

Sílvia Cristina Pereira da Silva

Erros de medicação – Conhecimentos dos alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura em
Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2011

Erros de medicação – Conhecimentos dos alunos do 4º ano de Enfermagem da Universidade Fernando
Pessoa

Sílvia Cristina Pereira da Silva

Erros de medicação – Conhecimentos dos alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura em
Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2011

Erros de medicação – Conhecimentos dos alunos do 4º ano de Enfermagem da Universidade Fernando
Pessoa

Sílvia Cristina Pereira da Silva

Erros de medicação – Conhecimentos dos alunos do 4º ano de Enfermagem da
Universidade Fernando Pessoa

Assinatura:

“Projecto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de Licenciada em Enfermagem”

Sumário

Os erros de medicação são uma realidade existente na área de saúde, que anualmente atinge um elevado número de pacientes.

A administração de medicação é uma das normas que os enfermeiros mais realizam ao longo de um turno de trabalho. Como se sabe, nem sempre as condições de trabalho são as ideais, o que pode facilitar a ocorrência do erro.

Se for tido em conta que existem vários tipos de erros e vários factores que os podem provocar, torna-se facilmente perceptível que é necessário criar medidas, para reduzir esta tendência.

Para a realização deste trabalho foram colocadas as seguintes questões de investigação: “Quais os conhecimentos dos alunos do 4ºano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, sobre erros de medicação?”; “Quais foram os erros cometidos pelos alunos de Enfermagem do 4ºano da Universidade Fernando Pessoa, durante os ensinamentos clínicos?”; “Qual é a realidade vivenciada pelos alunos do 4ºano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, perante um erro de medicação cometido por um enfermeiro?”; “A realização de mais ensinamentos clínicos influencia os conhecimentos dos alunos do 4ºano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa?”.

O estudo é do tipo descritivo/exploratório, com abordagem quantitativa. A população é constituída pelos alunos do 4ºano de Enfermagem da UFP. A amostra foi conseguida por amostragem não probabilística acidental, e é constituída por 44 elementos.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário, constituído por perguntas abertas e fechadas, da autoria da aluna responsável pelo estudo. A aplicação do mesmo visa a recolha de dados para atingir os seguintes objectivos da investigação: “Identificar os conhecimentos dos alunos do 4ºano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, sobre erros de medicação”; “Descrever se os alunos do 4ºano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, já cometeram algum tipo de erro de medicação durante os ensinamentos clínicos”; “Descrever a realidade vivenciada pelos alunos do 4ºano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, perante um erro de medicação cometido por um enfermeiro”; “Identificar se a realização de mais ensinamentos

clínicos influencia os conhecimentos dos alunos do 4ºano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, sobre erros de medicação”.

Depois de realizado o estudo, pode-se referir os seguintes factos:

- A maioria da amostra apresenta conhecimentos suficientes sobre erros de medicação;
- Durante os ensinamentos clínicos, 9 alunos admitiram ter cometido um erro de medicação. Os erros mais comuns são a administração de medicação ao doente errado e administração de medicação em doses incorrectas;
- Ao longo dos ensinamentos clínicos, 7 elementos referem ter presenciado um erro de medicação cometido por um enfermeiro. Porém, apenas 1 inquirido admite que esse profissional foi repreendido verbalmente;
- A realização de mais ensinamentos clínicos não influencia os conhecimentos que os estudantes do 4ºano da Licenciatura de Enfermagem da UFP apresentam sobre erros de medicação.

Abstract

Medication errors are a reality that exists in health care, which annually reaches a high number of patients.

The administration of medication is one of the standards that nurses perform more over a work shift. As you know, working conditions are not always ideal, which may facilitate the occurrence of the error.

If it is taken into account that there are several types of errors and a number of factors that can cause, it becomes readily apparent that it is necessary to develop measures to reduce this trend.

For this work were asked the following research questions: “What knowledge of the 4th year students of Nursing at the University Fernando Pessoa, about medication errors?”; “What were the mistakes made by nursing students in the 4th year of University Fernando Pessoa, during clinical placements?”; What is the reality experienced by the 4th year Nursing students at the University Fernando Pessoa, after a medication error committed by a nurse?”; “The realization of more clinical teaching influence the knowledge of the 4th year Nursing students at the University Fernando Pessoa?”.

The study is a descriptive / exploratory with quantitative approach. The population consists of students in the 4th year of Nursing at the UFP. The sample was obtained by sampling non-probability accidental, and consists in 44 elements.

The data collection tool used was a questionnaire consisting in open and closed questions, designed by the responsible student for the study. The application of the same data collection aims to achieve the following research objectives: ”Identify the knowledge of the 4th year Nursing students at the University Fernando Pessoa, on medication errors”; “Describe if the 4th year Nursing students at the University Fernando Pessoa, have committed some type of medication error during clinical placements”; “Describe the reality experienced by the 4th year Nursing students at the University Fernando Pessoa, before a medication error committed by a nurse”; “Identify whether the need for further clinical teaching, influence the knowledge of the 4th year Nursing students at the University Fernando Pessoa, on medication errors”.

After performing the study, we can mention the following facts:

- Most of the students sample has sufficient knowledge of medication errors;
- During clinical teaching, nine students admitted to having committed a medication error. The most common errors are the administration of medication to the wrong patient and administration of wrong medication in incorrect doses;
- Over the clinical placements, seven elements reported to having witnessed a medication error committed by a nurse. However, only one respondent admits that this error was verbally reprimanded;
- Conducting more clinical teaching does not influence the knowledge that 4th year nursing students of UFP presented on medication errors.

Dedicatória

Aos meus pais, Maria e Domingos, por tudo aquilo que sempre me proporcionaram.

Dedico especialmente ao meu pai, para que a alegria que certamente sentirá, com a concretização deste meu sonho, se transforme em força e esperança para ultrapassar de forma vitoriosa a etapa em que se encontra. TU CONSEGUES!

Agradecimentos

Aos meus pais, por todo o carinho, apoio, compreensão, que sempre me apoiaram e acreditaram que eu seria capaz.

À minha irmã, Alexandra, por todo o incentivo que sempre me deu.

Ao meu namorado, Rui, por todo o apoio, carinho, alegria e compreensão pelas minhas diversas ausências.

À minha avó, Maria, que apesar de todas as dificuldades que surgiram na sua vida, conseguiu sempre manter-se forte e com um bom humor contagiante.

A todos os meus familiares e amigos, que de forma sincera se preocupam comigo e sempre me transmitiram força e confiança. Destes realço os primos Márcio, Raquel, e Ricardo, e sem dúvida a pequenita “Fuão” (Maria João), que com apenas dois anos vários são os bons momentos que nos proporciona! À minha amiga, Joana Vale, que se revelou uma boa surpresa ao longo destes quatro anos.

À minha orientadora neste projecto, Prof. Marta Silva, pela sua disponibilidade e conselhos transmitidos.

A todos os orientadores com quem me cruzei nos ensinamentos clínicos e me proporcionaram um crescimento importante enquanto enfermeira, em especial a Enf. Susana Carneiro e a Enf. Teresa Bastos.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	18
I.FASE CONCEPTUAL	21
1.1. – Justificação do tema.....	21
1.2. – Objectivos do estudo.....	22
1.3. – Pergunta de partida.....	22
1.3.1 – Questões de investigação.....	23
1.4. – Definição de erro de medicação.....	23
1.5. – Categorização dos erros de medicação.....	24
1.6. – Tipos de erros de medicação.....	25
1.7. – Causas dos erros de medicação.....	26
1.7.1. – Factores contributivos do erro.....	27
1.8. – Atitudes face ao erro.....	28
1.9. – Administração de medicação: processo multiprofissional.....	29
1.10. – O enfermeiro na administração de medicação.....	30
1.11. – Epidemiologia dos erros de medicação.....	32
1.12. – Custos dos erros de medicação.....	33
1.13. – Segurança do doente.....	34
1.14. – Origem das organizações envolvidas na identificação e redução dos erros de medicação.....	36

II. FASE METODOLÓGICA	38
2.1. – Princípios éticos.....	38
2.2. – Tipo de estudo.....	39
2.3. – População e Amostra.....	40
2.4. – Processo de amostragem.....	41
2.5. – Variáveis.....	41
2.5.1 – Operacionalização das variáveis.....	41
2.6. – Instrumento de colheita de dados.....	42
2.6.1. – Pré-teste.....	43
2.7. – Tratamento e Análise de dados.....	43
III. FASE EMPÍRICA	45
3.1. Caracterização da amostra.....	45
3.2. Apresentação dos resultados relativamente aos conhecimentos dos alunos sobre erros de medicação.....	48
3.3. Associação entre as variáveis.....	61
3.4. Discussão dos resultados.....	63
IV. CONCLUSÃO	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70

ANEXOS:

ANEXO I – Cronograma

ANEXO II – Instrumento de colheita de dados

ANEXO III – Tabela de avaliação de conhecimentos

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos indivíduos por género.....	45
Gráfico 2 – Distribuição dos indivíduos por idades.....	46
Gráfico 3 – Distribuição dos ensinios clínicos realizados.....	46
Gráfico 4 – Distribuição dos ensinios clínicos por completar.....	47
Gráfico 5 – Distribuição referente à formação recebida sobre os tipos de erros de medicação, factores e as formas de prevenção.....	47
Gráfico 6 – Distribuição referente à definição de erro de medicação.....	48
Gráfico 7 – Distribuição dos tipos de erros mais frequentes.....	49
Gráfico 8 – Distribuição da principal causa de erro de medicação.....	50
Gráfico 9 – Distribuição do número de mortes por ano, vítimas de erros de medicação.....	51
Gráfico 10 – Distribuição da ocorrência de erros nas diferentes fases.....	51
Gráfico 11 – Distribuição referente ao factor mais importante para reduzir os erros de medicação.....	52
Gráfico 12 – Distribuição da atitude face ao erro.....	53
Gráfico 13 – Distribuição da ocorrência de erros de medicação cometidos pelo aluno.....	54
Gráfico 14 – Distribuição do conhecimento dos alunos da ocorrência de erros cometidos pelos enfermeiros.....	56
Gráfico 15 – Distribuição referente ao sentimento se foi devidamente preparado para reagir face ao erro.....	58
Gráfico 16 – Distribuição referente à opinião dos alunos se possuem conhecimentos de farmacologia suficientes para actuar em segurança.....	60

Gráfico 17 – Distribuição dos conhecimentos dos alunos por níveis.....62

Gráfico 18 – Distribuição dos conhecimentos dos alunos por score.....62

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Escala dos níveis de conhecimentos.....	42
Quadro 2 – Distribuição dos tipos de erros cometidos pelos alunos durante os ensinoss clínicos.....	55
Quadro 3 – Distribuição das consequências que os alunos tiveram pelos erros cometidos.....	55
Quadro 4 – Distribuição dos tipos de erros cometidos pelos enfermeiros.....	56
Quadro 5 – Distribuição das consequências sofridas pelos enfermeiros que cometeram erros.....	57
Quadro 6 – Distribuição das consequências para os doentes vítimas de erros de medicação.....	57
Quadro 7 – Distribuição das justificações para o sim à pergunta “sente que foi devidamente preparado para reagir face ao erro?”.....	58
Quadro 8 – Distribuição das justificações para o não à pergunta “sente que foi devidamente preparado para reagir face ao erro?”.....	59
Quadro 9 – Justificações dadas para o sim à pergunta “sente que tem conhecimentos de farmacologia suficientes para actuar em segurança?”.....	60
Quadro 10 – Justificações dadas para o não à pergunta “sente que tem conhecimentos de farmacologia suficientes para actuar em segurança?”.....	61

SIGLAS e ABREVIATURAS

AMA – American Medical Association

APAH – Associação Portuguesa dos Farmacêuticos Hospitalares

ICN – International Council of Nurses

IOM – Institute of Medicine

ISMP – Institute for Safe Medication Practices

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

MER – Medication Errors Reporting

NCCMERP – National Coordinating Council for Medication Error Reporting and
Prevention

NPSF – National Patient Safety Foundation

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento Exercício Profissional dos Enfermeiros

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UE – União Europeia

UFP – Universidade Fernando Pessoa

USP – United States Pharmacopeia

INTRODUÇÃO

O trabalho que se segue, surge no âmbito da disciplina de Projecto de Graduação, como um dos requisitos necessários para a obtenção do grau de licenciado em Enfermagem.

A realização deste projecto surge com uma grande pertinência, uma vez que com a aquisição do grau de licenciatura temos que estar despertos para a vertente da investigação. Isso deve-se, não só porque um licenciado ganha competência para tal, mas também porque a investigação permite, através de um processo sistemático e rigoroso, conseguir respostas a várias questões que podem levar a futuras mudanças.

Na área da saúde, a investigação assume um papel de grande relevo, pois frequentemente surgem ideias inovadoras que levam a uma melhoria em várias vertentes. A Enfermagem não é excepção, e só assim se consegue um avanço contínuo da profissão.

Neste estudo, o propósito é identificar os conhecimentos dos alunos do 4ºano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, sobre os erros de medicação. A escolha deste tema deve-se à sua pertinência actual e também por representar uma inquietação pessoal à aluna responsável pelo estudo.

Há já vários anos, têm sido criadas várias organizações para estudarem o fenómeno dos erros de medicação. Também vários estudos têm sido desenvolvidos a nível mundial, que permitem ter uma ideia da realidade que ocorre diariamente na profissão de Enfermagem, acerca deste tema.

Uma vez que a informação se encontra mais divulgada e de fácil acesso, é de prever que os pacientes estejam cada vez mais atentos a todos os cuidados que lhe são prestados. Com o aumento da informação a que a sociedade tem acesso, é de esperar também, que os pacientes aceitem cada vez menos os erros de forma pacífica.

A variada literatura consultada para a realização desta investigação demonstra que ainda há muito a melhorar, para que se consiga actuar com toda a segurança, uma vez que existem vários tipos de erros que podem acontecer. Além disso, existem vários factores que podem provocar os erros de medicação, que também têm que ser trabalhados.

Apesar dos números de erros de medicação divulgados serem elevados, existem ainda autores que acreditam que os verdadeiros números são ainda superiores. Isto deve-se ao facto de muitos profissionais de saúde não revelarem o erro cometido por medo ou vergonha.

A realização deste trabalho tem como objectivos académicos:

- Responder a um momento avaliativo que permite a obtenção do grau de licenciada;
- Aprofundar conhecimentos sobre a temática em estudo;
- Aprofundar conhecimentos na área da investigação científica;
- Demonstrar as competências adquiridas ao longo da Licenciatura.

