente de

recursos humanos e materiais, equipamento inadequado, fadiga, etc.) e podem provocar fraquezas nas defesas das organizações (desenho deficiente de construção, procedimentos inexecutáveis, etc.). (Reason, 2000)

Segundo o mesmo autor, os “actos menos seguros” que levam ao erro, dependem de factores humanos latentes no sistema que se combinam com as falhas activas cometidas no final da rede. Os “actos menos seguros” podem ocorrer na sequência de uma acção não planeada e designam-se de lapsos, ou então resultarem de uma acção mal planeada e designam-se de enganos.

Os lapsos são formas de erro que resultam da execução errada de uma acção, cujo planeamento estava correcto e ocorrem regra geral por falhas de atenção.

Para Landeiro (2005), são formas de erro que resultam frequentemente de quebras de atenção, associadas a actividades automáticas, repetidas e ocorrem por fadiga ou por distração.

Um exemplo de um lapso poderá ser a administração de um dado fármaco numa criança, em forma de suspensão oral cuja concentração é de 10 mg/ml, em vez do mesmo fármaco com concentração de 1mg/ml e cujo frasco é idêntico e está armazenado no mesmo local que o anterior e que por lapso não foi utilizado.

Landeiro citando Reason e Hobbs (2005:48) refere que: *“Os lapsos são cometidos mais frequentemente por pessoal experiente do que iniciante que, no decorrer de gestos automáticos de repetição e em virtude da sua experiência, prestam menos atenção.”*

Um engano pode considerar-se num erro resultante do planeamento deficiente de uma acção e cujo resultado é por inerência uma acção errada. *“As acções são realizadas de acordo com um plano estabelecido; no entanto, sendo um plano mau, o objectivo final pretendido não chega a ser atingido, ocorrendo um erro.”* (Landeiro, 2005, p.49)

Os enganos podem ter como causa os conhecimentos insuficientes, inexperiência, informação incompleta, etc. e ocorrem regra geral, em tarefas pouco habituais.

Para Fragata e Martins (2004) os enganos determinam erros que podem ser de dois tipos: erros por má aplicação de regras e erros por deficiente deliberação. Os erros por má aplicação de regras ocorrem quando face a um problema é aplicada a regra errada ou uma regra certa mas fora do contexto, fazendo com que o resultado final seja diferente do planeado. É frequente este tipo de erros ocorrerem com pessoas experientes que ao reconhecerem determinadas situações, aplicam regras de actuação que sabem ter resultado anteriormente em situações idênticas.

Os erros por deficiente deliberação ocorrem quando face a um problema cuja solução habitual não o resolve, é elaborado um novo plano de acção, que posto em prática acaba por resultar em erro. Ou seja, utilizando os seus conhecimento o individuo elabora, de forma racional e pensada, uma solução que, no entanto, acaba por ser a solução errada. Segundo Fragata e Martins (2004:56) “...os erros derivados deste processo são erros inteligentes que se inscrevem na própria matriz do pensamento científico”.

Deve no entanto, ser feita uma distinção fundamental entre erro e violação, uma vez que o primeiro diz respeito ao indivíduo e à forma como ele actua, não abrangendo todas as formas de procedimentos incorrectos.

Uma violação resulta de uma escolha deliberada de um comportamento que não é o standard, e que viola as regras habituais de actuação. Ela pode ser cometida de forma intencional ou não, não implicando necessariamente má intenção por parte de quem o comete. Fragata e Martins (2004:60) referem que “as violações em que existe intenção de causar dano caiem no âmbito criminal e são atitudes de verdadeira sabotagem, no entanto e frequentemente, os indivíduos violam regras porque é mais fácil, dá menos trabalho, ou por serem simplesmente incautos, contudo sem o intuito de causar danos.”

Tomemos como exemplo o enfermeiro que administra um determinado fármaco intravenoso a um bebé, a um ritmo de perfusão superior ao estipulado para que possa terminar mais rapidamente a sua tarefa. Ele infringiu regras predefinidas apesar de não o fazer com o intuito de provocar efeitos secundários na criança. Esta violação implicou uma actuação à revelia das regras, já que o enfermeiro apesar de saber as possíveis consequências do seu acto, resolveu arriscar e violar as normas preestabelecidas.

Com alguma frequência a violação é confundida com negligência, uma vez que um comportamento assente em violações é um comportamento negligente.

Fragata e Martins (2004) salientam a importância da apreciação dos erros médicos, e da distinção entre os erros ditos “honestos”, que podem acontecer e que são próprios da natureza humana, e das violações que acontecem em consequência de comportamentos negligentes e só estas deverão ser punidas.

Os erros cometidos por profissionais não os isentam de responsabilidade, no entanto, sendo o erro um companheiro inseparável da condição humana é, talvez mais bem aceite do que uma violação.

3.1 – O erro de terapêutica

Diversos são os termos encontrados na literatura para designar um erro de medicação, pelo que existe a necessidade de clarificar as terminologias utilizadas. Neste sentido, várias instituições têm desenvolvido esforços com o intuito de construir uma taxonomia consensual sobre os erros de medicação.

Ghaleb, Wong e colaboradores (2004) no âmbito de um estudo que desenvolveram, referem que o uso de diferentes definições de erros podem alterar significativamente o reporte dos mesmos.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) salienta que existe uma falta de normalização no que diz respeito à terminologia, métodos de medida e sistemas de notificação de eventos adversos.

Face a estas dificuldades de encontrar terminologias standard para este problema, foi criado em 1995 nos Estados Unidos da América, o Nacional Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) com o intuito de coordenar esforços de diferentes instituições e organizações na prevenção de erros com medicação. Esta instituição começou por estabelecer uma linguagem uniforme, lançando uma definição de erros de medicação e classificando-os de forma estruturada.

Para o NCCMERP, erro de medicação é: *“Qualquer evento evitável que pode causar ou conduzir a um uso inadequado de medicação, ou causar dano ao paciente, enquanto a medicação está sob o controle de profissionais de saúde, doentes ou consumidores. Estes eventos podem estar relacionados com a prática profissional, prescrição, comunicação de ordens terapêuticas, rotulagem, embalagem e nomenclatura, composição, distribuição, administração, formação, monitorização e uso”* (1998) Convém acrescentar que esta instituição define dano como o *“prejuízo temporário ou permanente da função ou estrutura do corpo, física, emocional ou psicológica, seguida ou não de dor, requerendo uma intervenção”*

Esta é uma definição bastante completa já que inclui no conceito de erro, todos os tipos de erro que vão desde a prescrição até à administração, ao contrário de outras definições que são mais vagas e por isso mais subjectivas.

Ferner e Aronson em 2000 referem-se a erro de medicação como uma qualquer falha no processo de tratamento que conduz, ou tem o potencial de conduzir a dano ao doente.

Uma outra definição frequentemente referenciada em bibliografias é a de Kaushal *et al* (2005) que definem erro de medicação como um erro na prescrição, transcrição, fornecimento, administração ou monitorização de um fármaco. Este autor refere-se aos “*eventos adversos da medicação*” como lesões resultantes do uso de medicação.

Os erros de terapêutica podem ser considerados como acontecimentos adversos passíveis de serem prevenidos que podem ocorrer em uma ou mais etapas do processo de medicação, mas que nem sempre resultam em dano para o doente. Aliás, o facto de determinado erro com a terapêutica não provocar qualquer efeito no doente pode eventualmente contribuir para que este passe despercebido.

Landeiro citando Wakefield (2005) destaca que a equipa de enfermagem tende a atribuir pouca importância aos erros de medicação que não causam dano ao doente, o que constitui uma barreira à informação dos erros identificados

O termo evento adverso refere-se a todo o efeito não desejado que resulta da intervenção dos cuidados de saúde ou da sua falta, mas não da doença ou do estado de saúde do doente. (Fragata e Martins, 2004)

Os eventos adversos podem classificar-se como “*preveníveis ou “não preveníveis*”. Um evento adverso com medicação prevenível, como o próprio nome indica, resulta de um erro de medicação passível de ser prevenido atempadamente, ao passo que um evento adverso com medicação não prevenível é aquele que ocorre apesar do uso apropriado do medicamento, como é o caso das reacções adversas ao medicamento. Estas, em certa medida, não podem ser consideradas erro, uma vez que o medicamento foi utilizado correctamente mas o resultado final foi diferente do esperado.

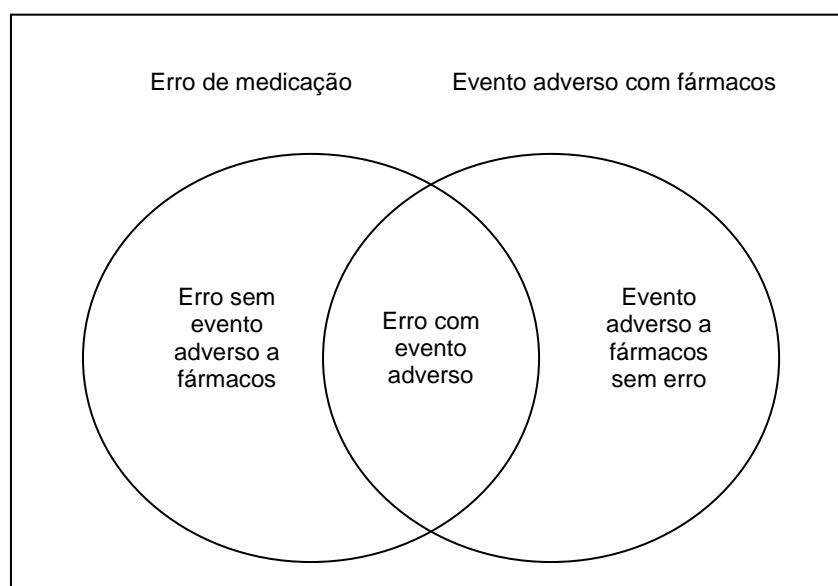
A reacção adversa ao medicamento pode definir-se como “*qualquer efeito prejudicial ou indesejável, não intencional, que se apresente após a administração de doses de medicamentos normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de uma enfermidade.*” (WHO, 2002, p.2)

Para além destes termos, Kaushal *et al* (2005) reportam-se ainda ao conceito de “evento adverso potencial” como sendo erros de medicação que tem o potencial de provocar dano ao doente, mas tal não chega a acontecer, ou porque o erro foi interceptado antes de acontecer, ou porque apesar de ocorrer, o doente tem a capacidade de lidar com ele sem sofrer danos. Esta designação, vai aliás de encontro ao conceito de “quase erro” referido já anteriormente.

Fragata e Martins (2004) referem que existem 3 vezes mais “quase erros” do que eventos adversos clinicamente visíveis, uma vez que estes, por não levarem a dano, não chegam nunca a ser reportados ou conhecidos.

A figura que se segue ilustra as diferenças entre eventos adversos com fármacos e erros de medicação:

Figura 2 – Esquema que ilustra a diferença entre erro de medicação e eventos adversos com drogas



Adaptado de Kaushal e colaboradores (2005)

De entre os diversos tipos de erro de medicação que podem ocorrer em todo o processo terapêutico, os erros de prescrição são talvez os mais frequentes.

Leape em 1995, analisou 334 erros ocorridos durante um período de 6 meses em onze hospitais Americanos. Destes, 28% eram erros de prescrição ao nível da dosagem, sendo que em 85% dos casos resultaram de prescrições manuais. Desconhecer o fármaco e as suas interações por parte de quem prescreve correspondeu a 29% dos erros ocorridos, ao passo que o desconhecimento da condição do doente correspondeu a 12% dos erros. Os erros resultantes do processo de administração, usualmente responsabilidade do enfermeiro, ocorreram em não mais de 15% dos casos. Outro aspecto interessante deste estudo é que dos 334 erros ocorridos, 264 poderiam ter sido evitados. (Fragata e Martins, 2004)

Entre 2006 e 2007 a base de dados UPS's MEDMARX revelou que os erros causadores de danos, mais comuns em pediatria foram: dose inapropriada (37,5%), erro de omissão

(19,9%), erro de prescrição (9,4%), seguido de técnica errada de administração, erro na preparação, erro na dosagem e erro na via de administração. (JCAHO, 2008)

Wong, Ghaleb e colaboradores (2004) realizaram um estudo que consistiu na análise de 16 estudos existentes sobre o erro de medicação em pediatria. Os resultados revelaram que em 11 desses 16 estudos, o erro na dose era referido como o que ocorria mais frequentemente. Estes autores referem ainda que na pesquisa bibliográfica encontraram referência a outros tipos de erro de medicação em pediatria mais concretamente: erro na dose, erro de administração, erro na via de administração, erro de transcrição, erro na frequência de administração, administração no doente errado, incompatibilidades intravenosas e incorrecto ritmo de perfusão intravenosa.

Carvalho e Vieira (2002) estimam que por cada 6 a 8 internamentos em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, um seja acompanhado de erro médico com drogas, dos quais 3% ocorrem por prescrição ilegível, 4% por dose errada de medicação e 28% pela não especificação da via de administração.

Do exaustivo levantamento bibliográfico realizado nos estudos sobre este tema, é de salientar a diversidade de conceitos e terminologias utilizadas. Se em alguns estudos, a noção de erro de medicação é amplamente explorada, noutros porém é mais subjectiva, chegando a incluir como erro de medicação um atraso de meia hora, na administração. Neste sentido, revela-se essencial classificar os diferentes tipos de erro.