Trata-se de um estudo do tipo descritivo e exploratório, que engloba uma metodologia quantitativa, desta forma foram definidas as seguintes questões de investigação:

- Quais os conhecimentos dos alunos do 4ºano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, sobre erros de medicação?;
- Quais foram os erros cometidos pelos alunos de Enfermagem do 4ºano da Universidade Fernando Pessoa, durante os ensinos clínicos?;
- Qual é a realidade vivenciada pelos alunos do 4ºano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, perante um erro de medicação cometido por um enfermeiro?;
- A realização de mais ensinos clínicos influencia os conhecimentos dos alunos do 4ºano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa?.

A população em estudo são os alunos que frequentam o 4ºano da Licenciatura em Enfermagem na Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde, da Unidade do Porto. A amostra é constituída por 44 elementos. O processo de amostragem eleito foi a amostragem não probabilística acidental.

Para atingir os objectivos de investigação delineados optou-se para instrumento de colheita de dados pelo questionário, constituído por questões abertas e fechadas.

Deste modo, conclui-se que com a realização deste trabalho todos os objectivos foram atingidos. Podendo-se concluir que:

A maioria dos elementos que constituem a amostra tem idade compreendida entre os 22 e os 23 anos;

Dos 44 inquiridos, 40 já realizaram todos os ensinios clínicos;

Apenas 1 elemento demonstra bons conhecimentos nesta temática, enquanto 9 elementos apresentam conhecimentos insuficientes. A maioria, 34 elementos, apresenta conhecimentos suficientes;

Apenas 9 elementos admitem ter cometido um erro de medicação ao longo dos ensinios clínicos, sendo os erros mais referidos a administração de medicação ao doente errado e administração de medicação na dose errada;

Dos 44 inquiridos, 7 admitem ter presenciado um erro de medicação cometido por enfermeiros, porém 6 elementos confessam que não surgiu qualquer consequência para o profissional que errou;

Verificou-se que a realização de mais ensinios clínicos não influencia os conhecimentos dos alunos do 4º ano de Enfermagem, dado que não existe uma forte correlação entre o número de ensinios clínicos e os conhecimentos apresentados;

Do total dos 44 elementos, 33 sentem-se preparados para actuar com segurança, enquanto 11 elementos admitem não ter conhecimentos suficientes de farmacologia.

O trabalho encontra-se dividido em várias fases, sendo elas: introdução, fase conceptual, fase metodológica, fase empírica, conclusão e por fim os anexos.

I.FASE CONCEPTUAL

O investigador quando pensa em realizar um estudo científico, antes de partir para o “terreno” e colher os dados que pretende e analisá-los tem que realizar uma profunda pesquisa sobre os trabalhos que já foram efectuados anteriormente nessa área.

Esta fase começa,

“...quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação. A ideia pode resultar de uma observação, da literatura, de uma irritação em relação com um domínio particular, ou ainda de um conceito.” (Fortin, 2003, p.39)

Após a escolha do domínio da investigação foi necessário delimitar o mesmo, pois caso contrário devido à sua extensão era impossível realizar um estudo. Sem dúvida que esta fase é de extrema importância porque é nesta etapa que o investigador obtém as suas bases para prosseguir com o seu estudo.

Ao longo desta fase, e tendo em conta o problema que se pretende estudar, vão ser abordados os conceitos relacionadas com os erros de medicação.

1.1. – Justificação do tema

A administração de medicação é uma das normas que os enfermeiros mais realizam ao longo de um turno. Por haver a possibilidade de ocorrer um erro, que pode colocar em causa a recuperação/saúde do doente, é necessário que esta norma seja efectuada com a máxima atenção e competência.

Segundo Bates, Gandhi, Hsieh, Morimoto e Seger (2004) a área de prestação de cuidados de saúde que envolve a medicação representa a maior fonte de acontecimentos adversos.

O acontecimento destes eventos adversos traz complicações tanto para o doente, como para o profissional de saúde e instituição.

De acordo com dados confirmados, pelo Infarmed, em 2008 à agência Lusa, morrem em Portugal cerca de sete mil doentes hospitalizados por ano, vítimas de administração errónea de medicação (Infarmed, *cit in* Lusa, 2008).

Perante estes dados, entende-se que este seja um tema pertinente e actual para ser estudado. Para a escolha deste tema também foi tido em conta que durante o período de aulas são vários os docentes que alertam para os perigos caso esta norma seja efectuada incorrectamente e, porque a administração de medicação é uma norma que muitas vezes os alunos receiam durante os ensinamentos clínicos.

1.2. – Objectivos do estudo

Segundo Fortin (2003, p.100) “O objectivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação.”

Para este trabalho científico foram definidos os seguintes objectivos:

- Identificar os conhecimentos dos alunos do 4ºano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, sobre erros de medicação;
- Descrever se os alunos do 4ºano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, já cometeram algum tipo de erro de medicação durante os ensinamentos clínicos;
- Descrever a realidade vivenciada pelos alunos do 4ºano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, perante um erro de medicação cometido por um enfermeiro;
- Identificar se a realização de mais ensinamentos clínicos influencia os conhecimentos dos alunos do 4ºano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, sobre erros de medicação.

1.3. – Pergunta de partida

“Quais os conhecimentos dos alunos do 4ºano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa sobre erros de medicação.”

1.3.1. – Questões de investigação

De acordo com Fortin (2003, p.101),

“A questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar.”

Sendo assim, e tendo em conta os objectivos deste trabalho procura-se responder às seguintes questões:

- Quais os conhecimentos dos alunos do 4ºano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, sobre erros de medicação?;
- Quais foram os erros cometidos pelos alunos de Enfermagem do 4ºano da Universidade Fernando Pessoa, durante os ensinios clínicos?;
- Qual é a realidade vivenciada pelos alunos do 4ºano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, perante um erro de medicação cometido por um enfermeiro?;
- A realização de mais ensinios clínicos influência os conhecimentos dos alunos do 4ºano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa?.

1.4. – Definição de erro de medicação

Considera-se, que um medicamento,

“É toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma acção farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas” (Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto)

A administração de medicação é um dos cuidados que os enfermeiros mais executam. Esta técnica requer vários cuidados pois pode colocar em risco a saúde, e mesmo a vida, do doente caso não seja realizada correctamente.

Antes de definir erro de medicação, entende-se que é pertinente esclarecer que erro de medicação e reacção adversa são conceitos distintos. Segundo a OMS, considera-se que uma reacção adversa a um medicamento é,

“...todo o efeito nocivo e não intencional e que ocorre após a administração de um medicamento nas doses normalmente usadas no Homem para profilaxia, diagnóstico, tratamento de uma doença ou para a modificação de funções fisiológicas.” (<http://www.who.int/en/>, 2011)

Entende-se por erro de medicação:

“Qualquer acontecimento prevenível que pode causar dano ao utilizador ou que dê lugar a uma utilização inapropriada dos medicamentos quando estes estão sob a responsabilidade dos profissionais de saúde, do doente ou do consumidor”. (<http://www.nccmerp.org/>, 1998)

Ainda segundo a mesma fonte,

“Estes incidentes podem estar relacionados com a prática profissional, com procedimentos ou com sistemas, incluindo falhas de prescrição, comunicação, rotulagem, embalagem, denominação, preparação, dispensa, distribuição, administração, educação, monitorização e utilização.” (<http://www.nccmerp.org/>, 1998)

1.5. – Categorização dos erros de medicação

Segundo o NCCMERP (2001), os erros de medicação podem ser agrupados em quatro níveis: sem erro (categoria A), erro sem danos para o paciente (categoria B, C, D), erro com danos para o paciente (categoria E, F, G, H) e erro que pode causar a morte do paciente (categoria I).

- **Categoria A** – quando as circunstâncias ou eventos são passíveis de causar erro;
- **Categoria B** – o erro não chegou ao doente;
- **Categoria C** – o erro chegou ao doente, mas não lhe causou danos;
- **Categoria D** – o erro atingiu o doente e este necessita de ser monitorizado para avaliação de danos e possíveis intervenções;
- **Categoria E** – ocorreu um erro que pode causar danos temporários no paciente e pode ser necessário intervir;

- **Categoria F** – o erro pode vir a causar danos no doente, necessitando este de hospitalização;
- **Categoria G** – o erro que atingiu o doente provocou-lhe dano permanente;
- **Categoria H** – o doente que sofreu o erro necessita de uma intervenção rápida para manutenção da vida;
- **Categoria I** – o erro causou a morte do doente.

1.6. – Tipos de erros de medicação

Como já foi referido anteriormente os erros de medicação podem ser de diversos tipos. De acordo com a literatura de Cassiani (1998), Draft (1992), NCCMERP (1998) e Ribeiro (1991) (*cit in* Silva et al, 2004), os erros podem ser classificados da seguinte forma:

- **Erro por omissão** – ocorre quando não se administra uma dose até ao próximo horário;
- **Erro na administração de um medicamento não prescrito** – ocorre quando se administra um medicamento sem prescrição;
- **Erro por dose extra** – ocorre quando se administra mais doses além das que estão prescritas;
- **Erro referente à via** – ocorre quando a medicação é administrada por via inadequada ou diferente da prescrita pelo médico;
- **Erro por dosagem** – ocorre quando a medicação é administrada numa dose diferente à da prescrição;
- **Erro de horário incorrecto** – ocorre quando a medicação é administrada num horário diferente do que está prescrito ou preconizado pela instituição;
- **Erro por preparação incorrecta do medicamento** – ocorre quando o medicamento a ser administrado não foi devidamente manipulado, podendo haver erros na reconstituição/diluição, ou junção de fármacos incompatíveis;

- **Erro por utilização de técnicas incorrectas na administração** – ocorre quando não são respeitadas as normas para a administração correcta da medicação,
- **Erro por medicamento deteriorado** – ocorre quando o medicamento a ser administrado não se apresenta integro;

Outros tipos de erros incluem (NCCMERP 1998):

- **Erros de prescrição** – ocorrem quando a prescrição apresenta erro referente à dose, via de administração ou concentração;
- **Erros de distribuição** – ocorrem quando os fármacos são distribuídos com doses, rótulos ou diluições erradas, ou com a validade já expirada;
- **Erros potenciais** – ocorrem na fase de prescrição, distribuição ou administração mas que não causam qualquer dano no paciente.

Um estudo, da autoria de Carvalho et al. (1999), intitulado “Erros mais comuns e factores de risco na administração de medicamentos em Unidades Básicas de Saúde”, demonstrou que os erros mais comuns são causados pela administração de medicação por via errada, administração de medicação em dose errada e administração de medicação errada.

1.7. – Causas dos erros de medicação

Segundo o NCCMERP (1998), considera-se que existem cinco grandes causas possíveis de provocarem o erro: comunicação, confusão com o nome do fármaco, rotulagem, factores humanos e embalagem/design, que serão especificadas de seguida.

- **Comunicação:** falhas na comunicação verbal, falhas na comunicação escrita (caligrafia ilegível, confusão com abreviaturas, uso de medidas não métricas, confusão com os zeros e casas decimais, não leitura ou má interpretação), interpretação errada de pedidos; (NCCMERP, 1998)
- **Confusão com o nome do fármaco:** confusão com o nome comercial do fármaco ou com o nome genérico; (NCCMERP, 1998)

- **Rotulagem:** rótulos das embalagens de produtos diferentes muito semelhantes a outros produtos de outro fabricante ou a produtos da mesma linha; podem conter informação imprecisa, incompleta ou confusa, possuem símbolos ou logótipos que despistam; os rótulos podem apresentar instruções erradas ou incompletas e/ou nome ou dose errada do medicamento; (NCCMERP, 1998)
- **Factores humanos:** défice de conhecimentos, défice de execução, cálculo errado da dose ou velocidade de infusão, selecção incorrecta do fármaco de uma lista fornecida pelo computador, programação incorrecta na base de dados, triagem inadequada para as alergias e interacções medicamentosas, erro no armazenamento, erro na preparação da medicação, falha ao activar o sistema de entrega, escolha errada do solvente ou da quantidade, erro de transcrição do original para outro papel ou do original para o computador, stress, fadiga/necessidade de dormir e comportamento agressivo ou intimidatório; (NCCMERP, 1998)
- **Embalagem/design:** embalagem ou design inadequado, confusão com a forma de dosagem, confusão devido à semelhança na cor, forma e/ou tamanho de outro produto, selecção incorrecta de equipamento e avaria dos equipamentos. (NCCMERP, 1998)

1.7.1. – Factores contributivos do erro

Os factores descritos, de acordo com NCCMERP (1998), que contribuem para a ocorrência dos erros de medicação são os seguintes:

- Iluminação desadequada;
- Ruído elevado na sala de trabalho;
- Ambiente favorável a interrupções e/ou distrações frequentes;
- Inexperiência do profissional;
- Profissionais que constituem a equipa;
- Falta de disponibilidade dos restantes profissionais de saúde;

- Contratação de profissionais sem qualificações;
- Grande rotatividade do pessoal;
- Políticas e procedimentos protocolados pela instituição;
- Eficácia dos sistemas de comunicação entre os diferentes profissionais;
- Aconselhamento proporcionado aos pacientes;
- Eficácia dos impressos para pedidos de medicação.

1.8. – Atitudes face ao erro

Calcula-se que 60% a 80% dos erros que ocorrem nos sistemas de saúde, têm como culpa factores humanos, contudo, esta afirmação não deveria causar receio nos profissionais de saúde de serem culpabilizados e humilhados por um erro que cometam. (OE, 2005) As atitudes mais comuns quando se verifica que alguém errou são culpar, humilhar e castigar a pessoa em causa, quer através do despedimento ou de processo.

Vários autores defendem que o erro não é apenas provocado pela atitude/acto de um profissional, mas sim por tudo o que rodeia o profissional. Desta forma, surgiram duas abordagens ao erro: a individual e a sistémica.

Na abordagem individual do erro considera-se que este resulta de atitudes inseguras tomadas por parte da pessoa em causa. Aqui não se estuda o que motivou o erro, logo não se aprende com o mesmo, podendo este voltar a acontecer. A pessoa é considerada culpada e é punida. (Fragata e Martins, 2005)

Na abordagem sistémica do erro admite-se que o ser humano pode errar por diversas razões, como por exemplo, o ambiente de trabalho. Quando um erro acontece são investigados todos os factores, desde equipamentos até às condições de trabalho. Aqui considera-se que o erro pode ter ocorrido por deficiências de estruturas, organização ou funcionamento do sistema. Não vê apenas o indivíduo como culpado. (Fragata e Martins, 2005)

Considera-se que uma boa forma de aprender com os erros de medicação é criar comunicação. Desta forma, os profissionais que cometem erros, podem expressar de forma voluntária informação relevante para promover a segurança do doente e evitar os mesmos erros. Porém, o medo de represálias/humilhação faz com que nem sempre os profissionais contem toda a informação.

Uma outra abordagem consiste na análise de incidentes críticos. Através desta análise são examinados casos prejudiciais para que se consiga entender onde houve falha do sistema, o porquê da ocorrência do erro e quais as circunstâncias envolventes. (Cooper cit in <http://www.ordemenfermeiros.pt/Paginas/default.aspx>, 2005)

Os erros devem servir para consciencializar os profissionais acerca dos mesmos. Quando ocorre um erro, antes de se procurar quem é o culpado e castigá-lo, deve-se educar a equipa de maneira a que esse erro não volte a acontecer.

1.9. – Administração de medicação: processo multiprofissional

A administração de medicação é um processo que engloba vários profissionais, entre os quais: médicos, farmacêuticos, técnicos e enfermeiros.

O circuito do medicamento inicia-se com uma prescrição médica, e termina com a administração desse medicamento ao doente pelo enfermeiro. Desde o médico até ao enfermeiro existe um período em que farmacêuticos e técnicos também estão envolvidos na preparação e dispensa da medicação prescrita.

Tendo como base um estudo de Bates et al (1997), considera-se que a maioria dos erros, 56%, ocorrem na prescrição médica. Nas fases seguintes – transcrição da prescrição médica, distribuição e administração do medicamento, ocorrem respectivamente 6%, 4% e 34%. Podemos então aferir, que os profissionais de saúde que mais cometem erros são os médicos e os enfermeiros.

Perante estas informações, considera-se que todos os profissionais devem ser alertados para a necessidade de reduzirem estes valores, devendo por isso cada um adoptar estratégias eficazes.

1.10. – O enfermeiro na administração de medicação

A administração de medicação é um conjunto de acções que englobam a preparação, administração e registo de substâncias químicas (com fins terapêuticos), a administrar ao doente. Esta administração pode ser efectuada por diferentes vias:

Parentérica: endovenosa, intramuscular, intradérmica e subcutânea;

Entérica: oral e rectal;

Tópica: pele, mucosas e transdérmica.

Nas intervenções de enfermagem que dizem respeito à farmacologia, os enfermeiros

“...procedem à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais.”
(Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, Artigo 9º)

Esta técnica, que constitui a intersecção entre o plano global dos cuidados de enfermagem e o tratamento médico, representa uma das maiores responsabilidades dos enfermeiros.

Um enfermeiro quando responsável por administrar terapêutica e realizar ensinamentos sobre o uso correcto dessa medicação tem que ser possuidor de vários conhecimentos relativos a farmacologia dos medicamentos administrados, implicações legais envolvidas na preparação, administração dessas substâncias, técnicas de preparação e administração seguras e a aplicação do processo de enfermagem, quando cuidam de pessoas submetidas a terapêutica medicamentosa.

A administração de medicação pressupõe princípios básicos que invocam as responsabilidades do enfermeiro, médico e farmacêutico neste processo. Neste trabalho estamos a abordar o papel da enfermagem, por isso vamos dar mais ênfase à responsabilidade dos enfermeiros.

De acordo com Bolander (1998), considera-se que os enfermeiros são responsáveis por:

- Actualizarem os seus conhecimentos sobre esta temática;

- Estarem despertos com os diferentes nomes que um medicamento pode apresentar, as vias por onde pode ser administrado, as doses apropriadas, os efeitos terapêuticos e as reacções adversas que podem advir da sua administração;
- Respeitarem os cinco certos: medicamento certo, dose certa, horário certo, via certa, paciente certo;
- Adquirirem conhecimentos e destreza que permitam ao profissional de saúde administrar qualquer tipo de medicamento;
- Utilizarem todas as etapas do processo de enfermagem para a administração de medicação;
- Registarem toda a medicação que administraram, e referir a reacção do doente;
- Manterem a medicação armazenada em local próprio;
- Captarem a confiança dos utentes e suas famílias, para isso devem realizar ensinamentos e utilizar correctamente a medicação;
- Reclamarem que o médico reformule uma prescrição incorrecta, ou incompleta, devendo o enfermeiro recusar-se a administrar medicação sempre que considere que a prescrição pode causar lesões no paciente.

Tendo em conta a norma que se encontra no manual da disciplina de Procedimentos e Fundamentos de Enfermagem da UFP, a administração correcta de medicação requer realização de várias etapas para que todo o processo ocorra sem intercorrências. Para tal, o enfermeiro deve:

- Confirmar se há coerência entre a prescrição do processo clínico e a da folha de terapêutica;
- Verificar a terapêutica prescrita através da folha de terapêutica e/ou cartão de medicação;

- Colocar um visto na folha de terapêutica relativamente ao medicamento que vai administrar;
- Proceder à lavagem higiénica das mãos antes da preparação, antes e após a administração terapêutica;
- Consultar o índice terapêutico para esclarecer qualquer dúvida, antes de administrar a medicação.
- Dirigir-se para o local apropriado para a preparação da medicação e certificar-se que o medicamento se encontra dentro da validade e que não está deteriorado;
- Confirmar os cinco certos (já referidos anteriormente) antes da administração e explicar ao doente e família a finalidade da medicação que vai ser administrada, colocar o doente na posição mais adequada e confortável e confirmar uma vez mais a inexistência de alergias;
- No final da administração, e logo que possível proceder aos registos, referindo o medicamento administrado e a reacção do doente.
- Ter sempre presente que nunca deve administrar medicação preparada por outro profissional, dada a complexidade de todo este processo e os riscos que podem advir desse acto.

Para uma actuação correcta, o profissional de enfermagem deve ter sempre presente estes princípios, pois só desta forma vai agir em segurança e ser credível perante o doente e pessoas que lhe são significativas.

1.11. – Epidemiologia dos erros de medicação

Segundo a Declaração de Luxemburgo (1995) têm sido desenvolvidos estudos por todo o mundo que comprovam que é necessário e possível diminuir o número de incidentes no sector da saúde, uma vez que os dados encontrados demonstram que cerca de metade desses incidentes são provocados por erros de medicação.

Os erros de medicação são um sério problema, não só porque aumentam os custos das hospitalizações, mas também porque causam uma elevada taxa de morbidade e mortalidade.

Em 1999, o IOM publicou um relatório – “To err is human: building a safer health system”, baseado em estudos realizados no Colorado, Utah e Nova Iorque, que revelava os números de mortes por erros de medicação. Este estudo indica que estes erros foram responsáveis pela morte de 44000 a 98000 pessoas por ano nos EUA, indicando assim que morrem mais pessoas devido a estes erros do que em acidentes de viação ou SIDA.

Também em Espanha foram desenvolvidos estudos abordando este tema. Entre os anos de 1996 e 1998 foram estudados três hospitais de Alicante onde se observaram cerca de 8200 oportunidades para ocorrer o erro. Desse valor, 12,8% dizia respeito a erros de medicação, sendo 90% evitáveis. Esta investigação conclui que nestes hospitais um doente sofria 0,9 erros por cada dia de internamento. (<http://www.sefh.es/>, 2001)

Infelizmente, em Portugal não se encontram valores reais para a mortalidade associada aos erros de medicação. Contudo, dados confirmados pelo Infarmed estimam que no nosso país cerca de 7000 pessoas hospitalizadas morrem devido a erros de medicação. Também em Portugal o número de mortes por estes erros excede o número de mortes por acidentes de viação. (Lusa, 2008)

De acordo com declarações de Aida Batista, presidente da APAH, “estes erros existirão sempre e sem culpados”, pois considera não se tratar de erro humano, mas sim de uma falha do sistema. Aida Batista declara ainda que muitos dos erros são escondidos “por receio dos profissionais serem acusados”, o que leva a acreditar que a realidade poderá ser ainda pior. (Aida Batista, *cit in* TSF, 2008)

1.12. – Custos dos erros de medicação

Os erros de medicação, além de provocarem danos no paciente aumentam os custos com os cuidados de saúde.

De acordo com um estudo efectuado em 1995, pelo ADE Prevention Study, nos hospitais Brigham Women’s e Massachusetts General Hospital de Boston, os erros de

medicação aumentaram o custo médio por paciente em 4700 dólares. Isto indica que num hospital com setecentas camas há um custo acrescido de 2,8 milhões de dólares.

Ainda em 1995, Johsan et al, estimou que a morbilidade e mortalidade nos EUA, provocada por erros de medicamentos, apresenta um custo para o sistema de saúde Americano entre 76,6 e 136 biliões de dólares anuais.

Já mais próximo de Portugal, em Espanha, um estudo do ISMP – Espanha (1999), considera que os erros de medicação representam entre 4,7% a 5,3% dos internamentos, e apresentam um custo médio por hospitalização de cerca de 3000 euros.

Em Portugal estes dados não são conhecidos, ou pelo menos revelados. Contudo, tendo em conta o que já foi dito acerca desta temática considera-se que também no nosso país existam custos acrescidos para o SNS devido aos erros de medicação, causados por profissionais de saúde.

Cada vez mais, ouve-se falar de cortes orçamentais, que também atingem o SNS. Por tal, considera-se prioritário adoptar técnicas eficazes para desta forma haver uma redução do número dos erros de medicação, que por sua vez vai diminuir os custos até aqui existentes.

Tendo em conta uma citação do ICN (2005),

“Os danos infligidos aos doentes pelo sector da saúde constituem um fardo pesado para a sociedade. Por conseguinte, o investimento na segurança do doente tem o potencial de gerar poupança nos gastos, associadas a um benefício óbvio para os doentes.” (ICN *cit in* <http://www.ordemenfermeiros.pt/Paginas/default.aspx>, 2005)

1.13. – Segurança do doente

A segurança é um ponto de extrema importância para a prestação de cuidados de saúde de qualidade por parte dos enfermeiros. Por isso, em 2005, foi produzida a Declaração de Luxemburgo, intitulada de “Segurança do doente – Torná-la uma realidade”, que visa promover a segurança de todos os utentes nos cuidados que lhe são prestados.

Cada vez mais os doentes têm conhecimento dos seus direitos, exigindo por isso que os profissionais os cumpram. Como se sabe, é um direito do ser humano a acessibilidade

aos cuidados de saúde prestados com toda a segurança. Cada vez mais a segurança tem que ser tida em conta, dado que o sector da saúde é considerado como uma área de risco. (ICN *cit in* <http://www.ordemenfermeiros.pt/Paginas/default.aspx>, 2005)

Ainda durante esta conferência foram elaboradas recomendações tanto para as instituições da UE, como para as autoridades nacionais e para os prestadores de cuidados de saúde, com o intuito de introduzir medidas que ajudem na gestão do risco nesta área, de forma a que segurança do doente não esteja em causa.

Também em Portugal, a OE em 2006, assumiu uma “Tomada de posição sobre a segurança do cliente”, em que foram enunciados vários pontos: (<http://www.ordemenfermeiros.pt/Paginas/default.aspx>, 2006)

- Tanto o utente como os seus familiares têm o direito de receber cuidados de saúde seguros;
- Tanto as instituições como os profissionais de saúde devem ter em atenção a segurança;
- Os cuidados de saúde devem ser prestados de acordo com as regras da profissão e o código deontológico;
- Os profissionais de enfermagem têm o dever de promover os cuidados e um ambiente seguro, assim como analisar e controlar possíveis riscos, devendo sempre ter mais atenção a grupos vulneráveis;
- Os enfermeiros têm que ter em atenção que são os principais responsáveis pelos actos que praticam e funções que delegam;
- As organizações de saúde devem ter normas que protejam a segurança do utente, e criar uma responsabilidade institucional criando uma mentalidade de responsabilização. Deve valorizar a formação e não a punição;
- Devem ser criados programas que visam comunicar a necessidade de uma actuação segura e promover a investigação, para melhoria das recomendações.

Apesar de todas estas medidas o erro continua a existir, por isso o ICN recomenda que este tema seja um ponto fulcral tanto na agenda da UE, como nas agendas nacionais, para que se consiga prevenir o erro.

1.14. – Origem das organizações envolvidas na identificação e redução dos erros de medicação

Por se verificar que os erros de medicação acontecem frequentemente, e por estes poderem trazer grandes danos para o paciente foram criadas várias organizações, na década de 90, com o objectivo de identificar e reduzir estes erros.

Em 1995, surgiu a primeira organização denominada de “Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations” (JCAHO). Esta organização reviu vários processos para avaliar e controlar os acontecimentos adversos e criou um protocolo para reduzir os erros de medicação. Já em 1996, criou uma política de sentinela como fonte de informação segura, para determinar a epidemiologia e demografia dos eventos adversos. Fundou também, uma base de dados que possibilita a partilha de informação com as organizações do sistema de saúde.

Ainda em 1995, foi criada outra organização designada de “National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention” (NCCMERP). Esta organização surgiu com o objectivo de aumentar a consciência acerca dos erros de medicação e dos métodos para preveni-los. Para isso, divulgou, analisou e desenvolveu recomendações para reduzir e prevenir os erros de medicação.

Já no ano de 1997, foi constituída a “National Patient Safety Foundation” (NPSF) que por sua vez criou a “American Medical Association” (AMA). Esta surgiu com um objectivo educativo, para assim construir uma consciência, entre fornecedores e público, sobre a segurança do doente, erros do sistema de saúde e estratégias preventivas. Promove o desenvolvimento de ferramentas práticas e soluções para minimizar os erros.

Posteriormente, o “Institute for Safe Medication Practices” (ISMP) e a “United States Pharmacopeia” (USP) organizaram um sistema de divulgação voluntária sobre os erros de medicação – Medication Errors Reporting (MER). A USP criou também um programa de software acessível via Internet – MedMARx, que permite divulgar de

forma anónima. Aqui também se pode encontrar e analisar informação acerca de erros de medicação de forma standard para os hospitais nacionais.

II. FASE METODOLÓGICA

Terminada a fase conceptual o investigador tem agora que elaborar a fase metodológica onde segue uma série de etapas para garantir a objectividade e rigor científico do seu estudo.