Utilizando a classificação do NCCMERP (1998), de Lopez (2003), de Silva (2003), de Coimbra (2004) e de Rodrigues (2004), para os diferentes tipos de erro de medicação, Landeiro (2005), enumera os seguintes tipos de erro:

- Erro de prescrição - escolha de um medicamento errado (tendo por base as contra-indicações, alergias, efeitos secundários e outros); prescrito ou autorizado pelo médico mas incorrecto em relação à dose, à apresentação, à via de administração, à concentração, à frequência de administração, ou à instrução de uso; prescrições ilegíveis que podem conduzir a erro;
- Erro de Omissão - não administração de um fármaco ou dose de fármaco ao doente;
- Erro no Horário - administração do fármaco fora do período de tempo pré-definido pela instituição ou serviço, para o fazer;
- Erro de dosagem - administração de dose maior ou menor do que aquela prescrita, ou administração duplicada do mesmo fármaco;

- Erro na preparação – relacionado com a manipulação do fármaco; incorrecta reconstituição ou diluição do fármaco, incluindo mistura de componentes incompatíveis;
- Erro relacionado com técnica incorrecta de administração – procedimento técnico incorrecto ou uso de técnicas impróprias como por exemplo: velocidade de administração errada, não confirmação do rótulo com a prescrição, etc;
- Erro na via de administração – administração do fármaco por uma via diferente daquela para que ele está destinado ou por uma via não prescrita;
- Erro na forma farmacêutica – administração de fármacos em apresentações diferentes daquelas especificadas na prescrição;
- Erro com fármacos deteriorados – administração de fármacos com comprometimento da integridade física ou química, incluindo fármacos fora do prazo de validade;
- Erro de monitorização – erro ou falha na revisão do esquema terapêutico prescrito ou falha em usar apropriadamente as informações clínicas e laboratoriais para avaliar a resposta à terapia implementada;
- Erro em razão da não adesão do doente – comportamento inadequado do doente e da sua participação no esquema terapêutico.

3.2 - Erro de terapêutica em pediatria

Como já foi referido, o erro de terapêutica pode acontecer em qualquer etapa do processo de administração de fármacos, pelo que pode ser cometido por qualquer um dos profissionais envolvidos.

Leape e seus colaboradores (2000) referem que o sistema de medicação nos hospitais é complexo, envolvendo processos de prescrição, fornecimento e administração de medicamentos, o que implica a actuação de diferentes profissionais, transmissão de ordens ou materiais entre pessoas, contendo, em cada elo do sistema, múltiplas possibilidades de ocorrência de erros de medicação.

A pediatria não foge a esta regra. Os especialistas nesta área concordam que o erro de medicação pode ser mais comum em pediatria do que nos doentes adultos. Walsh *et al* (2005:698) referem que *“Os erros de medicação potencialmente causadores de prejuízo podem ser 3 vezes mais comuns na população pediátrica do que nos adultos.”*

Kaushal e seus colaboradores, em 2001 realizaram um estudo prospectivo que consistiu na análise das folhas de pedidos de medicação, em diversas enfermarias pediátricas, de onde concluiu que por cada 100 pedidos em 5,7 haviam erros. (Ghaleb e Wong, 2006)

No Reino Unido, Wilson *et al* realizaram um estudo envolvendo 682 crianças admitidas no Centro de Doenças Cardíacas Congénitas. Os resultados revelaram um total de 441 de erros de medicação em 3 áreas específicas: prescrição, administração e fornecimento. (Dhillon, 2003)

Entre 1995 e 1999 um estudo conduzido pela US Pharmacopeia demonstrou um significativo aumento dos erros de medicação com consequência em mal ou morte em doentes pediátricos (31%) comparado com doentes adultos (13%). (Committe on Drugs and Committe on Hospital Care, 2003).

Um outro estudo conduzido por Otero *et al* (2008) onde era pretendido avaliar a prevalência dos erros de medicação em todas as crianças internadas, concluiu que o número de erros de medicação eram muito altos principalmente no que diz respeito a erros de prescrição, cerca de 1 erro por cada 5 a 6 prescrições.

Também Carvalho e Vieira (2002:261) mencionam que *“nas unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica, nas quais é grande a complexidade e a frequência de procedimentos, a ocorrência de erros é maior.”*

De facto a pediatria comporta um conjunto específico de riscos de erros de medicação o que aumenta a probabilidade de ocorrência destes.

Ghaleb e Wong (2006) referem que a necessidade de proceder a cálculos de posologias baseados no peso, idade e no problema de saúde da criança acarreta risco de erro. Além disso o incorrecto registo de pesos e as dificuldades que alguns profissionais revelam na realização de cálculos aritméticos podem igualmente contribuir para que o erro ocorra.

De ter em conta ainda o facto de que muitos fármacos destinados a crianças necessitam de ser elaborados sob a forma de suspensão extemporaneamente preparada, que poderá conduzir a confusões se não houver padronização na sua preparação.

Tomemos a seguinte situação como exemplo: À criança X, durante o seu internamento, foi administrado a suspensão oral de espirinolactona na concentração de 1 mg/ml. Quando a criança tem alta os pais adquirem na farmácia local o mesmo fármaco mas numa concentração de 10 mg/ml e administram à criança o mesmo volume de xarope que era administrado no hospital sem leram o rótulo, o que resulta numa sobredosagem.

Um outro factor que pode precipitar um erro de terapêutica em pediatria, prende-se com o facto de muitos fármacos apresentarem formulações posologias destinadas a adultos o que implica que tenham de ser manipulados pelos os enfermeiros ou farmacêuticos.

A JCAHO (2008) salienta que as crianças estão mais predispostas a erros de medicação devido a diversos factores mais concretamente:

- A maioria dos fármacos usados na pediatria está destinada a adultos, pelo que a sua preparação para doentes pediátricos exige diferentes volumes e concentrações. Isto exige tarefas e cálculos, aumentando a possibilidade de erro.
- As situações de emergência podem acarretar um risco acrescido de erro na pediatria.
- As crianças muito novas e muito pequenas estão menos aptas, em termos fisiológicos, a responder a uma situação de erro uma vez que as suas funções renais, hepáticas e imunitárias ainda estão em desenvolvimento.
- Crianças muito novas, não têm capacidade de comunicar possíveis efeitos adversos que a medicação possa desencadear.

Uma vez que o erro de terapêutica em pediatria se reveste de contornos específicos, também as medidas para preveni-lo devem igualmente ser direccionadas para este grupo etário. A JCAHO recomenda em série de estratégias para reduzir o erro de terapêutica em pediatria que incluem:

- Normalizar e identificar a medicação, bem como todo o processo de administração de fármacos;
- Estabelecer e manter um sistema de preenchimento formulários pediátricos para avaliação de fármacos, selecção e uso terapêutico;
- Normalizar a forma de contagem de dias de medicação estabelecendo um protocolo de dia de início;
- Limitar o número de concentrações e as doses elevadas de medicação;
- No caso de crianças que necessitem de, após a alta, tomar medicação oral ou necessitem de nutrição parentérica total, assegurar que as doses são iguais, aquelas que são administradas no hospital;
- Usar seringas doseadas na preparação da medicação oral;
- Uma vez que os fármacos em pediatria são calculados em função do peso, deve-se pesar a criança no momento da admissão e expressar o peso em Quilogramas;
- Não administrar fármacos de alto risco a crianças excepto em situações de urgência;
- As prescrições devem de incluir a dose calculada bem como a dose por quilo ou por área corporal, de modo a ser possível a dupla confirmação por outros profissionais;
- Sempre que possível usar fármacos em formulações destinadas a crianças, quando tal não é possível fornecer a medicação em doses unitárias;
- Colocar em diferentes locais a medicação pediátrica e a medicação para adultos, de modo a evitar confusões;
- Os profissionais de saúde da área da pediatria devem ser treinados e experientes, devendo ser-lhes facultados programas de formação sobre este assunto; Esta formação e educação devem incluir informação sobre reporte de eventos adversos;
- Comunicar aos pais/cuidadores sempre que necessário, de forma verbal e escrita, toda a medicação da criança e seus efeitos secundários, fazendo-os repetir a informação no final e encorajando-os a colocarem questões sempre que tenham dúvidas;

- Ter sempre disponível um médico com experiência na área da pediatria;
- Estabelecer e implementar procedimentos com a medicação

Walsh e colaboradores (2005) acreditam que o primeiro passo que a comunidade pediátrica deve desenvolver para prevenir erros de medicação, é reconhecer que eles ocorrem demasiadas vezes.

A prevenção do erro de medicação em pediatria implica necessariamente a participação de médicos, farmacêuticos, enfermeiros e pais/cuidadores da criança no processo terapêutico. Para além disso, as instituições/ serviços pediátricos devem desenvolver programas multidisciplinares funcionais permitam um envolvimento efectivo dos profissionais de saúde na prevenção do erro de terapêutica.

4 – METODOLOGIA

A investigação científica é “*um processo sistemático, efectuado com o objectivo de validar conhecimentos já estabelecidos e de produzir outros novos que vão, de forma directa ou indirecta influenciar a prática*” (Fortin citando Burns e Groves, 1999, p.17)

Neste sentido, um trabalho de investigação deverá ter como ponto de partida uma inquietação, uma situação considerada problemática, que exija compreensão e explicação. Polit e Hungler (1995) referem que escolher entre a pesquisa quantitativa e a pesquisa qualitativa depende em certo grau do gosto pessoal e filosofia do investigador, embora também dependa em grande parte, da natureza da indagação da pesquisa. Acompanhando esta linha de pensamento, também este trabalho emergiu de uma preocupação sentido no âmbito do desempenho profissional, de uma indagação sobre o fenómeno do erro de medicação em pediatria.

A investigação quantitativa assenta na base do paradigma do positivismo lógico que supõe que a realidade é percebida como única e estática e que existe independente da observação humana. Esta pesquisa toma a realidade como algo apreensível, tendendo a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana. O entanto “*muitos pesquisadores que se enquadram nesta tradição, também colectam e analisam dados qualitativos.*” Polit e Hungler (1995:18)

O método quantitativo reveste-se de determinado tipo de características. Por exemplo nesta metodologia, a pesquisa inicia-se frequentemente com ideias pré-concebidas acerca da forma como os conceitos estão interligados, utilizando para isso uma pequena quantidade de conceitos. Outra característica destes métodos é que a recolha de dados é realizada através de procedimentos estruturados e instrumentos formais mediante condições de controlo. Para além disso, é enfatizada a objectividade na colecta e análise das informações recolhidas, sendo utilizados procedimentos estatísticos para analisar dados numéricos.

Politi e Hungler (1995) salientam que tanto o método quantitativo como o qualitativo, apresentam pontos fortes e fracos e que os elementos fortes de um complementam as fraquezas do outro, mas que ambos são fundamentais ao desenvolvimento da ciência em enfermagem.

Para Streubert e Carpenter (2002) no desenvolvimento de uma investigação quantitativa, o investigador começa por realizar uma extensa pesquisa bibliográfica acerca do assunto de interesse. Esta permite-lhe averiguar se o estudo planeado já foi estudado, ajuda a

aperfeiçoar a pergunta de investigação e a construir um argumento sobre a necessidade de o investigar.

4.1 – Justificação do estudo

Espera-se dos profissionais de saúde, que estes estejam aptos para responder às diferentes situações no dia-a-dia da sua prática profissional. As situações de erro com medicação envolvendo enfermeiros, são situações como já foi mencionado, frequentes e incómodas que podem ter consequências nefastas para o doente/família e profissionais, exigindo por isso, uma intervenção adequada por parte dos enfermeiros.

A forma como os profissionais encaram o erro de terapêutica e lidam com ele, é diferente de profissional para profissional, podendo ter desfechos diferentes consoante o enfermeiro que experiencia a situação de erro.

É importante utilizar terminologias consensuais sobre o erro de terapêutica, no entanto é igualmente importante, que os enfermeiros percepcionem o erro de terapêutica da mesma forma, de modo a que face a uma situação de erro com medicação, actuem da melhor forma. Por exemplo, se uma determinada situação de erro de medicação não for reconhecida como tal pelo enfermeiro (mesmo sendo um erro), ele não irá implementar nenhuma medida para a resolver.

Com este estudo pretende-se perceber de que forma os enfermeiros que exercerem funções na pediatria, percepcionam o erro de terapêutica.

Os estudos de enfermagem sobre o erro de terapêutica são ainda escassos e a pesquisa bibliográfica revelou existir uma lacuna a este respeito.

Exercendo funções num serviço de pediatria, confronto-me frequentemente com situações de erro de medicação envolvendo enfermeiros. Certa de que o primeiro passo para prevenir um erro é compreendê-lo, decidi direccionar este estudo para a percepção do erro de medicação em pediatria.

Esta pesquisa justifica-se pelo facto de previamente à implementação de medidas preconizadas para prevenir o erro de medicação, ser necessário identificar a noção de erro para os enfermeiros e o que estes profissionais consideram que deve ser feito nestas situações.

Pretende-se que a compreensão deste fenómeno, contribua para que se possam implementar medidas ajustadas que permitam por um lado a adopção de uma atitude mais compreensiva face aos erros, e por outro, contribuir para a redução dos mesmos.

4.2 – Objectivos do estudo

Fortin (1999) refere que o objectivo do estudo específica, as variáveis, a população alvo e a orientação a dar à investigação. Neste sentido, propomo-nos neste estudo a:

- Conhecer a percepção dos enfermeiros, sobre o erro de terapêutica em pediatria.

A este objectivo geral advêm os seguintes objectivos específicos:

- Identificar a noção de erro de terapêutica na pediatria para os enfermeiros;
- Identificar que tipos de erros de terapêutica os enfermeiros consideram ocorrer com mais frequência, na pediatria;
- Conhecer quais as estratégias que os enfermeiros consideram que devem ser desenvolvidas quando ocorrem erros de terapêutica;
- Conhecer quais as razões, os enfermeiros consideram contribuir para a sub-notificação dos erros de terapêutica.

4.3 – Questão de investigação

“As questões de investigação são premissa sobre as quais se apoiam os resultados da investigação.” (Fortin citando Talbot, 1999, p.101) Elas deverão decorrer dos objectivos do estudo e especificar os aspectos que se pretende estudar.

Sendo os conhecimentos sobre o erro de terapêutica em pediatria escassos, pretende-se descrever e caracterizar este fenómeno, pelo que as questões enunciadas são mais gerais, sendo a questão de partida a seguinte:

Qual a percepção do erro de terapêutica em pediatria para os enfermeiros?

Desta questão derivam outras questões, nomeadamente:

- O que é para os enfermeiros uma situação de erro de terapêutica em pediatria?
- Que tipos de erros de terapêutica em pediatria os enfermeiros consideram ocorrer com mais frequência?
- Quais as estratégias que os enfermeiros consideram que devem ser desenvolvidas quando ocorrem erros de terapêutica em pediatria?

- Quais as razões, os enfermeiros consideram contribuir para a sub-notificação dos erros de terapêutica em pediatria?

4.4 – Tipo de estudo

Como já foi referido, a pesquisa bibliográfica revelou existirem poucos estudos sobre o erro de terapêutica em pediatria.

Fortin (1999:135) salienta que *“se existem poucos ou nenhuns conhecimentos sobre o fenómeno, o investigador orientará o seu estudo para a descrição de um conceito ou factor...”* referindo ainda que *“pode mostrar-se importante estudar as características de uma população particular ou de descrever a experiência de um grupo de pessoas, antes de elaborar uma intervenção susceptível de melhorar uma situação.”*

Pretendendo conhecer a percepção de erro de medicação em pediatria para os enfermeiros, consideramos que este estudo se enquadra num estudo do tipo descritivo - correlacional.

Esta escolha metodológica justifica-se pelo facto de que se pretende explorar a temática do erro de medicação e determinar a existência de relações entre as variáveis “categoria profissional do enfermeiro” e “tempo de exercício profissional do enfermeiro em pediatria” com o conceito de erro de terapêutica em pediatria.

Este tipo de estudo têm como vantagem, permitir no decorrer do mesmo processo, considerar simultaneamente várias variáveis com vista a explorar as suas relações. (Fortin, 1999)

Para além disso, este é um estudo transversal uma vez que visou estudar o fenómeno do erro de medicação em pediatria num dado momento do tempo.

4.5 - Desenho do estudo

Este estudo decorreu no Centro Hospitalar do Porto (CHP) – Hospital Santo António (HSA), Unidade Maria Pia (HMP) e Unidade Maternidade Júlio Dinis (MJD).

Foi realizado nos serviços de pediatria e neonatologia e direccionado para os enfermeiros que exercem funções nestes serviços.

Para tal, foi solicitada a colaboração dos enfermeiros para o preenchimento questionários.

A recolha de dados realizou-se entre Outubro e Dezembro de 2008.

4.5.1 – Instrumento de colheita de dados

Sendo o fenómeno do erro de medicação um assunto sensível, que pode causar algum desconforto aos enfermeiros, optou-se pela realização de um questionário. (ver Anexo 2)

Matalon e Ghiglione (1993:15) referem que uma das razões para recorrer a este método prende-se com a necessidade de *“compreender fenómenos como as atitudes, as opiniões, as preferências, as representações, etc., que só são acessíveis de uma forma prática pela linguagem, e que só raramente se exprimem de forma espontânea”*.

Com este instrumento de recolha de dados espera-se acumular a maior quantidade de informação possível a fim de abarcar os diversos aspectos do fenómeno do erro de medicação em pediatria.

A escolha deste método teve em conta vários aspectos da investigação. Sendo a amostra constituída por sujeitos repartidos por diferentes serviços a utilização do questionário permite obter mais informações do conjunto populacional. Por outro lado, a apresentação uniformizada do questionário facilita a comparação dos resultados entre os participantes.

Para além disso, a natureza impessoal do questionário, permite que os participantes se sintam mais seguros para exprimir livremente a sua opinião sobre o erro, sem receio de repercussões.

O questionário foi elaborado com base na revisão bibliográfica sobre o tema. Dois estudos de investigação serviram de suporte à construção o mesmo, mais concretamente:

- *“Nurse’s perceptions – when it is a medication error?”* - Um estudo desenvolvido por Joan Osborne e Kathleen Blais e Janice S. Hayes num hospital na Florida, onde foram estudadas as percepções dos enfermeiros sobre o erro de medicação. Este estudo foi publicado na revista *JONA* (29) Nº4 em 1999.
- *“Percepcion about medication errors: analysis of answers by a nursing team”* - Um outro estudo de carácter descritivo-exploratório, desenvolvido por Elena Bohomol e Lais Helena Ramos, onde são apresentados 4 cenários de situações da pratica

de enfermagem e comparadas as respostas. Este estudo foi publicado em 2006 na Revista Latino-Americana de Enfermagem. (14) N°6.

É constituído por 5 grupos de questões sendo 4 grupos de perguntas fechadas e uma pergunta aberta final. O primeiro grupo bloco de questões refere-se a dados biográficos do enfermeiro. O segundo bloco é constituído por 5 breves descrições de situações de erro de terapêutica, sendo solicitado ao enfermeiro para responder uma das opções possíveis.

O terceiro bloco de questões é constituído por uma escala de Likert com 11 itens para a mensuração da frequência dos diferentes tipo de erros de terapêutica.

A quarta questão é também constituída por uma escala de Likert com 10 itens onde é solicitado aos enfermeiros para indicarem em que grau concordam ou discordam com as frases expressas nos enunciados.

Por fim, a quinta questão é uma pergunta aberta sobre o motivo da sub-notificação dos erros de terapêutica.

Cada questionário foi precedido de uma “Nota explicativa” que apresenta o estudo e explica os objectivos do mesmo, salientando o carácter voluntário da participação.

O questionário foi previamente submetido a pré-teste, a um grupo de 10 enfermeiros a exercerem funções no Serviço de Internamento Médico-Cirúrgico – Lactentes do CHP/HMP.

4.5.2 – Variáveis e hipóteses

Para Quivy e Campenhoudt (1998) a variável pode definir-se como aspecto, qualidade ou característica de um fenómeno observável e mensurável.

Dependendo do contexto da investigação, as variáveis podem ser designadas de forma diferente. Fortin (1999:43) refere que “*os tipos de variáveis incluem as variáveis independentes e dependentes, atributos e estranhas. A variável independente é a que o investigador manipula para medir o seu efeito sobre a variável dependente.*”

O primeiro grupo de perguntas do questionário refere-se a dados biográficos do enfermeiro, mais concretamente: a categoria profissional, o tempo de exercício na profissão de enfermagem e o tempo de exercício profissional em pediatria. Estes dados serão considerados as variáveis independentes deste estudo.

Pretende-se neste estudo, relacionar a categoria profissional e o tempo de serviço em pediatria com o conceito de erro de terapêutica em pediatria, podendo-se considerar este último como a variável dependente.

De modo a operacionalizar a variável – conceito de erro de terapêutica em pediatria, foram construídas cinco situações de erro que se incluíram no questionário, e que classificaremos como vinhetas. Polit e Hungler (1995) consideram que “*As vinhetas são descrições breves de eventos ou situações às quais os respondentes são solicitados a responder (...) de modo a elicitarem informações sobre as percepções, opiniões ou conhecimentos dos respondentes sobre algum fenómeno estudado*”

As situações referem-se aos seguintes tipos de erro:

- Erro no horário de administração do fármaco;
- Erro de omissão de dose do fármaco;
- Erro na prescrição médica;
- Erro de administração de fármaco não prescrito;
- Erro na dosagem do fármaco administrado.

Com esta operacionalização espera-se conseguir determinar se existe relação entre as variáveis independentes – categoria profissional e tempo de serviço em pediatria e a variável dependente - conceito de erro de terapêutica em pediatria.

Polit e Hungler (1995) referem que uma hipótese é uma previsão experimental, ou uma explicação da relação entre duas ou mais variáveis e que o uso de hipóteses induz ao pensamento crítico e promove a compreensão.

As hipóteses estatísticas (H0) definidas para este estudo serão:

- Não existe relação entre a categoria profissional do enfermeiro e o conceito de erro de terapêutica em pediatria;

- Não existe relação entre o tempo de exercício profissional em pediatria do enfermeiro e o conceito de erro de terapêutica em pediatria.

4.6 – Considerações éticas

A execução deste estudo teve em consideração alguns aspectos.

Antecipadamente, formalizou-se o pedido ao Conselho de Administração do CHP para a realização do estudo, tendo sido autorizado. (ver Anexo 1)

Intencionalmente não houve identificação da proveniência dos questionários, com o objectivo de preservar a confidencialidade dos dados e o anonimato dos intervenientes.

Após a obtenção da autorização para a realização do estudo, foi efectuado um primeiro contacto informal com os enfermeiros chefes dos serviços implicados, no sentido de conhecer a disponibilidade para acolher o estudo e de conhecer a estrutura dos serviços.

Os questionários foram então entregues ao enfermeiro chefe dentro de um envelope que se encarregou da sua divulgação aos restantes elementos da equipa, sendo colocado nos serviços, caixas próprias para a colocação dos questionários após o seu preenchimento. Estas eram caixas fechadas com o objectivo de impedir que, após preenchidos os questionários fossem consultados. Os participantes foram informados deste facto, pelas enfermeiras chefes dos serviços.

Estas opções tiveram como principal objectivo garantir o anonimato, uma vez que o erro em contexto profissional é ainda um tema sensível. Perspectivou-se que desta forma os enfermeiros pudessem expressar livremente as suas opiniões sobre um assunto ainda “tabu”.

4.7 – Amostra

“Uma população é uma colecção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” sendo que “qualquer trabalho de amostragem requer uma definição precisa da população a estudar, e portanto dos elementos que a compõem”. (Fortin, 1999, p.202)

A população deste estudo é constituída pelos enfermeiros que exercem funções nos serviços de pediatria e neonatologia do CHP – HSA, HMP e MJD.

A amostra é um subconjunto da população e deverá ser representativa da população em estudo.

Neste estudo, foram critérios de inclusão na amostra, ser enfermeiro no CHP e exercer funções num serviço de pediatria ou neonatologia. A amostra foi, portanto não aleatória e intencional.

Este estudo decorreu nos seguintes serviços: serviço de Pediatria e serviço de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos do CHP/HSA, serviço de Neonatologia da MJD/CHP, serviços de Internamento de Curta Duração, de Internamento Médico-Cirúrgico, de Nefrologia, de Cuidados Intensivos Neonatais Pediátricos e Bloco Operatório do HMP/CHP.

Nestes serviços são internadas crianças dos 0 aos 18 anos de idade, com diferentes patologias de diversas especialidades. As equipas de enfermagem são constituídas por enfermeiros chefes, enfermeiros especialistas, enfermeiros graduados e enfermeiros generalistas, distribuídos pelos turnos da manhã (das 8h às 14,30h), da tarde (das 14h às 20,30h) e noite (das 20h às 8,30h) O método de trabalho instituído é o método individual de trabalho.

Estes serviços possuem equipas médicas fixas, estando também disponíveis médicos de urgência que dão apoio aos serviços sempre que necessário ou sempre que solicitados.

As equipas de enfermagem são constituídas pelos seguintes elementos:

- Serviço de Pediatria do CHP/HSA -26 enfermeiros;
- Serviço de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos do CHP/HSA – 35 enfermeiros;
- Serviço de Neonatologia da MJD/CHP – 42 enfermeiros;
- Serviço de Internamento de Curta duração do HMP/CHP – 6 enfermeiros;
- Serviço de Internamento Médico-Cirúrgico do HMP/CHP– 28 enfermeiros;
- Serviço de Nefrologia do HMP/CHP – 9 enfermeiros;
- Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos do HMP/CHP – 23 enfermeiros;
- Bloco Operatório do HMP/CHP – 19 enfermeiros.

Em todos estes serviços foram entregues questionários, para serem preenchidos individualmente por todos os enfermeiros a exercerem lá funções, sendo distribuídos um total de 188 questionários.

Estimou-se que iriam responder ao questionário 100 enfermeiros, esperando-se por isso uma amostra de 100.

4.8 – Tratamento dos dados

As questões fechadas foram tratadas estatisticamente com recurso ao programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Science) versão 16.0. Foi efectuada análise descritiva das frequências absolutas e relativas de todas as variáveis.

Os dados foram organizados em quadros e em gráficos consoante as questões e consoante achamos ser mais fácil a visualização

O teste a utilizar para calcular o valor prova foi o teste de independência do Qui-Quadrado que permite averiguar se duas variáveis estão relacionadas ou não. A escolha deste teste prende-se com o facto de este ser um teste não paramétrico. Pereira (2008) salienta que este tipo de testes não necessita de fortes requisitos e que são úteis em situações em que as amostras são pequenas.