Nesta fase “...o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas.” (Fortin, 2003, p.40)

Segundo Fortin, esta fase engloba quatro etapas: escolher um desenho de investigação, definir a população e a amostra, definir as variáveis, escolhe os métodos de colheita e análise de dados.

Ao longo desta fase são tratados os seguintes pontos: princípios éticos, tipo de estudo, população alvo, processo de amostragem e amostra, variáveis, instrumento de colheita de dados, pré-teste e tratamento e análise de dados.

2.1. – Princípios éticos

Para Fortin (2003, p.114),

“...a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.”

Ainda de acordo com Fortin (2003, p.116),

“Cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim o direito a um tratamento justo e leal.”

Direito à autodeterminação – indica que o sujeito que é convidado para participar numa investigação tem a capacidade de decidir livremente se aceita ou recusa. Em momento algum o sujeito deve ser influenciado nas suas decisões pelo investigador. A qualquer momento este sujeito pode, se assim desejar, retirar-se do estudo, sem que isso lhe cause algum prejuízo ou penalidade. (Fortin, 2003)

Direito à intimidade – o investigador tem que ter o cuidado de invadir a intimidade do sujeito o mínimo possível. O sujeito tem ainda o direito de decidir a quantidade de informação e em que circunstâncias a divulgam ao investigador. (Fortin, 2003)

Direito ao anonimato e à confidencialidade – a identidade do sujeito não pode ser associada às respostas individuais e os dados do sujeito não podem ser divulgados sem autorização do mesmo. (Fortin, 2003)

Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo – o sujeito tem o direito de ser protegido contra inconvenientes susceptíveis de lhe causar mal ou prejuízo. (Fortin, 2003)

Direito a um tratamento justo e leal – o sujeito quando aceita participar numa investigação tem o direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, assim como dos métodos utilizados no estudo. (Fortin, 2003)

Todos estes direitos serão preservados, pois os alunos de Enfermagem da UFP optarão livremente por participar, ou não, neste estudo, não ocorrendo qualquer prejuízo para os mesmos no caso de escolherem não participar.

O instrumento de colheita de dados não explorará a intimidade do participante e respeita as normas de confidencialidade e anonimato. Antes de iniciar a colheita de dados, os alunos serão informados do tema do estudo, da finalidade e da duração do mesmo.

2.2. – Tipo de estudo

Segundo Fortin (2003, p.133),

“O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação e visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade.”

Neste caso, pelas características deste trabalho trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa.

Considera-se um estudo descritivo, pois pretende-se adquirir novas informações sobre as características da população em causa, tendo em conta os objectivos do estudo. (Fortin, 2003)

Por outro lado, considera-se um estudo exploratório pois estes permitem desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias com vista à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses para futuros estudos. (Fortin, 2003)

Estamos perante uma abordagem quantitativa pois o investigador pretende obter resultados, através da aplicação de um questionário, que são observáveis e quantificáveis.

Este estudo é realizado em meio natural, pois é conduzido fora do laboratório, não estando assim os sujeitos num meio altamente controlado. Neste caso o instrumento de colheita de dados (questionário) será aplicado nas instalações da UFP, unidade do Porto.

2.3. – População e Amostra

Segundo Fortin (2003, p.202),

“...população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” e considera que “a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”.

Perante isto considera-se que a população alvo para este estudo são os alunos que frequentam o 4º ano de Enfermagem da UFP, unidade do Porto, no ano lectivo 2010/2011.

A escolha desta população deve-se apenas ao facto de já estarem a terminar o seu percurso académico e terem tido a oportunidade de frequentar um maior leque de ensinios clínicos.

A amostra corresponde a um subconjunto da população, ou seja, uma “réplica em miniatura da população alvo.” (Fortin, 2003, p.202)

Neste estudo, a amostra será constituída por 44 elementos (alunos de Enfermagem da UFP, que no ano lectivo 2010/2011 frequentem o 4º ano).

2.4. – Processo de amostragem

O processo de amostragem será a amostragem não probabilística acidental. Neste processo os indivíduos estão acessíveis no local onde o questionário irá ser entregue para ser preenchido.

2.5. – Variáveis

Para a elaboração deste estudo científico consideram-se três tipos de variáveis: independente, dependente e atributo.

A variável independente é aquela que o investigador pode alterar para ver o efeito provocado na variável dependente. Neste caso, a variável independente é a realização de um ou mais ensinos clínicos.

A variável dependente, segundo Fortin (2003, p.37) “...é a que sofre o efeito esperado da variável independente...”. Para a realização deste estudo considera-se que a variável dependente são os conhecimentos dos alunos do 4º ano do curso de Enfermagem da UFP, unidade do Porto, sobre erros de medicação.

Fortin (2003, p.17) admite que “As variáveis atributos são características dos sujeitos num estudo.” Neste caso, considera-se que estas variáveis estão representadas pelo género e idade.

2.5.1 – Operacionalização das variáveis

De acordo com a definição, presente no Dicionário Priberam da Língua Portuguesa 2011, conhecimento é o acto ou efeito de conhecer, ter noção ou experiência. (<http://www.priberam.pt/dlpo/>, 2011)

Para a realização deste estudo o conhecimento é considerado como sendo a informação que os alunos do 4º ano têm acerca dos erros de medicação.

Para a determinação deste conhecimento foi criado um questionário com várias questões. Cada questão apresentava várias possibilidades de resposta. Por cada selecção correcta é atribuído um ponto. No anexo III encontra-se a grelha de preenchimento para

determinação dos conhecimentos. No quadro que se segue, encontram-se esquematizados os níveis de conhecimento, tendo em conta a pontuação obtida.

Quadro 1 – Escala dos níveis de conhecimentos

Nível de conhecimentos	Pontuação
I – Conhecimentos insuficientes	[0 – 3]
II – Conhecimentos suficientes	[4 – 7]
III – Conhecimentos bons	[8 – 11]

No final os pontos serão somados e agrupados por três níveis, sendo eles: conhecimentos insuficientes, conhecimentos suficientes e bons conhecimentos.

Para uma correcta utilização destes termos, torna-se pertinente definir cada um destes níveis:

- **Conhecimento insuficiente** – significa que o indivíduo não apresenta a aptidão necessária, que está abaixo do que é necessário, de acordo com Lello (1996).
- **Conhecimento suficiente** – de acordo com o mesmo autor (1996), significa que o indivíduo apresenta um nível que se situa entre o medíocre e o bom.
- **Conhecimentos bons** – recorrendo à mesma fonte, define-se como uma quantidade elevada de conhecimentos, permite que o indivíduo se situe acima do suficiente (Lello, 1996).

2.6. – Instrumento de colheita de dados

O instrumento de pesquisa utilizado neste estudo científico é o questionário, que de acordo com Fortin (1999, p.249) “...é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos...” habitualmente preenchidos pelos próprios elementos que aceitem participar no estudo.

O questionário é constituído por questões fechadas e abertas, e foi elaborado pela investigadora responsável por este estudo, tendo em conta os objectivos que se pretende. Com este método pretende-se organizar e controlar os dados, para que a informação recolhida seja a mais rigorosa possível.

O questionário encontra-se dividido em duas partes. Numa primeira parte espera-se obter dados para caracterização da amostra. Na segunda parte encontram-se questões que permitam alcançar os objectivos definidos para o estudo.

O instrumento de colheita de dados será preenchido de forma presencial e será recolhido depois de concluído.

Na construção deste questionário foram tidos em conta os cinco princípios éticos aplicáveis ao ser humano de forma a não prejudicar os sujeitos.

2.6.1. – Pré-teste

O pré-teste é uma etapa bastante importante, que se aplica a uma pequena amostra que reflecta as características da população em estudo. Tem como finalidade avaliar se as questões não são ambíguas, se o questionário é demasiado longo, calcular o tempo médio de preenchimento, se permite a recolha da informação pretendida e se a linguagem usada é suficientemente esclarecedora.

O pré-teste foi aplicado a 5 elementos da população, que posteriormente já não foram contabilizados para a amostra.

2.7. – Tratamento e Análise de dados

Os dados obtidos depois do preenchimento do questionário foram submetidos a tratamento estatístico de dados, para posterior análise. Para tal, foi utilizado o programa Microsoft Excel 2007 e estudos correlacionais através da fórmula de Pearson (r).

Através do estudo correlacional pretende-se verificar se existe uma associação entre as duas variáveis, podendo esta ser negativa ou positiva. Diz-se que há uma correlação linear positiva quando o aumento de uma variável leva ao aumento da outra variável, pelo contrário, estamos perante uma correlação linear negativa quando o aumento de uma variável leva a uma diminuição da outra variável.

O valor da correlação linear é obtido através da fórmula de Pearson, que nos indica o valor de r , que pode variar entre -1 e 1. Quanto mais próximo de 1 ou -1, maior será a correlação existente entre as variáveis. Quanto mais próximo de 0, menor será a correlação existente.

No final, os dados foram representados em gráficos e quadros, para melhor percepção dos mesmos.

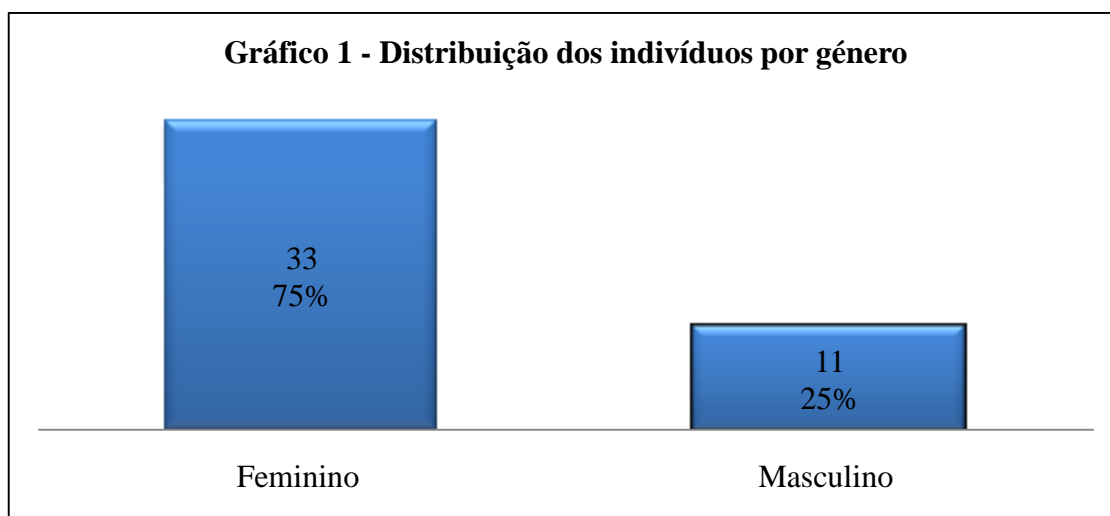
III. FASE EMPÍRICA

Segundo Fortin (2003), a fase empírica diz respeito ao desenvolvimento do estudo, que culmina com a análise e interpretação dos resultados obtidos.

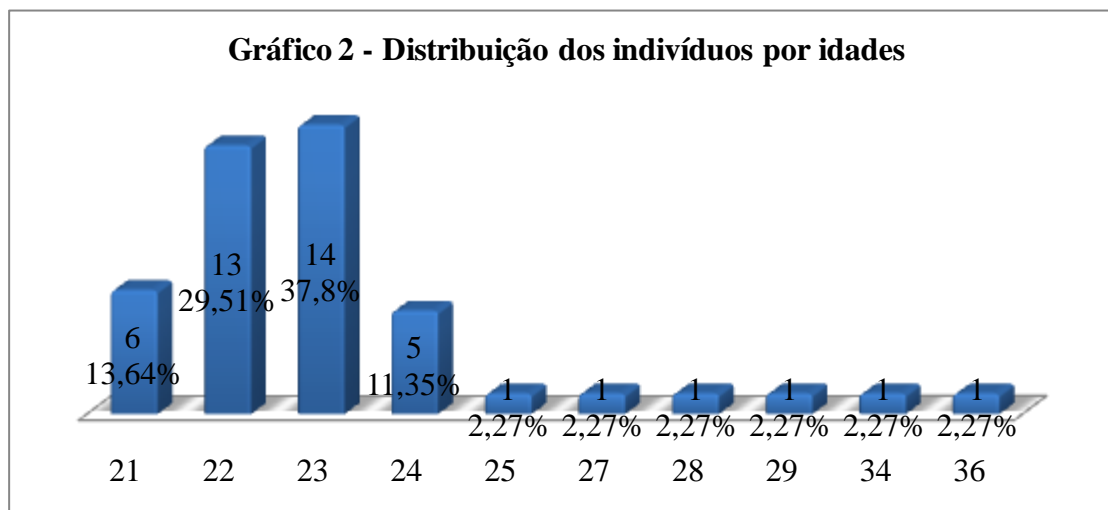
O presente trabalho de investigação está direccionado para verificar os conhecimentos que os alunos do 4º ano de enfermagem possuem acerca da temática erros de medicação. Nesta etapa, pretende-se apresentar, descrever e analisar os dados colhidos através do questionário, para desta forma, ser possível atingir os objectivos propostos.

Os resultados são apresentados conforme a ordem em que se encontram no questionário que por sua vez está dividido em duas partes. A primeira parte corresponde à caracterização da amostra, e a segunda parte tem como finalidade dar resposta aos objectivos colocados, referente aos conhecimentos dos alunos do 4ºano de enfermagem sobre os erros de medicação.

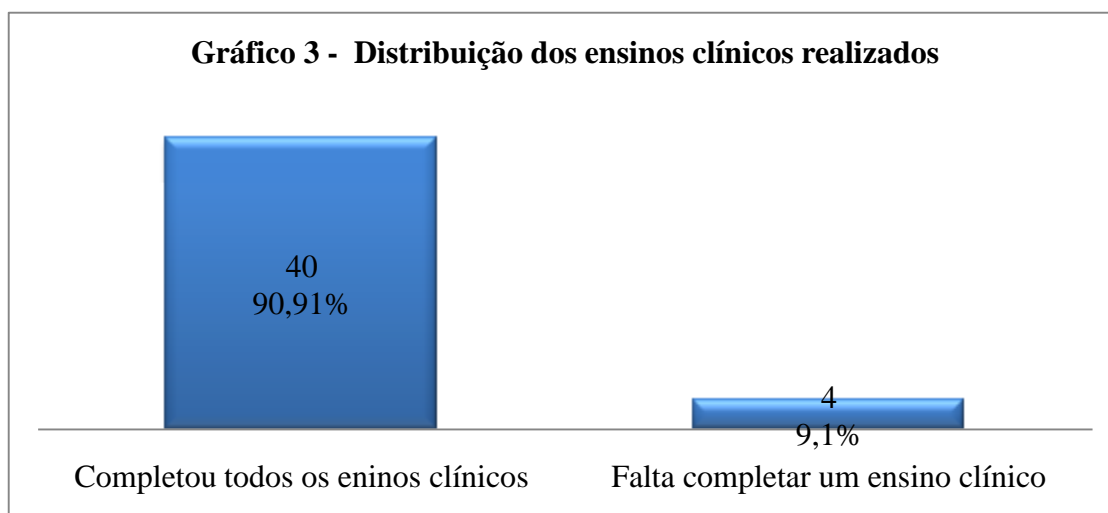
3.1. Caracterização da amostra



A amostra utilizada para este estudo de investigação é constituída por 44 indivíduos. Após a análise do gráfico anteriormente apresentado, pode-se verificar que 33 elementos (75%) são do sexo feminino, enquanto que os restantes, 11 (25%), são do sexo masculino.

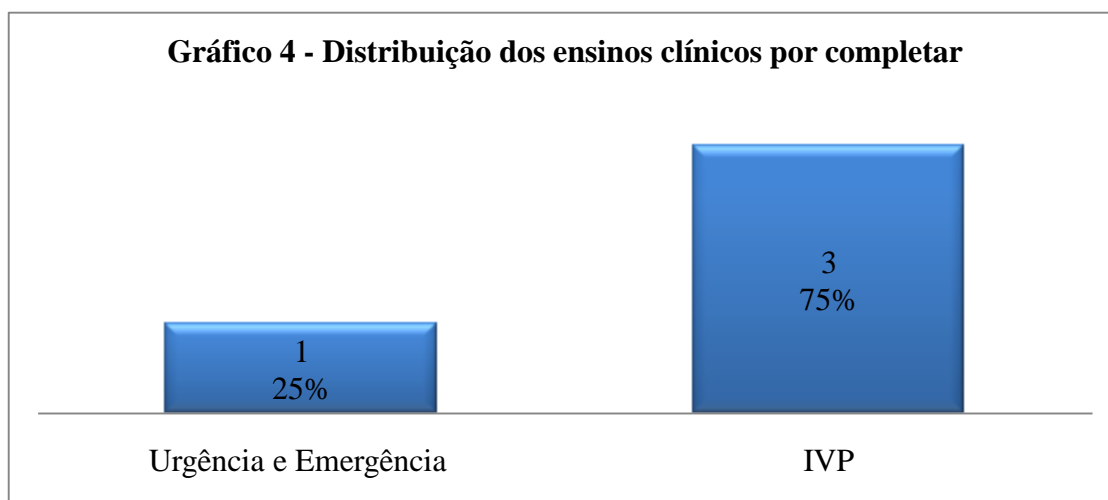


O presente gráfico demonstra que as idades mais comuns, com 37,8% e 29,51%, são respectivamente 23 e 22 anos. De seguida, com uma percentagem de 13,64% segue-se os indivíduos com 21 anos. No total da amostra, 11,35% são indivíduos com 24 anos. As idades 25, 27, 28, 29, 34 e 36 anos estão representados com uma percentagem de 2,27% para cada faixa etária, o que equivale a um indivíduo.

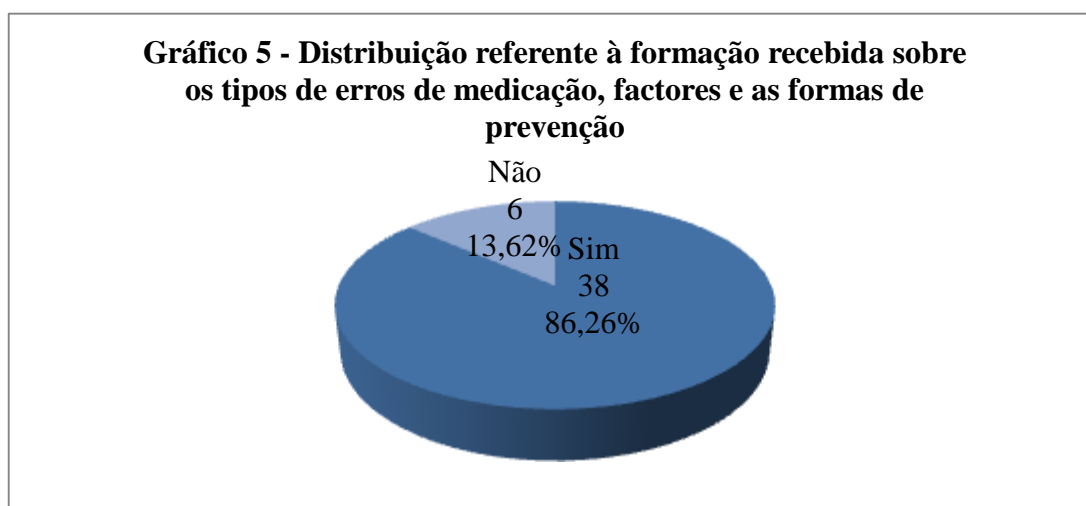


Após a observação do gráfico anterior, verifica-se que do total dos 44 alunos que constituem a amostra, 40 elementos (90,91%) já completaram todos os ensinios clínicos que estavam propostos para os 4 anos da Licenciatura. Aos restantes quatro elementos (9,1%) ainda falta completar um ensino clínico. Como se pode visualizar no gráfico abaixo apresentado, falta a três elementos (75%) completar o ensino clínico de

Integração à Vida Profissional, enquanto que a um indivíduo (25%) falta completar o estágio de Enfermagem de Urgência e Emergência.



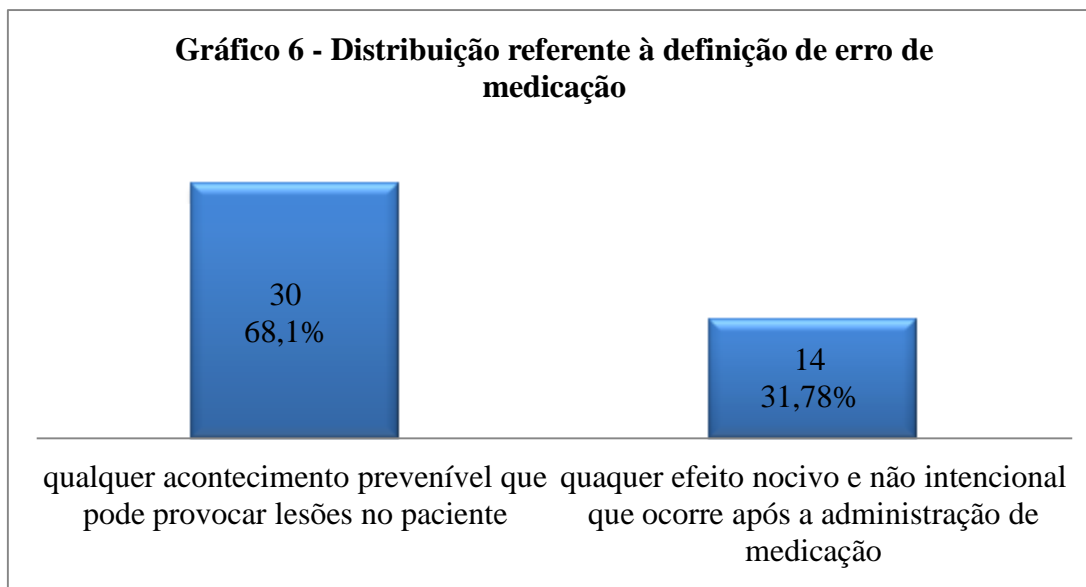
Quando a amostra foi questionada se durante a formação académica recebeu algum tipo de informação sobre os tipos de erros de medicação, factores que os provocam ou as formas de prevenção, a grande maioria, 38 elementos (86,26%), responde afirmativamente, enquanto que 6 elementos (13,62%) respondem que não recebeu qualquer tipo de informação. Os dados podem ser confirmados no gráfico que se segue.



Com esta questão termina a caracterização da amostra. De seguida serão discutidos os restantes dados recolhidos, que permitem obter dados para responder aos objectivos inicialmente traçados.

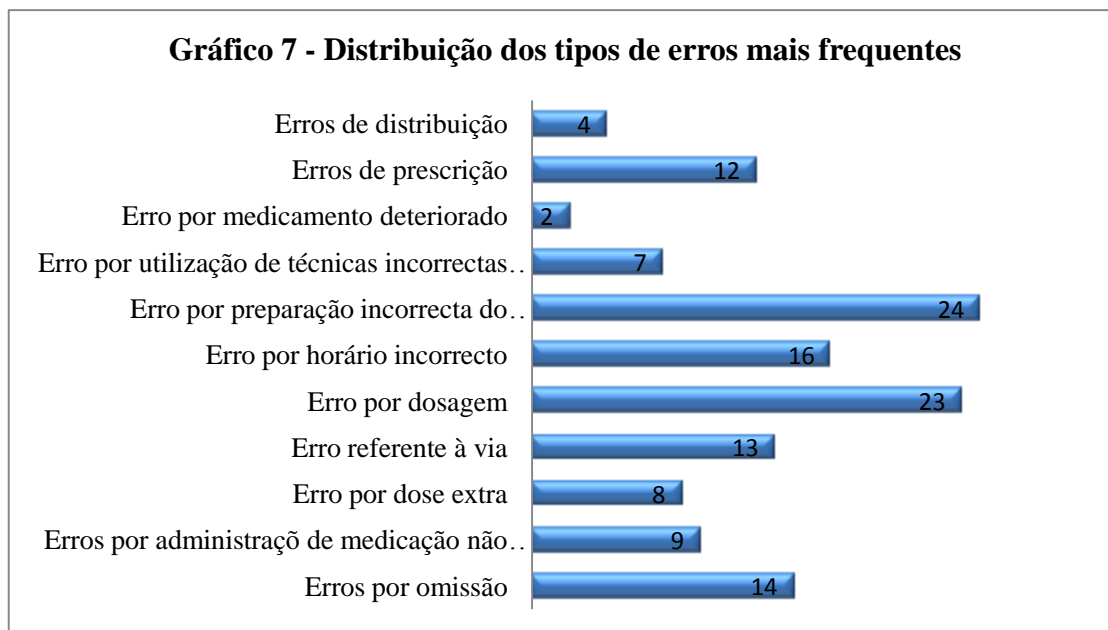
3.2. Apresentação dos resultados relativamente aos conhecimentos sobre erros de medicação

Inicialmente, para avaliar os conhecimentos dos alunos do 4º ano de enfermagem, a amostra foi interrogada acerca da definição de erro de medicação.



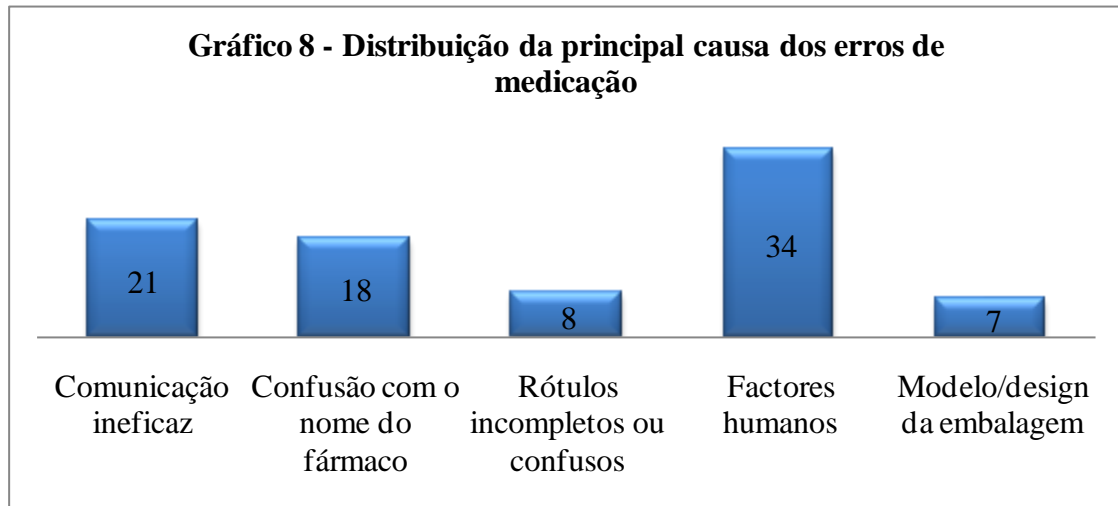
Tal como se pode constatar pela observação dos resultados obtidos e ilustrados no gráfico anterior, 30 inquiridos (68,1%) consideram que um erro de medicação é um acontecimento prevenível que pode provocar lesões no paciente. Já os restantes 14 elementos (31,78%), afirmam que um erro de medicação é qualquer efeito nocivo e não intencional que ocorre após a administração de medicação.

Na seguinte pergunta, foi pedido que de todas as hipóteses seleccionam as três que consideram ser os erros mais comuns e que as enumerassem de acordo com a sua importância. Os dados obtidos encontram-se no gráfico abaixo para melhor compreensão.