A questão aberta será tratada através de análise de conteúdo. Segundo Bardin (2004) a análise de conteúdo tem como objectivos a superação da incerteza e o enriquecimento da leitura.

5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Como foi referido anteriormente, foram distribuídos questionários aos enfermeiros a exercer funções nos serviços de pediatria e neonatologia do CHP, tendo sido recolhidos 131 questionários preenchidos, constituindo este número a amostra do estudo.

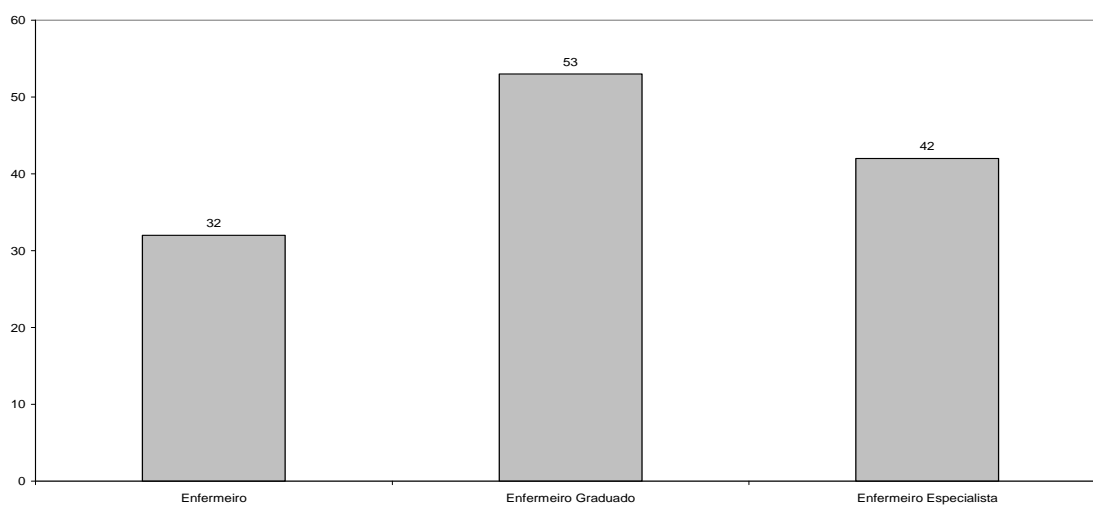
Dados Biográficos do Enfermeiro

No primeiro grupo de perguntas do questionário, pretendia-se saber os seguintes dados biográficos do enfermeiro:

- Categoria profissional;
- Tempo de exercício na profissão de enfermagem;
- Tempo de exercício profissional em pediatria.

Dos 131 enfermeiros que responderam ao questionário, 32 eram enfermeiros generalistas (25,2%), 53 eram enfermeiros graduados (41,73%) e 42 eram enfermeiros especialistas (33,07%) (Gráfico 1). Nesta questão 4 enfermeiros não responderam.

Gráfico 1 - Distribuição dos enfermeiros da amostra pelas categorias profissionais



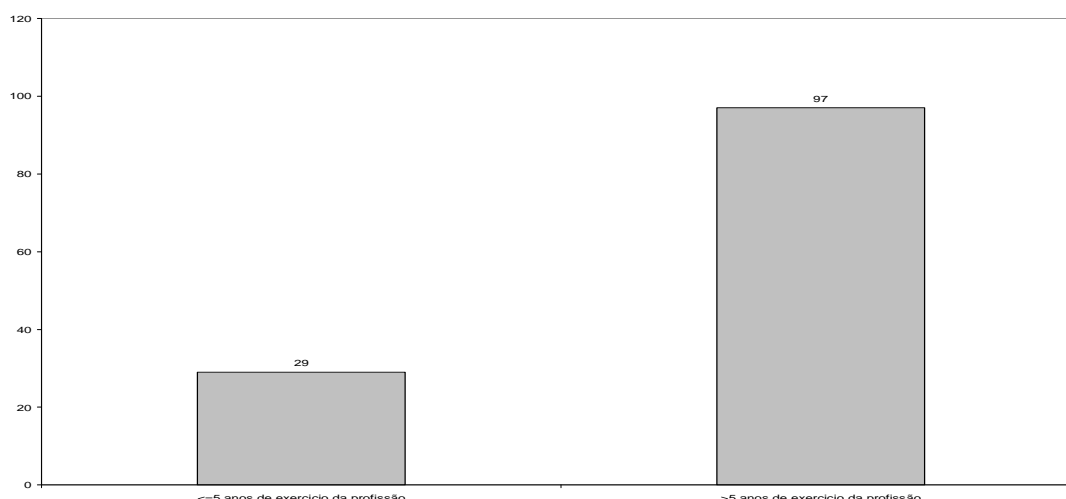
No que diz respeito ao tempo de exercício profissional e o tempo de exercício profissional em pediatria foi dividido em intervalos de tempo para mais fácil interpretação dos resultados. Inicialmente pensou-se em dividir o tempo de serviço em 3 intervalos de tempo: Menos de 1 ano de tempo de serviço, de 1 a 5 anos de tempo de serviço e mais de 5 anos de tempo de serviço.

Nesta divisão considerou-se o facto de 1 ano ser o período necessário para a integração do enfermeiro num dado serviço e mais de 5 anos o enfermeiro poder já ser considerado perito, como refere Benner no seu artigo “De principiante a perito” (1996).

Após analisar os dados obtidos, constatou-se que apenas 2 enfermeiros possuíam menos de 1 ano de tempo de serviço. Face a estes resultados optou-se então por dividir o tempo de serviço em apenas dois intervalos: “5 anos ou menos de tempo de serviço” e “mais de 5 anos de tempo de serviço”.

Os resultados obtidos revelaram que, dos 131 enfermeiros que constituíram a amostra, 29 enfermeiros possuíam 5 ou menos anos de tempo de serviço (23,02%) e 97 enfermeiros possuíam mais de 5 anos de tempo de exercício profissional (76,98%) (Gráfico 2). Também nesta questão 5 enfermeiros não responderam.

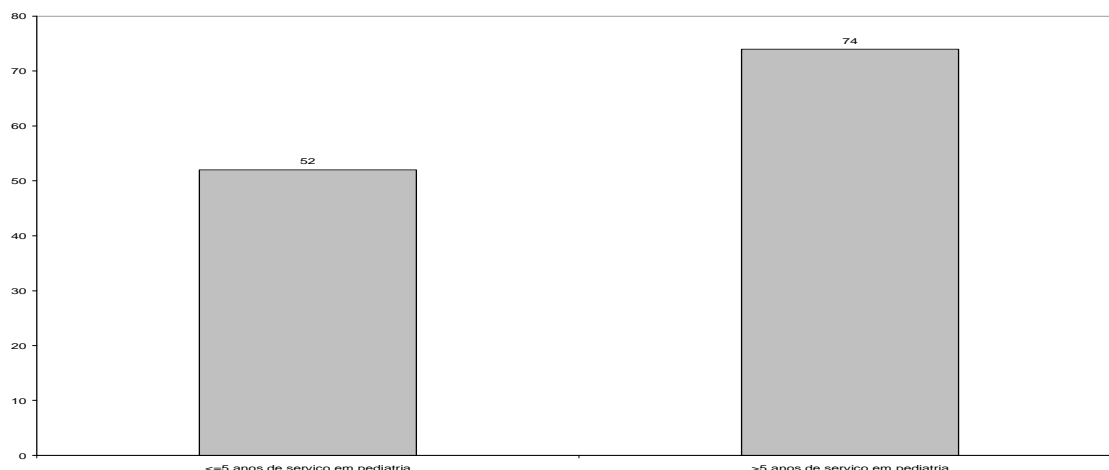
Gráfico 2 - Distribuição dos enfermeiros da amostra pelo tempo de serviço na profissão de enfermagem



No que diz respeito ao tempo de serviço em pediatria também se optou pela mesma divisão, sendo que do total de enfermeiros que responderam, 52 enfermeiros possuíam 5

ou menos anos de tempo de serviço em pediatria (41,27%) e 74 enfermeiros possuíam mais de 5 anos de tempo de serviço em pediatria (58,73%) (Gráfico 3). Novamente 5 enfermeiros não responderam.

Gráfico 3 - Distribuição dos enfermeiros da amostra pelo tempo de serviço em pediatria



Conceito de erro

O segundo grupo de perguntas do questionário referiu-se a cinco breves descrições de situações de erro de terapêutica. Face a cada uma das situações foi pedido aos enfermeiros que respondessem às seguintes questões:

- Considera tal situação um erro de medicação?
- Considera que o médico deve ser informado?
- Considera que o enfermeiro chefe deve ser informado?

As situações apresentadas foram denominadas de erro e numeradas de 1 a 5 para mais fácil compreensão dos termos apresentados. Os resultados das respostas a este bloco de questões foram distribuídos em tabelas de contingência.

Erro 1 - A criança X tem prescrito furosemida 5 mg por via endovenosa às 12 horas. No entanto esta medicação é administrada 3 horas após a hora prevista pois a criança ausentou-se para realizar exames complementares de diagnóstico.

Dos inquiridos que responderam a esta questão, 11% consideraram esta situação como um erro, sendo que destes, 8% consideravam importante avisar o médico de tal facto, 17,1% consideravam importante avisar o médico e enfermeiro chefe e 12,5% apesar de

considerarem a situação um erro pensavam que ninguém deveria ser informado do facto. Uma percentagem significativa de enfermeiros considerou que esta situação não constituiu um erro com terapêutica (89%) apesar de ainda assim, destes, 92% acharem que o médico deveria ser informado, 84,9% considerarem que o médico e o enfermeiro chefe deveriam ser informados e 87,5% considerarem que ninguém deveria ter conhecimento do facto (Quadro 1)

Quadro 1 – Tabela de distribuição dos resultados obtidos na situação de Erro 1

		Inf.Médico		Inf.Enf.ºChefe		Inf.Ambos		Inf.Nenhum		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Erro 1	Sim	6	8,0	0	,0	6	17,1	2	12,5	14	11,0
	Não	69	92,0	1	100	29	84,9	14	87,5	113	89,0

Erro 2 - O lactente A tem prescrito paracetamol 125 mg via rectal às 16 horas. À hora referida a enfermeira, não administra o fármaco uma vez que o lactente se encontra a dormir, está apirético e aparentemente sem dor.

Do total de enfermeiros que responderam a esta questão, uma grande percentagem não considerou esta situação como um erro (86,7%) e como tal 95,3% dos enfermeiros considerou que ninguém deveria ser informado do facto. Ainda assim, 87,5% dos enfermeiros considerou que o médico deveria ter conhecimento do facto e 69,2% consideraram que deveriam de informar o chefe e o médico. Apenas 13,3% dos enfermeiros considerou esta situação um erro, sendo que destes, 12,5% consideravam importante avisar o médico de tal facto, 30,8% consideravam importante avisar o médico e enfermeiro chefe e só 4,7% apesar de considerarem a situação um erro pensavam que ninguém deveria ser informado. (Quadro 2)

Quadro 2 - Tabela de distribuição dos resultados obtidos na situação de Erro 2

		Inf.Médico		Inf.Enf.ºChefe		Inf.Ambos		Inf.Nenhum		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Erro 2	Sim	7	12,5	0	,0	8	30,8	2	4,7	17	13,3
	Não	49	87,5	3	100	18	69,2	41	95,3	111	86,7

Erro 3 - Um determinado fármaco é prescrito pelo médico com um erro na dosagem. O enfermeiro administra esse mesmo fármaco de acordo com a prescrição.

Nesta situação, 64,5% dos enfermeiros considerou a situação um erro de terapêutica dos quais 47% achou importante avisar o médico de tal facto, 68,6% consideravam importante avisar o médico e enfermeiro chefe e 50% apesar de considerarem a situação um erro pensavam que ninguém deveria ser informado do facto. Do total de enfermeiros que respondeu a esta questão, 35,5% não considerou esta situação um erro com terapêutica, mas 52,6% dos inquiridos acharam importante informar o médico, 31,4% considerarem que o médico e o enfermeiro chefe deveriam ser informados e 50% considerarem que ninguém deveria ter conhecimento do facto. (Quadro 3)

Quadro 3 - Tabela de distribuição dos resultados obtidos na situação de Erro 3

		Inf.Médico		Inf.Enf.ºChefe		Inf.Ambos		Inf.Nenhum		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Erro 3	Sim	9	47,4	0	,0	70	68,6	1	50,0	80	64,5
	Não	10	52,6	1	100	32	31,4	1	50,0	44	35,5

Erro 4 - No dia 10/01/2008 a prescrição médica de um analgésico é suspensa à criança Y. No dia seguinte, a criança Y apresenta-se queixosa e aparentemente com dor, pelo que o enfermeiro lhe administra o analgésico que havia sido suspenso no dia anterior.

Face a este erro, 58,9% dos enfermeiros consideraram um erro de terapêutica e 41,1% não o consideraram. Dos enfermeiros que responderam sim, 34,6% achavam que o médico devia ser informado, 76,3% pensavam que se devia informar o enfermeiro chefe e o médico. Dos enfermeiros que não identificaram a situação como erro, 65,4% consideraram que mesmo assim este deveria ser comunicado ao médico e 23,7% achavam que se devia informar o chefe e o médico. (Quadro 4)

Quadro 4 - Tabela de distribuição dos resultados obtidos na situação de Erro 4

		Inf.Médico		Inf.Enf.ºChefe		Inf.Ambos		Inf.Nenhum		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Erro 4	Sim	18	34,6	0	,0	58	76,3	0	,0	76	58,9
	Não	34	65,4	0	,0	18	23,7	1	100	53	41,1

Erro 5 - O lactente B tem prescrito administração de paracetamol 90 mg por via oral se a sua temperatura axilar for superior a 38° C. Quando o lactente se apresenta febril o

enfermeiro, com base nos seus conhecimentos e sabendo que tal dose não surtirá efeito, administra ao lactente 120 mg de paracetamol por via oral.