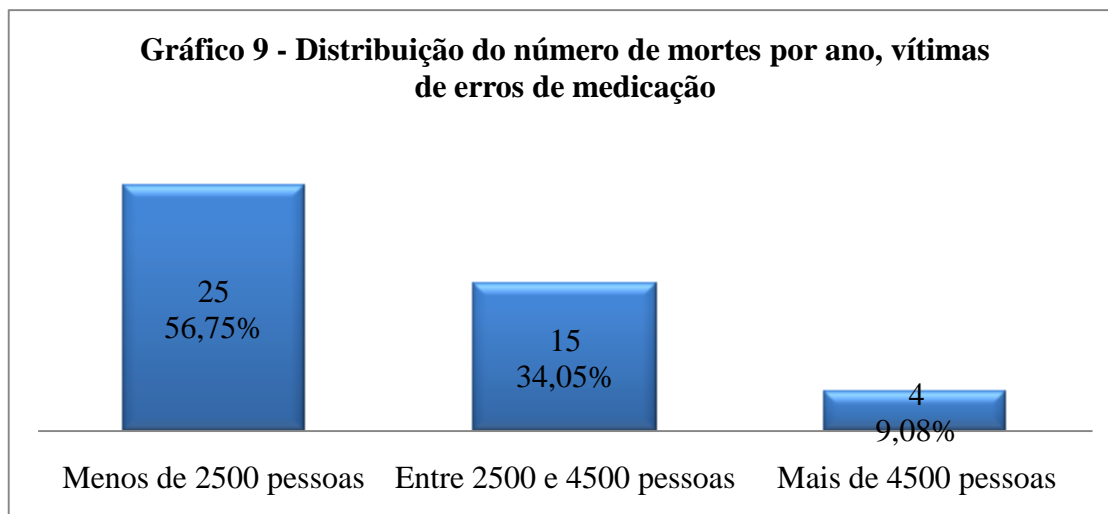
Após observação atenta pode-se verificar que segundo a amostra o tipo de erro mais frequente, assinalado por 24 elementos, é causado por preparação incorrecta do medicamento. Em segundo lugar, surge o erro causado por dosagem incorrecta, sendo este escolhido por 23 elementos. Em terceiro lugar, seleccionado por 16 indivíduos, surge o erro causado pela administração de medicação em horário incorrecto. Por fim, surge como erro menos provável, tendo sido seleccionado por 7 elementos o erro causado pela utilização de técnicas incorrectas durante a administração. Em penúltimo e último lugar, surgem respectivamente os erros causados pela distribuição e pela administração de medicação deteriorada, tendo sido seleccionados, respectivamente por 4 e 2 inquiridos.

Quando foi pedido para seleccionar as duas causas principais que provocassem o erro, foram obtidos os resultados que aparecem no seguinte gráfico.

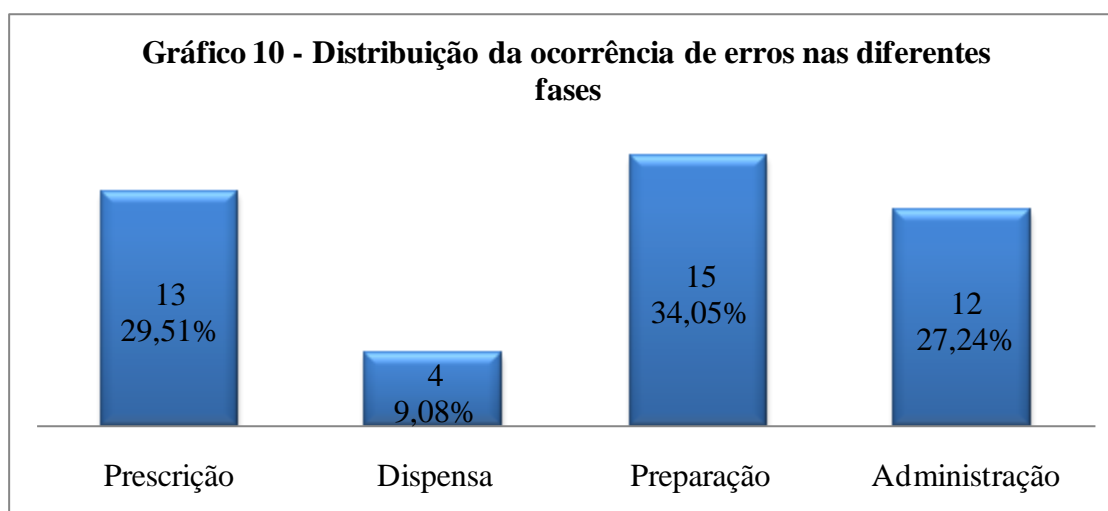


Pode-se verificar, que a principal causa dos erros de medicação, segundo os conhecimentos dos alunos de enfermagem do 4ºano, tendo sido seleccionada por 34 elementos, são os factores humanos. Em segundo lugar, seleccionada por 21 elementos, surge como causa a comunicação ineficaz. Em terceiro lugar, com 18 selecções, aparece como causa a confusão com o nome do fármaco. O quarto e o quinto lugar surgem muito próximos, com apenas a diferença de uma selecção, e são respectivamente, causados por rótulos incompletos ou confusos e o modelo/design da embalagem.

Com a pergunta que se seguia, pretendia-se verificar se os elementos que entraram neste estudo têm noção do número de mortes provocado pelos erros de medicação. Quando questionados, a grande maioria, 56,75% afirma que morrem por ano menos de 2500 pessoas, 34,05% considera que morrem entre 2500 a 4500 pessoas. Apenas 9,08%, ou seja 4 elementos, consideram que por ano, os erros de medicação causam mais de 4500 vítimas mortais.

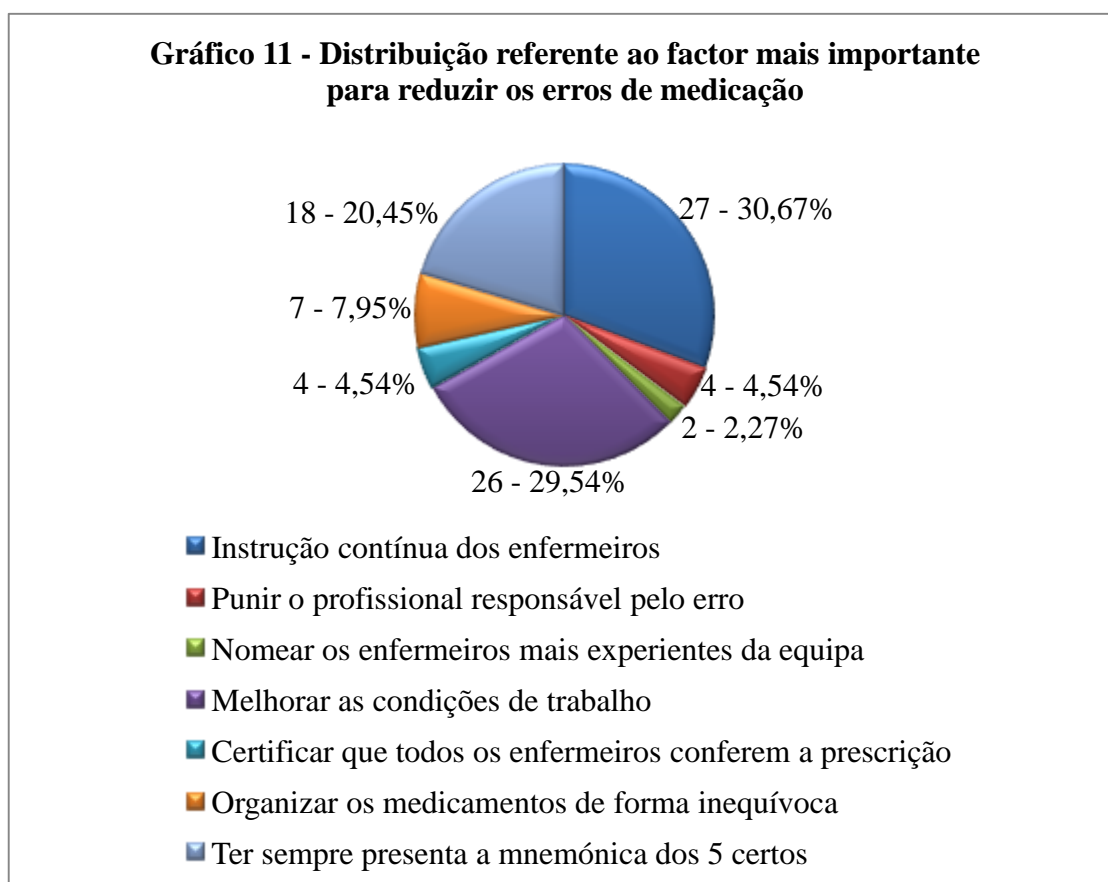


Na pergunta seguinte foi explicado que o circuito do medicamento engloba as seguintes fases: prescrição, dispensa, preparação e administração. De seguida foi pedido que seleccionassem a fase em que ocorrem mais erros.



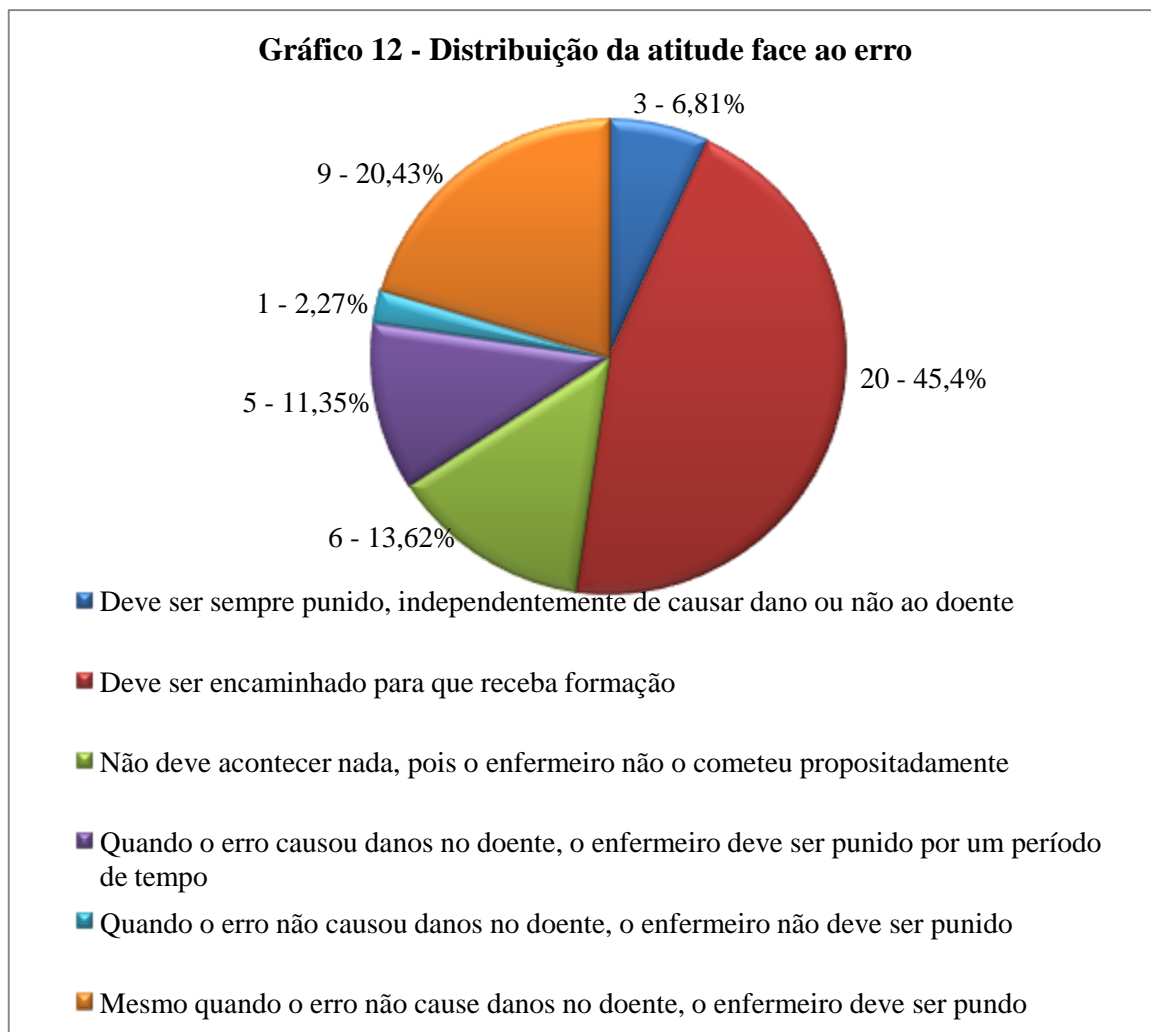
Após a representação gráfica, pode-se verificar que 34,05% dos indivíduos consideram que a maioria dos erros ocorrem durante a preparação da medicação. Em segundo lugar, com 29,51% consideram que os erros são mais frequentes na fase da prescrição. Doze elementos, 27,24%, consideram que a fase mais propícia ao erro é durante a administração. Por fim, com 9,08% das escolhas atribuem a fase da dispensa como a mais favorável ao erro.

Para reduzir os erros de medicação, a amostra considera que o factor mais importante é a instrução contínua dos enfermeiros, de acordo com 27 inquiridos (30,67%). De seguida, tendo sido seleccionado por 26 elementos (29,54%), consideram que é importante melhorar as condições de trabalho. Também um grupo de 18 inquiridos (20,45%) considera que para reduzir os erros é importante o enfermeiro ter sempre presente a mnemónica dos 5 certos. Por fim, surgem outros factores, sendo elas a organização dos medicamentos de forma a serem mais facilmente detectáveis, certificação de que todos os enfermeiros que preparam medicação conferem a prescrição antes e no final da preparação e antes da administração, punição do profissional responsável pelo erro e a nomeação do enfermeiro mais experiente da equipa para a preparação de toda a medicação. Tais dados podem ser observados no gráfico que a seguir se apresenta.



Uma das questões que se seguia era acerca do que deveria acontecer ao profissional após a ocorrência de um erro de medicação.

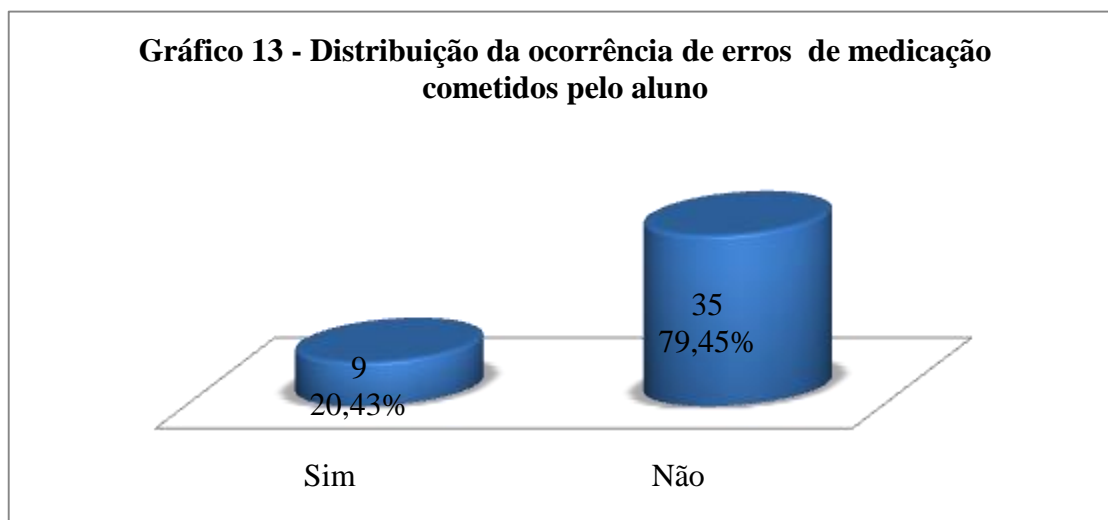
Gráfico 12 - Distribuição da atitude face ao erro



Observando os dados acima apresentados permitem-nos verificar que a grande maioria, 20 inquiridos (45,4%), considera que o profissional deve ser encaminhado para que receba formação. A segunda medida mais seleccionada, por 9 elementos (20,43%), é que mesmo quando o erro não cause danos no doente o profissional deve ser punido. De seguida, tendo sido seleccionado por 6 inquiridos (13,62%), surge a hipótese que refere que não deve acontecer nada ao profissional uma vez que ele não cometeu o erro com essa intenção. Nas restantes posições seguem-se pela seguinte ordem as outras opções sendo elas: o enfermeiro deve ser punido por um período de tempo quando o erro cause danos no paciente, o enfermeiro deve ser punido independentemente das consequências que o doente possa ou não ter e por fim, o enfermeiro não deve ser punido quando o erro não cause danos.