Quando confrontados com esta situação, uma percentagem considerável de enfermeiros considerou a situação um erro de terapêutica (75,4%) e apenas 24,6% dos inquiridos não consideraram erro. Dos enfermeiros que responderam sim, 64,9% acharam importante avisar o médico e 81,6% avisariam o enfermeiro chefe e o médico. Dos enfermeiros que não consideraram a situação um erro, 35,1% achavam que o medico devia ter conhecimento e 18,4% acharam que o enfermeiro chefe e o médico deviam ser avisados. (Quadro 5)

Quadro 5 - Tabela de distribuição dos resultados obtidos na situação de Erro 5

		Inf.Médico		Inf.Enfº Chefe		Inf.Ambos		Inf.Nenhum		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Erro 5	Sim	24	64,9	0	,0	71	81,6	0	,0	95	75,4
	Não	13	35,1	1	100	16	18,4	1	100	31	24,6

Com o objectivo de perceber se existe relação entre a categoria profissional do enfermeiro e o conceito de erro de terapêutica em pediatria relacionaram-se estas duas variáveis. Os resultados apresentados referem-se portanto, à relação entre a categoria profissional e as respostas afirmativas para “Considera a situação um erro de terapêutica?”

Para averiguar se existe relação entre as duas variáveis utilizou-se o teste de Qui Quadrado sendo definido 0,05 o valor da significância.

De realçar que nas situações erro1, erro 3 e erro 5 as percentagens de enfermeiros, enfermeiros graduados e enfermeiros especialistas foram próximas, não havendo grandes diferenças entre os enfermeiros das diferentes categorias profissionais.

Na situação de erro 2, nenhum enfermeiro considerou a situação um erro ao passo a situação foi considerada erro de terapêutica por 17,3% de enfermeiros graduados e 16,7% de enfermeiros especialistas.

Através da análise do Teste do Qui-Quadrado, observamos que o valor do teste do Qui-Quadrado de Pearson (valor prova) é de 0,044, e por isso inferior a 0,05. Podemos aceitar que, neste caso existe uma associação (relação) significativa entre o facto de ter uma “categoria profissional” com a resposta afirmativa ao erro apresentado. Ou seja podemos rejeitar a hipótese estatística (H0)

Também na situação de erro 4, o valor do teste do Qui-Quadrado de Pearson é de 0,024, sendo por isso inferior a 0,05. Também neste caso se pode aceitar a hipótese de que existe uma relação significativa entre o facto de ter uma “categoria profissional” com a resposta afirmativa a este erro. (Quadro 6)

Quadro 6 – Tabela contingência da relação entre a categoria profissional e o conceito de erro de terapêutica em pediatria

	Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		Valor prova
	N	%	N	%	N	%	
Erro 1	4	12,5	5	9,8	5	12,2	0.908
Erro 2	0	,0	9	17,3	7	16,7	0.044
Erro 3	22	68,8	28	54,9	29	72,5	.0182
Erro 4	17	53,1	38	73,1	19	46,3	0.024
Erro 5	21	65,6	41	78,8	32	78,0	0.346

Estabeleceu-se igualmente a relação entre o tempo de serviço em pediatria com o conceito de erro para perceber se existia relação entre estas duas variáveis.

Os resultados apresentados referem-se portanto, à relação entre o tempo de serviço em pediatria e as respostas afirmativas à questão “Considera a situação um erro de terapêutica?”

Neste caso foi também utilizado o teste de Qui Quadrado (o valor da significância de 0,05) para averiguar se existe relação entre estas duas variáveis. (Quadro 7)

De salientar que realizando a análise do Teste do Qui-Quadrado, observamos que para todos os erros o valor prova é superior a 0,05 logo não podemos rejeitar a hipótese estatística (H0). Como tal, pode ser aceite a hipótese de que não existe relação

significativa entre o tempo de serviço de pediatria com a resposta afirmativa aos erros apresentados.

Quadro 7 – Tabela contingência da relação entre o tempo de serviço em pediatria e o conceito de erro de terapêutica em pediatria

	Tempo em pediatria ≤ 5 anos		Tempo em pediatria > 5 anos		Valor Prova
	N	%	N	%	
Erro 1	7	13,5	7	9,9	0,534
Erro 2	5	9,6	11	15,1	0,368
Erro 3	34	65,4	45	63,4	0,819
Erro 4	30	57,7	43	59,7	0,821
Erro 5	37	71,2	56	77,8	0,401

Tipos de erro de terapêutica em pediatria

O terceiro grupo de perguntas do questionário corresponde a uma escala de Lickert onde foi pedido aos enfermeiros para indicarem qual consideravam ser a frequência da ocorrência dos diferentes tipos de erros de terapêutica em pediatria, posicionando-se na escala. As hipóteses de resposta incluíam: “Nunca”, “Pouco frequente”, “Alguma frequência”, “Muito frequente”, “Sempre”.

As hipóteses de resposta foram agrupadas em 3 grupos:

- Raramente – incluído o “Nunca” e o “Pouco frequente”
- Algumas vezes – incluindo a “Alguma frequência”
- Frequente – incluído o “Muito frequente” e o “Sempre”.

Os diferentes tipos de erro foram apresentados aos enfermeiros incluindo uma breve definição de cada um deles, sendo eles:

- Erro de prescrição: Terapêutica prescrita pelo médico inadequada em relação à dose e/ou à via de administração e/ou à apresentação e/ou à frequência de administração, ou prescrição ilegível.
- Erro de Omissão: Não administração de uma dose ou de um medicamento prescrito.

- Erro no Horário: Administração da terapêutica fora do período de tempo pré-definido.
- Erro de preparação: Diluição ou reconstituição do medicamento incorrectas ou mistura de medicação incompatível.
- Erro na administração de medicamento não autorizado: Administração de medicação ou dose não prescrita, incluindo administração no doente errado.
- Erro devido à técnica incorrecta de administração: Procedimento técnico incorrecto ou uso de técnicas impróprias, velocidade errada de administração, etc.
- Erro de via: Administração do medicamento pela via errada.
- Erro na forma farmacêutica: Administração do medicamento em apresentação diferente da prescrita.
- Erro com medicamento deteriorado: Administração de medicação com comprometimento da integridade física ou química, incluindo medicação fora do prazo de validade.
- Erro de monitorização: Falha na revisão do esquema terapêutico prescrito.

Os resultados obtidos foram tratados através de análise estatística descritiva simples com os quais se construiu um gráfico. (Gráfico 4)

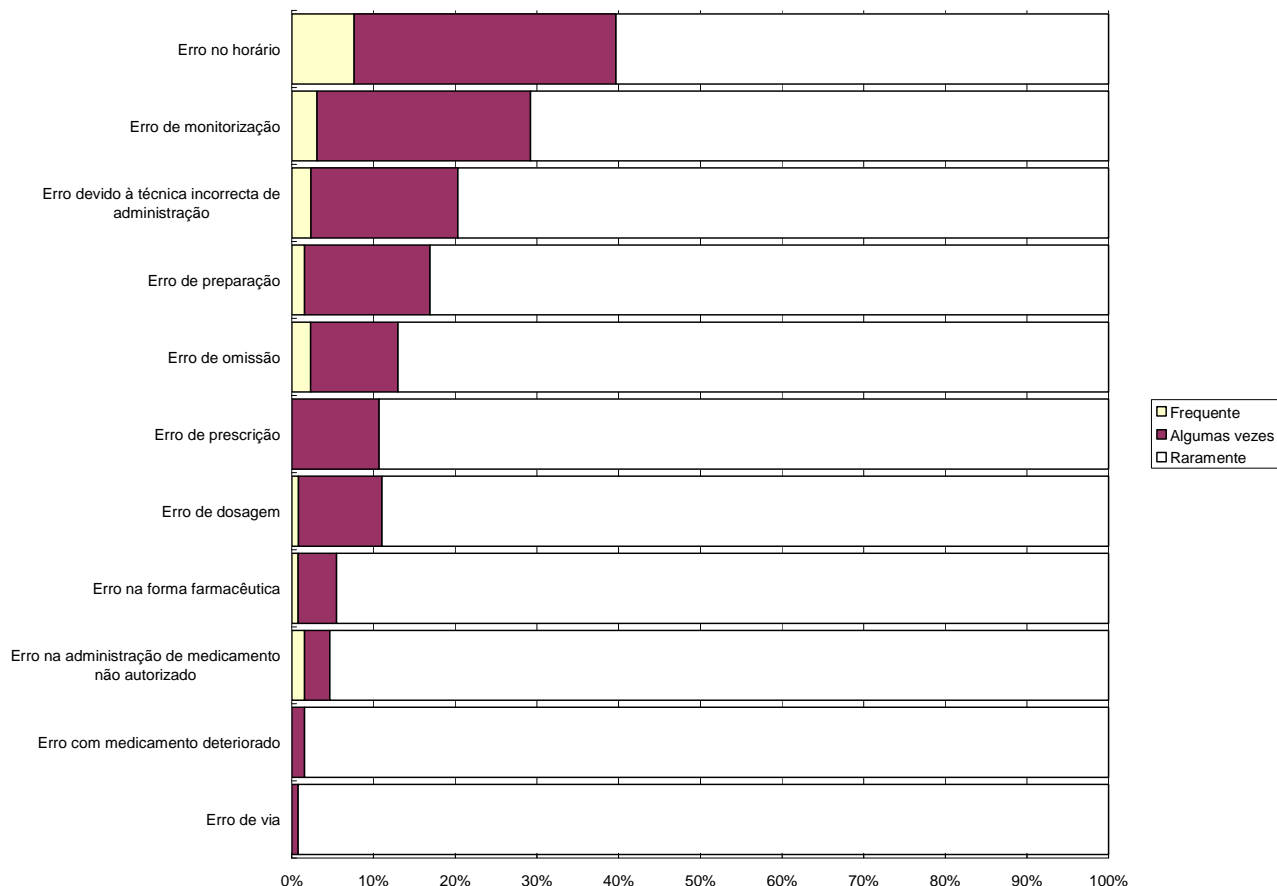
Realça-se que o facto de que, 32,1% dos enfermeiros consideram que o erro no horário ocorre algumas vezes e 7,6% consideram mesmo que este erro é frequente.

O erro de monitorização, onde ocorre uma falha na revisão do esquema terapêutico prescrito, é referido por 26% dos enfermeiros como aquele que ocorre algumas vezes e por 3,1% dos enfermeiros, como sendo um erro frequente.

De salientar ainda que, o erro na prescrição, o erro que acontece em consequência do uso de um medicamento deteriorado e o erro na via de administração, não são referidos por nenhum enfermeiro como sendo erros frequentes.

De um modo geral, da análise dos dados obtidos podemos concluir que os enfermeiros consideram que os diferentes tipos de erro com terapêutica em pediatria, ou nunca ocorrem ou ocorrem com pouca frequência.

Gráfico 4 – Distribuição da frequência dos diferentes tipos de erro de terapêutica em pediatria



Estratégias face ao erro de terapêutica em pediatria

O quarto grupo de questões apresentava algumas frases que correspondem a possíveis estratégias a desenvolver pelos enfermeiros quando ocorre um erro de terapêutica.

Foi solicitado aos enfermeiros que assinalassem a sua concordância ou discordância com cada uma das afirmações sendo as opções de resposta as seguintes: “Totalmente em desacordo”, “Em desacordo”, “Indeciso”, “De acordo” e “Totalmente de acordo”.

Também nesta questão, as hipóteses de resposta foram agrupadas em 3 grupos:

- Discordância – incluído o “Totalmente em desacordo” e o “Em desacordo”
- Sem opinião – incluindo o “Indeciso”
- Concordância - incluído o “De acordo” e o “Totalmente de acordo”

As frases sobre as quais os enfermeiros deveriam manifestar a sua opinião foram as seguintes:

- O enfermeiro deve sempre comunicar ao médico a ocorrência de um erro de medicação.
- O enfermeiro deve comunicar ao médico a ocorrência de um erro de medicação apenas se tal acarretar dano para o doente.
- O enfermeiro deve sempre comunicar a ocorrência de um erro de medicação à respectiva chefia.
- O enfermeiro deve comunicar a ocorrência de um erro de medicação à respectiva chefia apenas se tal acarretar dano para o doente.
- Quando ocorre um erro de medicação em pediatria, os familiares da criança devem ser sempre informados deste facto.
- Quando ocorre um erro de medicação em pediatria, os familiares da criança devem ser informados apenas se tal acarretar dano para a criança.
- Quando ocorre um erro de medicação em pediatria, os familiares da criança não devem ter conhecimento de tal facto.
- Os erros de medicação cometidos pelos enfermeiros nem sempre devem ser comunicados ou notificados.
- Os enfermeiros devem ser encorajados a participar em sistemas voluntários de comunicação de erros.
- Os enfermeiros devem falar com os restantes elementos da equipa sobre erros que tenham cometido para prevenir que estes ocorram novamente.

Os resultados obtidos foram tratados através de análise estatística descritiva simples e revelaram que 89,3% dos enfermeiros consideram que o médico deve ser sempre informado quando ocorre um erro com medicação apesar de 26% dos enfermeiros considerarem que, o erro só deve ser comunicado ao médico caso acarrete dano para o doente. (Gráfico 5)

No que diz respeito a informar os respectivos chefes, 64,9% dos enfermeiros considerou que o enfermeiro chefe deveria ser sempre informado quando ocorre um erro com terapêutica, no entanto, 17,6% dos enfermeiros mostraram-se indecisos face a informar o chefe ou não e 16,8% mostraram-se discordantes com esta atitude. Ainda assim, 35,1% dos enfermeiros considerou que só deveria comunicar a ocorrência de um erro de medicação à respectiva chefia em caso de este causar danos no doente.

No que toca a informar os familiares da criança quando ocorre um erro de medicação, a informação recolhida foi menos consensual, uma vez que 47,3% dos enfermeiros discordou do facto de se informar sempre os familiares quando ocorre um erro com terapêutica, sendo que 32,8% mostraram-se indecisos e apenas 18,3% dos enfermeiros concordaram com o facto de se fornecer sempre essa informação aos familiares.

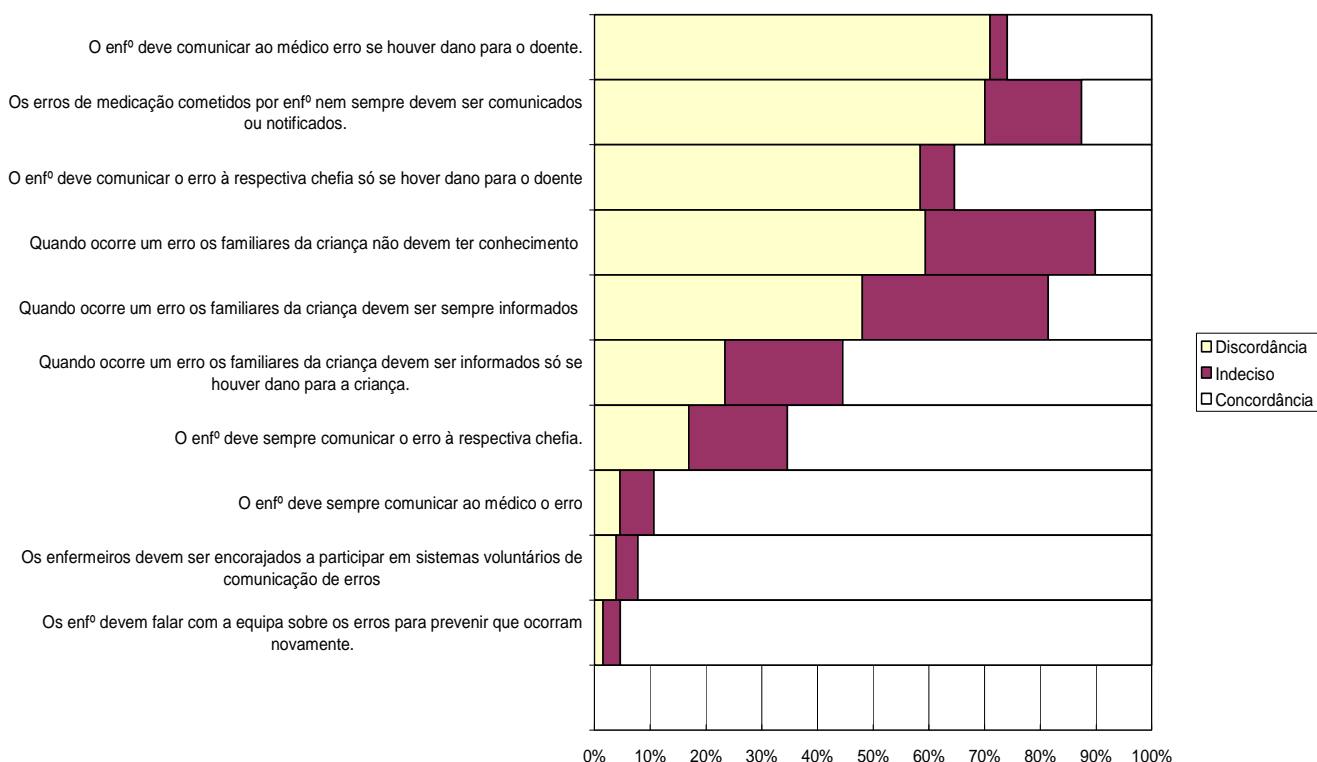
No caso de o erro com medicação implicar danos na criança, 54,2% dos enfermeiros concordou que nesse caso a família deveria ter conhecimento, apesar de 20,6% dos enfermeiros se mostrarem indecisos.

Sobre o facto de que nem sempre os erros de medicação devem ser comunicados ou notificados, 67,9% dos enfermeiros discordou desta afirmação, 16,8% mostraram-se indecisos e 12,2% concordaram com esta afirmação.

De um modo geral, os enfermeiros concordaram que devem ser encorajados a participar em sistemas voluntários de comunicação de erros (97,7%).

De salientar ainda que, 98,5% dos enfermeiros concordaram que se deve falar com a equipa sobre erros cometidos para prevenir que estes ocorram novamente.

Gráfico 5 – Distribuição dos resultados obtidos correspondentes às estratégias que os enfermeiros consideram que devem ser desenvolvidas face ao erro de terapêutica



Motivos para a sub-notificação de erros de terapêutica

Como já foi referido anteriormente, no sentido de conhecer as razões que os enfermeiros consideram estar na origem da sub-notificação de erros de terapêutica, foi incluída no questionário, uma pergunta aberta sobre este aspecto. Esta questão foi submetida a análise de conteúdo.

Bardin (2004) define análise de conteúdo como “ *um conjunto de técnicas da análise das comunicações*” e classifica a análise das respostas a perguntas abertas de um questionário como, análise de conteúdo do tipo classificatório.

Os resultados das respostas obtidas foram agrupados em 4 categorias:

- Factores pessoais do enfermeiro;
- Factores relacionados com a equipa de enfermagem;
- Factores institucionais;

- Outros factores.

No quadro seguinte são apresentadas as razões que foram referidas em cada uma das categorias.

Quadro 8 – Tabela com as razões referidas pelos enfermeiros para a sub-notificação de erros de terapêutica

<p>FACTORES PESSOAIS</p>	<p>Medo de consequências, de críticas negativas, punições e/ou penalizações; Competência posta em causa; Cobardia/ falta de coragem; Falta de profissionalismo; Dificuldade em assumir a culpa; Falta de conhecimentos; Procura do sucesso; Vergonha; Medo de enfrentar os familiares;</p>
<p>FACTORES INSTITUCIONAIS</p>	<p>Falta de cultura de notificação; Falta de protocolos de actuação e meios para notificar; Muita burocracia para notificar; Falta de formação e informação sobre o assunto; Falta de compreensão e apoio institucional. Represálias;</p>
<p>FACTORES DA EQUIPA</p>	<p>Pouca sensibilidade da equipa para reconhecer e compreender o erro; Falta de comunicação entre a equipa;</p>
<p>OUTRAS RAZÕES</p>	<p>Desvalorização das consequências; Não reconhecer ou detectar o erro; Esquecimento; Instabilidade profissional; Sobrecarga de trabalho; Exclusão profissional;</p>

6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação e a análise dos resultados obtidos neste estudo, evidenciamos agora a apreciação desses mesmos resultados à luz dos conhecimentos actuais sobre esta temática.

Os enfermeiros no âmbito de seu exercício profissional, inserem-se num contexto de actuação multiprofissional e como tal desenvolvem intervenções que podem ser de dois tipos: autónomas e interdependentes, sendo estas últimas as intervenções que são iniciadas por outros profissionais.

A administração de terapêutica é uma função interdependente dos enfermeiros que é referida pela OE no documento - Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2003) e de onde se destaca que, a administração de medicação prescrita é uma função do enfermeiro, que deve servir-se para isso das qualificação e dos conhecimentos que possui para detectar os efeitos secundários e actuar em conformidade, de modo a manter ou recuperar funções vitais em situações de emergência.

Actuar em conformidade numa situação de erro de medicação, pode implicar comunicar ao médico esse facto. Aliás, neste estudo uma percentagem considerável de enfermeiros (89,3%) considerou que o médico deveria ser sempre informado quando ocorre um erro com medicação, ao passo que 64,9% dos enfermeiros considerou que o enfermeiro chefe deveria ser sempre informado do erro.

Também neste estudo, os enfermeiros quando confrontados com situações de erro, apesar de nem sempre identificarem a situação como um erro, consideravam em algumas das situações, que o médico deveria ser informado, mas nem sempre consideraram que o enfermeiro chefe deveria ter conhecimento.

Esta opção dos enfermeiros de considerarem que o médico deve ter conhecimento das situações de erro com medicação poderá estar relacionado com o facto de a administração de medicação ser uma intervenção iniciada por esses profissionais, pelo que a responsabilidade neste processo é partilhada por ambos os profissionais que nele participam.

No entanto, os enfermeiros não podem escudar-se na responsabilidade médica, pois tem o dever de ter conhecimentos sobre a medicação que administram, e proceder em conformidade, em caso de erro.

A Ordem dos Enfermeiros (2003) salienta que “*Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde, o enfermeiro assume a responsabilidade técnica da sua implementação.*”

Face a esta afirmação, podemos inferir que o enfermeiro deverá assumir a responsabilidade dos seus actos seja quais forem as consequências, cumprindo as regras profissionais, técnicas e deontológicas, protegendo a pessoa humana e garantindo a excelência do exercício.

Comunicar a ocorrência de um erro de terapêutica ao médico, aos restantes elementos da equipa de enfermagem e ao doente/família, poderá não ser tarefa fácil para o enfermeiro, e nem sempre existe consenso nesta decisão.

Os resultados deste estudo revelaram isso mesmo, uma vez que, 47,3% dos enfermeiros discordou do facto de se informar sempre os familiares quando ocorre um erro com terapêutica e 32,8% mostraram-se indecisos, havendo uma percentagem considerável de enfermeiros (54,2%) que achavam que a família deveria ter conhecimento desse facto apenas se ele implicasse danos na criança.

Ora, a Carta da Criança Hospitalizada refere que as crianças e os pais têm o direito de receber informação sobre a doença e os tratamentos, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito. Como tal, a criança/família deveriam ter sempre conhecimento das situações de erro quando estas acontecem, e não apenas quando ocorre um dano.

Um estudo desenvolvido por Witman et al em 1996 revelou que, dos 149 doentes investigados, 98% eram a favor de saberem sobre os erros médicos que aconteceram nos seus tratamentos, concluindo ainda que o facto de se informar o doente sobre o erro poderia diminuir o número de processos e acções punitivas. (Carvalho e Vieira, 2002, p.266)

Apesar disto, muitos erros de terapêutica não são comunicados ou notificados e os motivos pelos quais tal acontece podem ser diversos.

Carvalho e Vieira citando Kraman (2002) referem que a maioria dos erros médicos não produz consequências perceptíveis aos pacientes e aos profissionais de saúde, passando por isso despercebidos como incidentes não usuais e isolados.

A percepção do enfermeiro do que constitui na prática em erro de terapêutica poderá ser uma das causas para que este não seja notificado ou comunicado. Os resultados do nosso estudo revelaram que alguns erros de terapêutica não foram considerados como tal pelos enfermeiros. Realçamos as situações de erro 1 e erro 2 onde uma grande parte

dos enfermeiros não considerou a situação um erro (89% e 86,7% respectivamente) Mesmos nas situações de erro 3 e 4, onde mais de 50% dos enfermeiros consideraram a situação um erro, uma percentagem considerável não os considerou erros, 35,5% na situação de erro 3 e 41,1% na situação de erro 4. Tais achados podem indicar que o conceito de erro nos enfermeiros inquiridos não é consensual.

Osborne e seus colaboradores (1999) referem um estudo realizado por Baker onde este salienta que, os enfermeiros redefinem o erro de medicação, baseados nas situações e nas suas competências de pensamento crítico.

O mesmo autor salienta que poderá haver necessidade de permitir ao enfermeiro ajuizar sobre as circunstâncias do erro pelo que nessas situações o termo “erro de medicação” poderá não ser o mais adequado. (Osborne e colaboradores, 1999)

No sentido de perceber se existia uma relação entre a categoria profissional do enfermeiro e o conceito de erro de terapêutica em pediatria relacionaram-se estas duas variáveis, tendo-se concluído que apenas face às situações de erro 2 e erro 4, se poderia aceitar uma relação significativa entre o facto de ter uma “categoria profissional” com a resposta afirmativa ao erro. Quando estabelecida a relação entre o tempo de exercício profissional dos enfermeiros em pediatria e o conceito de erro de medicação, verificamos que não existe relação significativa entre o tempo de serviço de pediatria com a resposta afirmativa aos erros apresentados. Este achado, vai aliás de encontro aos resultados obtidos num estudo realizado por Bohomol e Ramos (2006), que salientam que a experiência só por si, não oferece conhecimentos acrescidos sobre o erro de medicação e que o facto de cada profissional usar a sua própria opinião, conduz a definições subjectivas sobre estes eventos.

A pediatria, sendo uma área muito específica, comporta um conjunto de riscos de erros de medicação diferente os adultos. Alguns autores já referidos anteriormente, salientam que a probabilidade de ocorrência de erro com terapêutica em pediatria é maior do que nos adultos. Apesar de tudo, os estudos sobre esta temática são ainda escassos e os que existem são na sua maioria, realizados por médicos.