As seguintes questões que se seguem têm como objectivo apurar as experiências dos alunos em contexto hospitalar, relativamente aos erros de medicação cometidos pelo próprio aluno, mas também por erros de medicação cometidos por parte dos profissionais de Enfermagem com quem contactaram durante os ensinos clínicos.

Quando questionados se cometeram algum erro de medicação ao longo dos ensinos clínicos, quase 80% dos alunos afirma que não, enquanto 20,43%, 9 elementos, admitem que sim.



Aos nove elementos que admitiram ter cometido erros de medicação, foi questionado qual o tipo de erro. Observando o quadro 2, pode-se verificar que os erros citados passam pela administração de medicação não preparada por si, troca de medicamentos, alteração das doses, administração no horário errado e também administração pela via errada.

Quando questionados das consequências que esse erro teve no decurso do ensino clínico a maioria, 66,66% admite que não aconteceu nada, apenas 3 elementos (33,33%) admitem ter sido repreendido pelos enfermeiros orientadores. Os dados podem ser observados no quadro 3.

Quadro 2 – Distribuição dos tipos de erros cometidos pelos alunos durante os ensinamentos clínicos

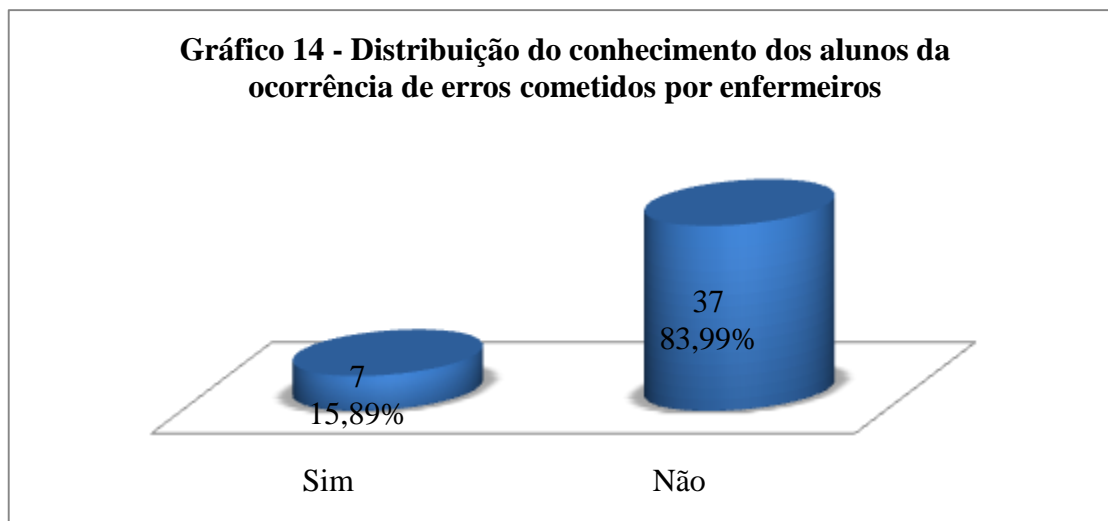
Tipos de erros cometidos pelos alunos	Nº	%
“Administração de medicamento na dose errada” – Q14, Q30	2	22,22
“Administração de medicação ao doente errado” – Q16, Q26	2	22,22
“Administração de medicação preparada por outro profissional” – Q5	1	11,11
“Administração de medicamento errado” – Q6	1	11,11
“Administração de medicação no horário errado” – Q28	1	11,11
“Administração de medicação por via errada” – Q29	1	11,11
“Erro na diluição do fármaco” – Q36	1	11,11

Quadro 3 – Distribuição das consequências que os alunos tiveram pelos erros cometidos

Consequências para os alunos	Nº	%
“Não aconteceu nada” – Q5, Q16, Q28, Q29, Q30, Q36	6	66,66
“Repreensão pelo enfermeiro orientador” – Q6, Q14, Q26	3	33,33

Uma das perguntas visava também saber qual a realidade vivenciada pelos alunos quando um enfermeiro do serviço onde se encontravam a realizar ensino clínico cometia um erro de medicação.

A grande maioria, 83,99%, afirma que nunca teve conhecimento de um erro de medicação causado por um enfermeiro. Apenas 15,89% admitem que tiveram conhecimento de erros provocados por enfermeiros.



Quando questionados da causa do erro, 28,58% afirmam que foi causado por má administração, os restantes referem que foi causado por troca de medicamento, administração de dose errada, má diluição do fármaco, troca de doente e administração de medicação não prescrita. Os dados podem ser visualizados no quadro 4, que se apresenta de seguida.

Quadro 4 – Distribuição dos tipos de erros cometidos pelos enfermeiros

Tipos de erros cometidos pelos enfermeiros	Nº	%
“Erro na administração” – Q2, Q26	2	28,58
“Administração de medicamento errado” – Q16	1	14,29
“Administração de medicamento na dose errada” – Q41	1	14,29
“Erro na diluição do fármaco” – Q35	1	14,29
“Administração de medicação ao doente errado” – Q5	1	14,29
“Administração de medicação não prescrita” – Q22	1	14,29

Quando questionados acerca das consequências que esse acto teve para o profissional de enfermagem a maioria dos inqueridos (85,74%) confessa que não aconteceu nada ao profissional em causa, já um elemento (14,29%) admite que o profissional foi repreendido pelo enfermeiro que estava responsável pela sua integração no serviço. Os dados encontram-se descritos no quadro que se segue.

Quadro 5 – Distribuição das consequências sofridas pelos enfermeiros que cometeram erros

Consequências para os enfermeiros	Nº	%
“Não aconteceu nada” – Q2, Q5, Q16, Q22, Q26, Q35	6	85,74
“Foi repreendido pelo enfermeiro, uma vez que se encontrava em integração no serviço” – Q41	1	14,29

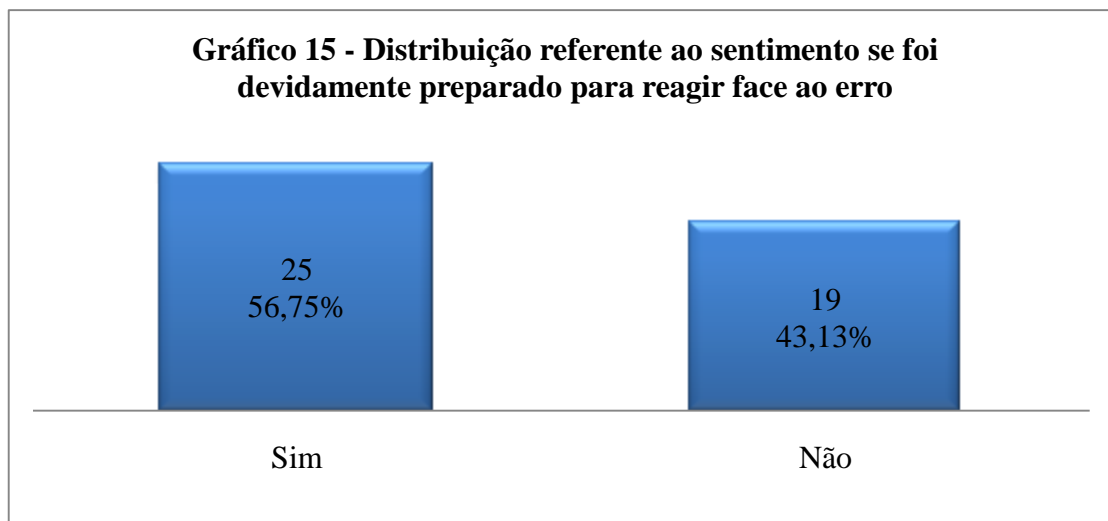
A última pergunta tinha como objectivo saber quais as consequências que esse erro provocou no paciente em causa. Observando o quadro abaixo, podemos verificar que em seis situações (85,74%) não resultou qualquer dano para o doente. Apenas num dos casos (14,29%) o erro provocou sedação no doente.

Quadro 6 – Distribuição das consequências para os doentes vítimas de erros de medicação

Consequências para o doente	Nº	%
“Não aconteceu nada” – Q2, Q5, Q16, Q26, Q35, Q41	6	85,74
“Ficou sedado” – Q22	1	14,29

A última parte do questionário pretende saber se os inqueridos consideram que estão devidamente preparados para reagir face ao erro e se sentem com conhecimentos suficientes de farmacologia para actuar em segurança.

Como se pode verificar após observação do gráfico abaixo, 19 elementos (43,13%), consideram que não foram devidamente preparados para reagir face ao erro, enquanto que 25 elementos (56,75%) consideram que sim.



As justificações dadas por cada elemento encontram-se explícitas nos dois quadros que se seguem.

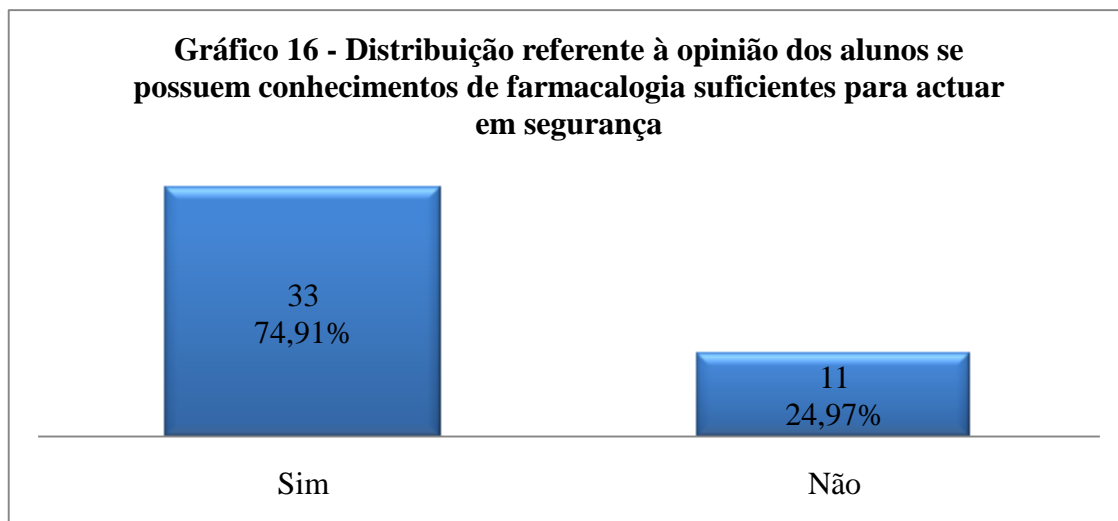
Quadro 7 – Distribuição das justificações dadas para o sim à pergunta: “sente que foi devidamente preparado para reagir face ao erro?”

Justificação dada	Nº	%
“Porque estamos despertos para as consequências” – Q8, Q28	2	8
“Boa preparação nos ensinamentos clínicos” – Q16, Q29	2	8
“A matéria leccionada é suficiente” – Q6	1	4
“Porque nos seminários reforçam a ideia da importância da medicação” – Q20	1	4
“Somos preparados na faculdade para não errar...” – Q26	1	4
“Devemos sempre assumir os erros e comunicá-los para fazer algo de imediato” – Q35	1	4
“Formação técnica, humana e o mais profissional possível” – Q40	1	4

Quadro 8 – Distribuição das justificações dadas para o não à pergunta: “sente que foi devidamente preparado para reagir face ao erro?”

Justificação dada	Nº	%
“Na faculdade não colocam a hipótese de errarmos” – Q13, Q30, Q32, Q37	4	21,04
“Não nos preparam muito bem para esta situação” – Q33, Q36	2	10,52
“Nas aulas as diluições não foram muito aprofundadas e por vezes surgem dúvidas” – Q1	1	5,26
“Acho difícil qualquer pessoa estar preparada para todos os erros ” – Q5	1	5,26
“Sentia-me terrivelmente mal e não saberia como reagir” – Q17	1	5,26
“Temática não abordada” – Q22	1	5,26
“Porque surgem novos fármacos e temos que nos actualizar” – Q25	1	5,26

A última questão que se encontra no questionário diz respeito aos conhecimentos de farmacologia. Quando foram questionados se sentem que têm conhecimentos suficientes de farmacologia para actuar sem segurança, a grande maioria, 74,91% afirma que sim, porém, 24,97% admite sentir que não tem conhecimentos suficientes.



As justificações dadas para o sim e para o não, por cada um dos elementos encontram-se tratadas nos dois quadros que se seguem.

Quadro 9 – Justificações dadas para o sim à pergunta: “sente que tem conhecimentos de farmacologia suficientes para actuar em segurança?”