Alguns estudos já mencionados anteriormente, realizados no âmbito médico, referem o erro de prescrição como sendo muito comum. O estudo de Otero *et al* (2008) concluiu que o número de erros de medicação eram muito altos, principalmente no que diz respeito a erros de prescrição. Também um estudo de Vincer e colaboradores citado por Carvalho e Vieira (2002), realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal, revelou que 3% dos erros com medicação deviam-se a prescrição elegível, 1,9% deviam-

se a prescrição duvidosa, 4% eram devidos a prescrição de dose errada do medicamento e 28% ocorriam devido a não especificação da via de administração.

Apesar do que refere a bibliografia, no nosso estudo, os enfermeiros consideraram, de um modo geral que os diferentes tipos de erro com medicação em pediatria ocorrem raramente, sendo que nenhum enfermeiro considerou o erro de prescrição frequente e apenas 10,7% dos enfermeiros consideraram que ele ocorria algumas vezes.

O erro no horário, foi aquele que foi que foi identificado por 32,2% dos enfermeiros como sendo aquele que ocorre com alguma frequência e 7,1% consideraram mesmo que ele ocorre frequentemente. Este facto revelou-se interessante, na medida em que, apesar do erro no horário ser referido pelos enfermeiros como o mais frequente, ele não é identificado como tal pelos enfermeiros, quando estes foram confrontados com uma situação de erro no horário (situação de erro 1 do questionário). Este facto revela alguma ambiguidade nas respostas dos enfermeiros que responderam ao questionário.

O erro de monitorização, que se caracteriza por uma falha de revisão do esquema terapêutico prescrito, foi referido por 26% dos enfermeiros como aquele que ocorre algumas vezes e por 3,1% dos enfermeiros, como sendo um erro frequente, sendo o segundo erro mais referenciado pelos enfermeiros. Tal, pode estar relacionado com o facto de na instituição onde foram recolhidos os dados ainda não se executarem prescrições médicas electrónicas, sendo necessário que os enfermeiros façam a transcrição das prescrições. Landeiro (2005) refere que a prescrição electrónica para além de eliminar erros de transcrição, reduz a possibilidade de selecção errada de medicamentos, garantindo que as prescrições estejam completas e no formato adequado, o que facilita a verificação.

No que se refere a erros de terapêutica, há ainda muito a fazer, especialmente porque, como já foi dito, aquilo que se conhece sobre esta temática representa ainda a ponta do iceberg. A sub-notificação dos erros de terapêutica constitui um entrave para que se conheça melhor este problema.

Os enfermeiros que participaram neste estudo, referiram vários motivos pelos quais os erros não são comunicados ou notificados. O medo das consequências, das críticas negativas, das punições, bem como o medo de enfrentar os familiares foi mencionado por alguns enfermeiros. Outros enfermeiros referiram também como razões para a sub-notificação a cobardia, a vergonha, a falta de coragem, a falta de profissionalismo, a procura do sucesso.

Carvalho e Vieira (2002: 265) referem que em caso de erro: “O impacto emocional é grande, tipicamente uma mistura de medo, culpa, raiva, vergonha e humilhação, vivenciado de forma solitária”

O facto de o erro continuar ainda a ser encarado na perspectiva individual, atribuindo toda a responsabilidade ao indivíduo que o comete, contribui para que se continue a cultivar uma cultura de infalibilidade, censurando o profissional que comete um erro e dificultando a sua abordagem.

Talvez por estes motivos, os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros tenham ainda dificuldade em admitir um erro, bem como em reconhecê-lo como tal. Estas foram aliás, também razões mencionadas pelos enfermeiros que participaram no estudo, que contribuem para a sub-notificação dos erros.

Outras razões apontadas pelos enfermeiros foram a falta de cultura de notificação e de protocolos de actuação, o excesso de burocracia para notificar, a falta de compreensão e apoio institucional e a falta de formação e informação sobre o assunto. Os enfermeiros referem ainda a pouca sensibilidade da equipa para reconhecer e compreender o erro e a falta de comunicação entre a equipa.

De facto, os resultados revelaram que os enfermeiros consideraram como estratégias importantes a desenvolver face a um erro com terapêutica, a comunicação entre a equipa, no sentido da troca de experiências sobre situações de erro de medicação salientando também a importância de serem encorajados a participar em sistemas voluntários de comunicação de erros.

A consciencialização de que os erros acontecem é o primeiro passo para preveni-los, sendo no entanto necessária, a participação de todos os intervenientes do processo terapêutico, de modo a que haja um envolvimento efectivo na prevenção do erro de terapêutica.

No final da análise e discussão dos resultados obtidos no nosso estudo, tendo como linha orientadora as questões desta investigação, consideramos ter dados respostas aos objectivos definidos para este estudo.

7 - CONCLUSÃO

O presente estudo procurou conhecer a noção de erro de terapêutica na pediatria para os enfermeiros, procurando identificar as estratégias que os enfermeiros consideravam que deveriam ser desenvolvidas numa situação de erro.

Considerando os resultados obtidos podemos extrair como conclusão que as situações de erro apresentadas geraram nos enfermeiros dúvidas sobre até que ponto seriam ou não situações de erro, apesar disso os enfermeiros consideraram importante comunicar ao médico essas situações. Tais achados demonstram que a noção de erro de medicação não é consensual entre os enfermeiros.

A indispensabilidade em avisar o médico que os enfermeiros referiram em várias situações, poderá estar relacionada com o facto de a administração de medicação ser uma função interdependente dos enfermeiros, e portanto iniciada pelo médico.

Este estudo não revelou existir relação entre o facto de os enfermeiros o conceito de erro de terapêutica e a categoria profissional e o tempo de exercício profissional em pediatria.

O erro de horário e o erro de monitorização, foram considerados pelos enfermeiros, como aqueles que ocorrem com mais frequência em pediatria, apesar de a bibliografia mencionar o erro de prescrição como um dos mais frequentes. Contudo, os enfermeiros quando confrontados com uma descrição de uma situação de erro no horário, não o identificaram como tal, o que nos parece ambíguo.

Comunicar a ocorrência de um erro de terapêutica ao médico, aos restantes elementos da equipa de enfermagem e ao doente/família, poderá não ser tarefa fácil para o enfermeiro. Esta questão revelou que nem sempre existe acordo nesta decisão.

A maioria dos enfermeiros considerou importante avisar o médico de um erro de medicação, no entanto uma grande percentagem considerou que os familiares da criança apenas deveriam ter sempre conhecimento do facto de este resultassem dano para a criança.

Atendendo a que as crianças e os pais têm o direito de receber informação sobre todo o processo terapêutico, e tendo por base que o enfermeiro deve reger o seu desempenho guiado por princípios éticos, morais e deontológicos, o doente ou neste caso o familiar responsável por ele, tem o direito de ser informados quando algo corre mal, pelo que o enfermeiro tem o dever de comunicar tal facto.

As razões referidas pelos enfermeiros para a sub-notificação de erros de medicação foram variadas desde o medo, à falta de cultura de notificação, falta de profissionalismo,

vergonha, falta de meios para notificar, pouco apoio institucional, não reconhecimento do erro, desvalorização das consequências, entre outras, já mencionadas.

A realização deste estudo permitiu constatar que esta temática é ainda desvalorizada, não existindo muitos estudos de investigação em enfermagem portugueses sobre o erro de medicação em pediatria, salientando-se por isso a necessidade de este assunto ser mais aprofundado.

Para além disso, revelou-se ainda importante a necessidade de estabelecer entre as equipas, uma comunicação aberta, clara e sem censura sobre este assunto, que permita a troca de experiências. Uma sugestão para pôr em prática esta recomendação, será a inclusão nos serviços de uma caixa fechada onde os enfermeiros poderão colocar dúvidas, acontecimentos, receios, relatos de situações que tiveram conhecimento, etc, sendo que de x em x tempo poderão realizar-se reuniões com o objectivo de analisar o conteúdo da informação recolhida.

Consideramos que para além das medidas estandardizadas e recomendadas pelas entidades que se dedicam a este assunto para prevenir erros com medicação, a abordagem justa e não punitiva do erro, bem como uma cultura organizacional baseada na confiança, são igualmente fundamentais para a desmistificação dos erros, facilitando uma análise objectiva dos mesmos.

Concluimos ainda, que para além destas medidas, existe uma necessidade imperiosa de realizar formação aos profissionais de saúde sobre este assunto, mais concretamente sobre o que constitui um erro de medicação e em que circunstâncias o erro deve ser notificado.

A possibilidade de erro estará sempre presente no dia-a-dia do enfermeiro, no entanto compete a estes profissionais adoptar uma atitude compreensiva e tolerante face a este assunto, procurando agir sempre de acordo com os princípios que regem a profissão.

8 – BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Maria Helena - A qualidade em saúde. *Ordem dos Enfermeiros*. nº 3, 2001, p.39-40.

BARDIN, Laurence – *Análise de conteúdo*. 3ª ed. Lisboa: Edições 70,Lda. 2004

BATES, W. – Using information technology to reduce rates of medication errors in hospitals. *BMJ*. 320, 2000.

BENNER, Patrícia – De principiante a perito. *Revista Servir*. 44, nº 3, 1996

BOHOMOL, Elena; RAMOS, Helena Lais - Percepcion about medication errors: analysis of answers by a nursing team. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 14, nº6, 2006.

CARVALHO, Manoel; VIEIRA, Alan - Erro médico em pacientes hospitalizados. *Jornal de Pediatria*. 78, nº4, 2002, p. 265.

CARVALHO, Viviane; CASSINI, Sílvia – Erros na medicação e consequências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 10, nº4, 2002

CHEDOE, Indra e colaboradores – Incidente and nature of medication errors in neonatal intensive care with strategies to improve safety. *Drug Safety*. 30, nº6, 2007

COIMBRA, Jorséli; VALSECHI, Elizabeth; CARVALHO, Maria; PELLOSO, Sandra – Sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária: reflexões para a prática de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 6, nº4, 1998.

COIMBRA, Jorséli; CASSINI, Sílvia - Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 9, nº 2, 2001, p.57.

COMMITTEE ON DRUGS AND COMMITTEE ON HOSPITAL CARE - Prevention of medication Error in the Pediatric Inpatient Setting, *Pediatrics*. 112, nº2, 2003, p. 443.

DECRETO-LEI 104/98, D.R., I Série – A, nº 93 (21/04/1998), p.1739-1756.

DHILLON, B.S. - *Human reliability and error in medical system*. Canadá: World Scientific, 2003.

DOWDELL, Elizabeth – Pediatric medical errors, part 1: the case. *Pediatric Nursing*. 30, nº4, 2004

ELHART, Dorothy et al – *Princípios Científicos em Enfermagem*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, Lda., 1983.

FERNER, Robin; ARONSON, Jeffrey – Clarification of Terminology in Medication Errors. *Drug Safety*. 29, nº 1, 2006, p.1011-1022

FORTIN, Marie-Fabienne – *O processo de investigação: da conceptualização à realização*. Loures: Edições Técnicas e Científicas, Lda., 1999

LANDEIRO, Maria José Lumini - *O problema da transcrição das prescrições médicas num sistema de informação em suporte de papel*. Dissertação de Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto, 2005.

LEAPE, L. et al - Reducing adverse drugs events: lessons from a breakthrough series collaborative. *Jt Comm.J.Qual.Improv.* 25(6), 321-331.

FERREIRA, M.; DIAS, M. - *Ética e profissão – Relacionamento Interpessoal em Enfermagem*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2005.

FRAGATA, José; MARTINS, Luís - *O erro em Medicina*. Coimbra: Almedina, 2004.

GHALEB, Maisoon; WONG, Ian - Erros de Medicação em Doentes Pediátricos. *Actualidade em Pediatria*. 14, nº2, 2006, p.63

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - *Patient Safety position statement*, 2002.

Consultado em 15 de Janeiro de 2009 através de:
<http://www.patienttalk.info/pspatientsafe.htm>

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS - *Preventing pediatric medication errors*, 2008. Consultado em 4 de Dezembro de 2008 através de: http://www.jointcommission.org/sentineleventsalert/sea_39.htm

KHON, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M.S - *To err is human: building a safer health system*. Committee on Health Care in América. Institute of Medicine Washington, DC: Nacional Academy Press, 1999.

LUK, Leung. et al - Nursing management of medication errors. *Nursing Ethics*. 15, nº1, 2008, p. 29.

MARINHEIRO, Providência – *Enfermagem de Ligação: cuidados pediátricos no domicílio*. Coimbra: Quarteto Editora, 2002

MATALON, Benjamin; GHIGLIONE, Rodolph – *O inquérito – Teoria e prática*. 2ª ed. Mafra: Rolo & Filhos. 1993

MCBRIDE-HENRY, Karen; FOUREUR, Maralyn – Medication administration errors: understanding the issues. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 23, nº3, 2006.

MCCORMICK, Ernest. J.; TIFFIN, Joseph - *Psicologia Industrial*. 2ªed. São Paulo: EPU - Editora Pedagógica Universitária.

MIASSO, Adriana.; CASSINI, Sílvia - Erros na Administração de Medicamentos: Divulgação de Conhecimentos e Identificação do Paciente como Aspectos Relevantes. *Revista Esc. Enf. USP*. 34, nº1, 2000, p. 16-25.

NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION – *About medication errors - What is a medication error?* Consultado em 17 de Agosto de 2008 através de: <http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html>

NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION – Taxonomy of medication errors. Consultado em 17 de Agosto de 2008 através de <http://www.nccmerp.org/aboutmederrorss.htm>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Competências dos enfermeiros de cuidados gerais. *Ordem dos Enfermeiros*. 8, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Segurança do doente. *Ordem dos Enfermeiros*. 17, 2005, p. 1-64.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. - *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Ordem dos Enfermeiros, 2005.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Tomada de posição sobre a Segurança dos Doentes. *Ordem dos Enfermeiros*. 2006.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Países Europeus querem reformar sistemas de saúde. *Ordem dos Enfermeiros*. 30, 2008, p. 55-58.

OSBORNE, Joan; BLAIS, Kathleen; HAYES, Janice S - Nurse's perceptions – when it is a medication error? *JONA*. 29, nº4, 1999

OTERO, Paula; LEYTON, Andrea; MARIANI, Gonzalo; CERNADAS, José - Medication Error in Pediatric Inpatients: Prevalence and Results of a Prevention Program. *Pediatrics*. 122, nº3, 2008, p. 743.

PARSONS, D. W. (2004), A segurança do paciente nos Estados Unidos da América. In: Cassini, S. H. B. e Ueta, J. (Ed.), *A segurança dos pacientes na utilização da medicação*. São Paulo: Artes Médicas.

PEDROSA, Aliete - Aspectos práticos da aplicação do direito à enfermagem. *Revista Referência*. 2, nº1, 2005, p.74.

PEGORARO, Olinto - *Ética e Bioética – da subsistência à existência*. Brasil: Editora Vozes, 2002.

PEREIRA, Alexandre – *SPSS – Guia prático de utilização. Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. 7ª ed. Lisboa; Edições Sílabo, Lda. 2008

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernardette – *Fundamentos para a pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1995.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernardette – *Investigacion científica en ciencias de la salud*. 6ª ed. McGraaw-Hill Interamericana Editores, 2000.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van – *Manual de investigação em ciências sociais*. 2ª ed. Lisboa: Gradiva – Publicações, 1998.

REASON, James - Human error: models and management. *British Medical Journal*, 320, 2000, p.768-770. Consultado em 12-01-2009 através de <http://www.bmjournals.com/cgi/reprintform>.

REASON, James; HOBBS, A. - *Managing Maintenance Error: A Practical Guide*. England: Ashgate Publishing Company, 2004.

RODRIGUÉZ, Pilar; SANCHEZ, Matilde; FERNÁNDEZ, Carmen; PAZOS, Carmen – *Cómo construir un cuestionario*. Revista Rol de Enfermaria, nº185, 1994

ROSEMAN, Connie; BOOKER, John M. – Workload and environmental factors in hospital medication errors. *Nursing Research*. 44, nº4, 1995.

SERRÃO, Daniel – Erro médico evitável. *Acção Médica*. 68, nº 1, 2004.

SOUSA, Paulo - Sistemas de saúde e a segurança dos doentes. *Nascer e Crescer*. 15, nº3, 2006, p.163-167.

STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. – *Investigação qualitativa em enfermagem – Avançando o imperativo humanista*. 2ª ed. Loures: Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2002

WALSH, K. E. ; KAUSHAL, R. ; CHESSARE, J.B. - How to avoid paediatrics medication errors: a user's guide to the literature. *British Medical Journal*, 90, 2005, p.698-702. Consultado em 14 de Abril de 2009 através de <http://adc.bmj.com/cgi/content/abstratc/90/7/698>

WEIR, Vicky L. – Best-practice protocols: preventing adverse drug events. *Nursing Management*. 2005. Consultado em 16-03-2009 através de www.nursingmanagement.com

WILSON, D.; MCARTNEY, R.; NEWCOMBE, R.; STUART, A. – Medication errors in a paediatric practice: insights from a continuous quality improvement approach. *Eur J Pediatr*. 157, 1998

WONG, Ian; GHALEB, Maisoon; FRANKLIN, Bryony; BARBER, Nick – Incidence and nature of dosing errors in a paediatric medication. *Drug Safety*. 27, 2004, p.661-670.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Quality of care: patient safety. Fifty – fifth world health assembly. 2002. Consultado em 16-03-2009 através de: www.who.int/

ANEXOS

ANEXO 1

Para: ENF.ª CARLA ALVES
SERVIÇO DE PEDIATRIA
CHP – HOSPITAL MARIA PIA

De: PRESIDENTE DO CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO

Fax: _____ Data: 12 DE SETEMBRO DE 2008

Tel.: _____ Págs.: _____

Ref.: *N/REF.º 066/08 (046-DEFI/NA-CES) CC: _____

Urgente Apreciar p.f. Comentar p.f. Responder p.f. Fazer circular p.f.

ASSUNTO: Trabalho Académico – “Erro de terapêutica em Pediatria: percepção dos enfermeiros”

Em resposta ao solicitado por V.ª Ex.ª, em carta datada de 30 de Maio de 2008, informo que, após apreciação por parte do Gabinete Coordenador de Investigação/DEFI, foi emitido **parecer favorável** sobre o assunto em epígrafe pelo que nada há a opor à realização do mesmo nesta Instituição, nos Serviços de Cirurgia(HMP), Consulta Externa(HMP), Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos, Nefrologia(HMP), Pediatria, Urgência(HMP) e Bloco Operatório(HMP), sendo Investigadora Principal a Enf.ª Carla Alexandra Silva Alves.

Com os melhores cumprimentos,


Sollari Allegro
Presidente do C.A.

* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.ª.

ANEXO 2

NOTA EXPLICATIVA

Exmo. Senhor(a) Enfermeiro(a):

Chamo-me Carla Alexandra Silva Alves, sou enfermeira e encontro-me a frequentar o 14º Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. No âmbito deste curso estou a desenvolver um estudo subordinado ao tema: “ Erro de Terapêutica em Pediatria - percepção dos enfermeiros”.

Pretende-se com este trabalho aprofundar conhecimentos sobre o que pensam os enfermeiros do erro de terapêutica, e não propriamente investigar esses erros.

Os objectivos deste trabalho são:

- Identificar a noção de erro de terapêutica na pediatria para os enfermeiros;
- Identificar que tipos de erros de terapêutica os enfermeiros consideram ocorrer com mais frequência, na pediatria;
- Conhecer quais as estratégias que os enfermeiros consideram que devem ser desenvolvidas quando ocorrem erros de terapêutica;
- Conhecer quais as razões, os enfermeiros consideram contribuir para a sub-notificação dos erros de terapêutica.

Para conseguir concretizar o meu estudo necessito da sua colaboração, pelo que venho pedir-lhe que responda ao seguinte questionário com o máximo de sinceridade, garantindo-lhe desde já que as suas respostas serão tratadas com toda a **confidencialidade e anonimato**.

O preenchimento deste questionário é voluntário e relembro mais uma vez que não é objecto de estudo a “caça ao erro” mas sim saber o que pensam os enfermeiros sobre esta questão.

Após o preenchimento o questionário deve ser colocado em caixa própria para o efeito.

Obrigado desde já pela sua atenção.

QUESTIONÁRIO

1 – Dados Biográficos

1.1 – Categoria Profissional:

Enfermeiro

Enfermeiro Graduado

Enfermeiro Especialista

1.2 – Tempo de exercício na profissão..... Anos

1.3 – Tempo de exercício no actual serviço Anos

2 – Abaixo estão descritas algumas situações que podem ocorrer na prática clínica. Leia-a atentamente cada uma delas e responda:

2.1 – A criança X tem prescrito furosemida 5 mg por via endovenosa às 12 horas. No entanto esta medicação é administrada 3 horas após a hora prevista pois a criança ausentou-se para realizar exames complementares de diagnóstico.

2.1.1 - Considera tal situação um erro de medicação?

Sim Não

2.1.2 - Considera que o médico deve ser informado?

Sim Não

2.1.3 - Considera que o enfermeiro chefe deve ser informado?

Sim Não

2.2 – O lactente A tem prescrito paracetamol 125 mg via rectal às 16 horas. À hora referida a enfermeira, não administra o fármaco uma vez que o lactente se encontra a dormir, está apirético e aparentemente sem dor.

2.2.1 - Considera que o enfermeiro cometeu um erro de medicação?

Sim Não

2.2.2 - Considera que o médico deve ser informado?

Sim Não

2.2.3 - Considera que o enfermeiro chefe deve ser informado?

Sim Não

2.3 – Um determinado fármaco é prescrito pelo médico com um erro na dosagem. O enfermeiro administra esse mesmo fármaco de acordo com a prescrição.

2.3.1 - Considera que o enfermeiro cometeu um erro de medicação?

Sim Não

2.3.2 - Considera que o médico deve ser informado?

Sim Não

2.3.3 - Considera que o enfermeiro chefe deve ser informado?

Sim Não

2.4 – No dia 10/01/2008 a prescrição médica de um analgésico é suspensa à criança Y. No dia seguinte, a criança Y apresenta-se queixosa e aparentemente com dor, pelo que o enfermeiro lhe administra o analgésico que havia sido suspenso no dia anterior.

2.4.1 - Considera que o enfermeiro cometeu um erro de medicação?

Sim Não

2.4.2 - Considera que o médico deve ser informado?

Sim Não

2.4.3 - Considera que o enfermeiro chefe deve ser informado?

Sim Não

2.5 – O lactente B tem prescrito administração de paracetamol 90 mg por via oral se a sua temperatura axilar for superior a 38° C. Quando o lactente se apresenta febril o enfermeiro, com base nos seus conhecimentos e sabendo que tal dose não surtirá efeito, administra ao lactente 120 mg de paracetamol por via oral.

2.5.1 - Considera que o enfermeiro cometeu um erro de medicação?

Sim Não

2.5.2 - Considera que o médico deve ser informado?

Sim Não

2.5.3 - Considera que o enfermeiro chefe deve ser informado?

Sim Não

3 – Os erros de terapêutica são um problema complexo, uma vez que podem ter diversas causas e envolver diferentes profissionais (médicos, enfermeiros, farmacêuticos).

Assim sendo, indique qual pensa ser a frequência da ocorrência dos diferentes tipos de erros de terapêutica em pediatria:

	Nunca	Pouco Frequente	Alguma Frequência	Muito Frequente	Sempre
3.1 – Erro de prescrição: Terapêutica prescrita pelo médico inadequada em relação à dose e/ou à via de administração e/ou à apresentação e/ou à frequência de administração, ou prescrição ilegível.					
3.2 – Erro de Omissão: Não administração de uma dose ou de um medicamento prescrito.					
3.3 – Erro no Horário: Administração da terapêutica fora do período de tempo pré-definido.					
3.4 – Erro de dosagem: Administração de uma dose maior ou menor do que a prescrita.					
3.5 – Erro de preparação: Diluição ou reconstituição do medicamento incorrectas ou mistura de medicação incompatível.					
3.6 – Erro na administração de medicamento não autorizado: Administração de medicação ou dose não prescrita, incluindo administração no doente errado.					
3.7 – Erro devido à técnica incorrecta de administração: Procedimento técnico incorrecto ou uso de técnicas impróprias, velocidade errada de administração, etc.					
3.8 – Erro de via: Administração do medicamento pela via errada.					

	Nunca	Pouco Frequente	Alguma Frequência	Muito Frequente	Sempre
3.9 – Erro na forma farmacêutica: Administração do medicamento em apresentação diferente da prescrita.					
3.10 – Erro com medicamento deteriorado: Administração de medicação com comprometimento da integridade física ou química, incluindo medicação fora do prazo de validade.					
3.11 – Erro de monitorização: Falha na revisão do esquema terapêutico prescrito.					

4 – As afirmações que se seguem referem-se a possíveis estratégias a desenvolver pelos enfermeiros face ao erro de terapêutica.

Assinale com um "X" a sua concordância com cada uma das seguintes afirmações:

	Totalmente em desacordo	Em desacordo	Indeciso	De acordo	Totalmente de acordo
4.1 - O enfermeiro deve sempre comunicar ao médico a ocorrência de um erro de medicação.					
4.2 - O enfermeiro deve comunicar ao médico a ocorrência de um erro de medicação apenas se tal acarretar dano para o doente.					
4.3 - O enfermeiro deve sempre comunicar a ocorrência de um erro de medicação à respectiva chefia.					
4.4 - O enfermeiro deve comunicar a ocorrência de um erro de medicação à respectiva chefia apenas se tal acarretar dano para o doente.					

	Totalmente em desacordo	Em desacordo	Indeciso	De acordo	Totalmente de acordo
4.5 - Quando ocorre um erro de medicação em pediatria, os familiares da criança devem ser sempre informados deste facto.					
4.6 - Quando ocorre um erro de medicação em pediatria, os familiares da criança devem ser informados apenas se tal acarretar dano para a criança.					
4.7 - Quando ocorre um erro de medicação em pediatria, os familiares da criança não devem ter conhecimento de tal facto.					
4.8 - Os erros de medicação cometidos pelos enfermeiros nem sempre devem ser comunicados ou notificados.					
4.9 - Os enfermeiros devem ser encorajados a participar em sistemas voluntários de comunicação de erros.					
4.10 - Os enfermeiros devem falar com os restantes elementos da equipa sobre erros que tenham cometido para prevenir que estes ocorram novamente.					

5 – Vários estudos evidenciam pouca notificação dos erros de terapêutica.

Indique quais considera serem as razões, que contribuem para esta sub-notificação.