Justificação dada	Nº	%
“A matéria leccionada foi suficiente” – Q6, Q13, Q32, Q37, Q43	5	15,15
“Devido aos ensinamentos clínicos e sua aprendizagem” – Q16, Q28, Q29, Q42	4	12,12
“Porque há muita medicação que somos obrigados a saber e outra em que temos de nos actualizar” – Q25, Q40, Q41	3	9,09
“Porque sei o que a medicação faz e quando não sei pesquiso” – Q5, Q26	2	6,06
“...Contudo, estudo/reforço de conhecimentos é importante” – Q33, Q39	2	6,06
“Porque nunca administro nenhum fármaco sem ter a certeza dos seis certos” – Q8	1	3,03

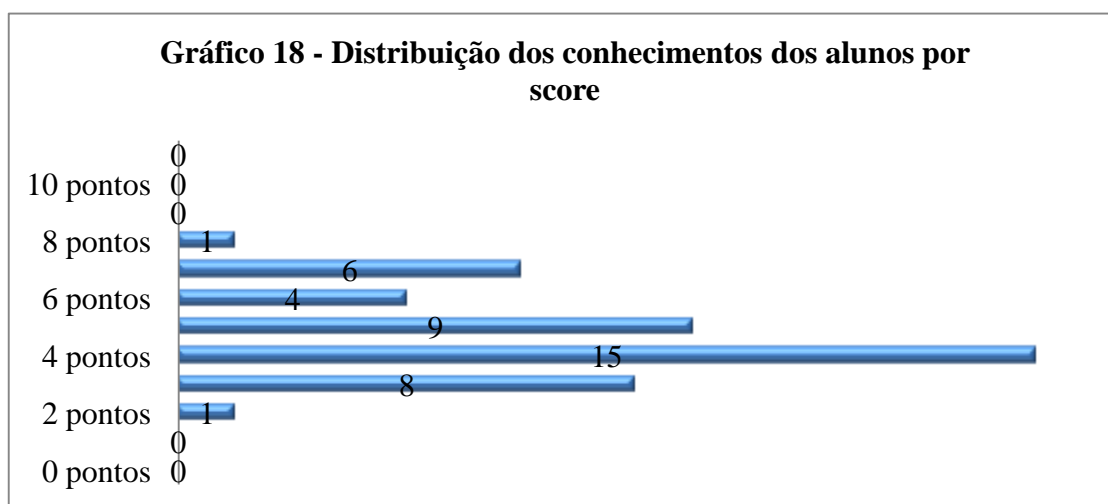
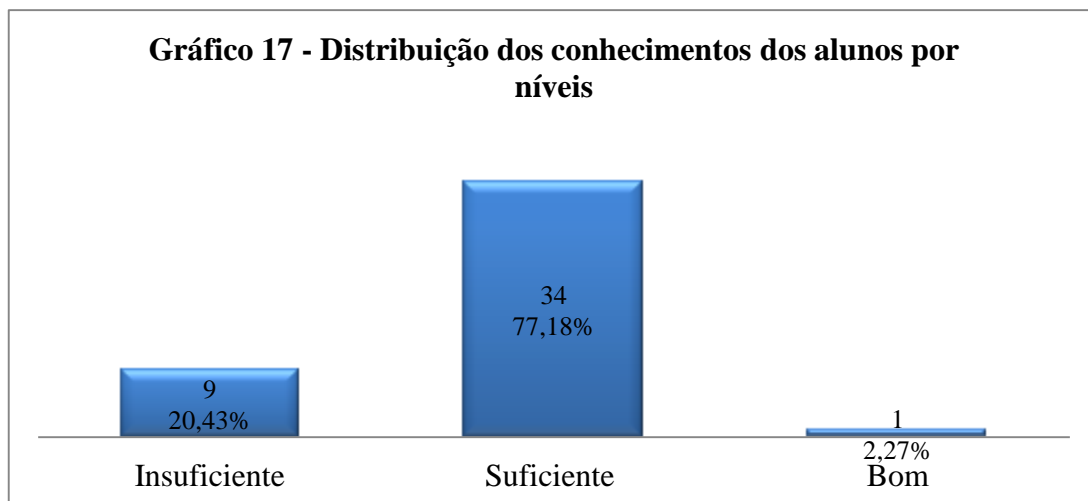
Quadro 10 – Justificações dadas para o não à pergunta: “sente que tem conhecimentos de farmacologia suficientes para actuar em segurança?”

Justificação dada	Nº	%
“Porque por vezes surgem fármacos novos” – Q1, Q14, Q30	3	27,27
“Défice em relação às diluições correctas” – Q22, Q36	2	18,18
“...formação mais contínua na faculdade, uma vez que só temos a disciplina de farmacologia durante um semestre” – Q7	1	9,09
“Porque não me apliquei o suficiente” – Q15	1	9,09
“Pouca informação num curto espaço de tempo” – Q20	1	9,09
“...deviam incidir mais na preparação de fármacos para que não houvessem dúvidas” – Q35	1	9,09
“...deviam falar mais na farmacologia prática, pois a teoria não é importante” – Q38	1	9,09
“Porque existe medicação mais específica que não foi falada na UFP” – Q44	1	9,09

3.3. Associação entre as variáveis

Após a observação dos gráficos que se seguem verifica-se que a maioria da amostra, 77,18%, apresenta conhecimentos suficientes acerca desta temática. Por sua vez, 20,43% apresenta conhecimentos insuficientes e apenas 1 elemento, 2,27%, apresenta bons conhecimentos, com um score de oito valores.

Dos 34 inquiridos que apresentam conhecimentos suficientes, 15 elementos apresentam um score de 4 pontos, o que corresponde ao nível mais baixo dentro da classificação de suficiente.



Um dos objectivos para a realização deste estudo de investigação era identificar se a realização de mais ensinamentos clínicos influencia os conhecimentos dos alunos de enfermagem do 4º ano sobre os erros de medicação.

Tendo como base o número de ensinamentos clínicos realizados por cada inquirido e a pontuação obtida no questionário recorreu-se ao estudo estatístico, através do coeficiente de correlação linear de Pearson (r). Com este método pretendeu-se verificar se o aumento de uma variável (x) causava o aumento de outra variável (y).

Recorrendo então à fórmula de Pearson obtém-se que $r = 0,092$. Uma vez que r apresenta um valor próximo de zero deduz-se que a correlação entre as variáveis é muito pequena, logo a realização de mais ensinamentos não implica um aumento de conhecimentos nos inquiridos acerca desta temática.

3.4. Discussão dos resultados

- Para se atingir o primeiro objectivo proposto para este trabalho “Identificar os conhecimentos dos alunos do 4ºano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, sobre erros de medicação”, foi pedido aos inquiridos que definissem erro de medicação, seleccionassem os três tipos de erros mais frequentes e as duas principais causas dos erros, seleccionassem o número de mortes anuais vítimas de erros de medicação, em Portugal, escolhessem em qual das fases do circuito do medicamento ocorrem mais erros, seleccionassem as duas atitudes que se devem optar para diminuir os erros de medicação e escolhessem a atitude que deve ser adoptada quando um enfermeiro comete um erro de medicação.

Quando foi pedido aos inquiridos que seleccionassem a opção que define erro de medicação, pode-se verificar, através da observação do gráfico 6, que 68,1% seleccionou a resposta correcta, contudo 31,78% optou pela resposta errada. Podemos verificar que 14 elementos ainda confundem o conceito de erro de medicação com o conceito de dano.

De acordo com o NCCMERP,

“...dano é definido como prejuízo temporário ou permanente da função ou estrutura do corpo: física, emocional, ou psicológica, seguida ou não de dor, requerendo uma intervenção”.
(<http://www.nccmerp.org/>, 1998)

Já erro de medicação, segundo a mesma instituição,

“...é qualquer evento evitável que pode causar ou induzir ao uso inapropriado de medicamento ou prejudicar o paciente enquanto o medicamento está sob o controlo do profissional de saúde, paciente ou consumidor. Tais eventos podem estar relacionados à prática profissional, produtos de cuidado de saúde, procedimentos, e sistemas, incluindo prescrição; comunicação; etiquetagem, embalagem e nomenclatura; aviamento; dispensa; distribuição; administração; educação; monitorização e uso”
(<http://www.nccmerp.org/>, 1998)

Na pergunta “...quais considera serem os tipos de erros mais frequentes?”, 24 elementos seleccionaram a opção que indica o erro por preparação incorrecta de medicamento, em segundo lugar, sendo seleccionado por 23 elementos, aparece o erro por dosagem. Em terceiro lugar surge o erro por administração de medicação em horário

incorrecto, tendo sido seleccionado por 16 inquiridos. Os dados podem ser observados no gráfico 7.

São vários os estudos que podem ser consultados, que abordam este assunto, como por exemplo o estudo intitulado: “Erros mais comuns e factores de risco na administração de medicamentos em Unidades Básicas de Saúde”, da autoria de Viviane *et alii* (1999).

Com base nos resultados do estudo acima referido, pode-se verificar que os três tipos de erros mais frequentes são respectivamente: erro por administração de medicação por via errada, administração de medicação em dose errada e erro devido a administração de medicação não prescrita (Viviane *et alii*, 1999). Assim, verifica-se que a amostra tem uma percepção diferente, visto que apenas o segundo lugar é coincidente.

Na pergunta “...qual a principal causa dos erros de medicação?”, 34 elementos seleccionam como primeira causa os factores humanos, enquanto que 21 elementos escolhem para segunda causa mais frequente a comunicação ineficaz, tal como se pode verificar no gráfico 8.

Recorrendo ao estudo já anteriormente referenciado, verifica-se que são indicadas como sendo as duas principais causas, os factores humanos e a comunicação ineficaz. Observa-se que neste ponto, há uma sobreposição dos resultados obtidos em ambos os estudos.

Quando a amostra foi questionada acerca do número de mortes anuais, devido a erros de medicação, mais de 55% da amostra optou pela opção que refere menos de 2500 mortes anuais. Observando o gráfico 9, pode-se verificar que apenas 9,08% admite haver mais de 4000 mortes vítimas de erros de medicação.

De acordo com dados corroborados pelo Infarmed, morrem por ano, em Portugal, cerca de 7000 pessoas hospitalizadas, vítimas de erros de medicação. (Infarmed, *cit in* Lusa, 2008). Observa-se que existe uma grande diferença entre o que é a realidade e a percepção da amostra.

Quando a amostra foi interrogada em qual das fases do circuito do medicamento ocorre mais erros, 34,05% admite que é na fase de preparação, seguida da fase de prescrição,

tendo sido seleccionada por 13 inquiridos (29,51%). Os dados podem ser confirmados no gráfico 10.

De facto, após consulta da diversa bibliografia, observa-se que na realidade a fase em que ocorrem mais erros é na fase da prescrição. Um estudo realizado por Leape *et alii* (1995), demonstra que 39% dos erros ocorrem na fase da prescrição e 38% na fase da administração. Uma vez que os valores se encontram muito próximos é discutível que a amostra não tenha uma correcta percepção desta realidade.

Quando a amostra foi interrogada acerca do que é importante fazer para reduzir os erros de medicação, observando o gráfico 11 verifica-se que 27 elementos optaram pela opção que indica que os enfermeiros devem receber instrução contínua. Em segundo lugar, tendo sido seleccionado por 26 elementos, surge a opção que indica que deveriam ser melhoradas as condições de trabalho.

Voltando ao estudo anterior – “Erros mais comuns e factores de risco na administração de medicamentos em Unidades Básicas de Saúde”, observa-se que a primeira atitude que consideram que deve ser tomada, é precisamente a mesma que foi seleccionada pela amostra dos alunos do 4º ano de Enfermagem da UFP. Já na segunda opção, o estudo revela que deve haver uma supervisão, para que desta forma seja possível certificar que todos os enfermeiros confirmem a prescrição durante a preparação e antes da administração. (Viviane *et alii*, 1999).

Quando o enfermeiro comete um erro, a amostra de alunos, considera na sua grande maioria, que esse profissional deve ser encaminhado para receber formação, ao invés de ser punido. Estes dados, que podem ser observados no gráfico 12, vão de acordo com os dados que podem ser consultados no estudo já acima referido.

Após a observação do gráfico 17 podemos verificar que a maioria dos alunos, 77,18% apresenta conhecimentos suficientes acerca desta temática. Apenas 1 elemento apresenta conhecimentos bons, e nove elementos apresentam conhecimentos insuficientes. No gráfico 18, podemos visualizar a distribuição dos conhecimentos dos alunos por scores, o que nos permite ter noção que o score mais conseguido foi 4 pontos, o que representa o nível mais baixo dentro do suficiente. A pontuação mais baixa obtida, por um aluno,

foi de 2 pontos. O único inquirido que demonstra bons conhecimentos apresenta um score de 8 pontos.

Podemos então observar que os conhecimentos dos alunos do 4º ano sobre erros de medicação são suficientes, respondendo desta forma à questão de investigação.

- Relativamente à questão de investigação “Quais foram os erros cometidos pelos alunos de Enfermagem do 4º ano da Universidade Fernando Pessoa, durante os ensinamentos clínicos?” foi pedido aos inquiridos que admitissem se já cometeram erros de medicação, qual o tipo de erros e quais as consequências que esse erro teve no desenrolar do seu percurso académico. Observando o gráfico 13 e o quadro 2 verificamos que 9 elementos afirmam ter cometido um erro de medicação, sendo os erros mais comuns a administração de medicação em dose errada e administração de medicação ao doente errado. Após a observação do quadro 3 verifica-se que na maioria dos casos (66,66%) não houve qualquer consequência para os alunos, nos restantes 3 casos apenas houve uma repreensão por parte do orientador.

- Tendo em atenção a questão de investigação “Qual é a realidade vivenciada pelos alunos do 4º ano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, perante um erro de medicação cometido por um enfermeiro?”, questionou-se os alunos se já assistiram a algum erro de medicação cometido por um enfermeiro, qual o tipo de erro cometido e as consequências que esse erro teve para o enfermeiro e para o doente vítima do erro. Observando o gráfico 14 e o quadro 4 verifica-se que apenas 7 elementos admitem ter vivenciado um erro cometido por um enfermeiro, sendo o erro mais comum devido a falhas durante a administração do fármaco. Neste caso, e observando o quadro 5, as consequências para o profissional que cometeu o erro também foram nulas, segundo 85,74% da amostra. Em apenas um caso, em que se tratava de um enfermeiro em integração no serviço, houve repreensão. Visualizando o quadro 6 observa-se que em 85,74% dos casos, a amostra admite que não resultou qualquer dano para os doentes vítimas dos erros, excepto num caso em que o doente ficou sedado.

- Relativamente ao último objectivo proposto para este trabalho, que pretende “Identificar se a realização de mais ensinamentos clínicos influencia os conhecimentos dos alunos do 4º ano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, sobre erros de medicação”, recorreu-se à fórmula de Pearson. Para tal correlacionou-se duas variáveis:

o número de ensinios clínicos realizados por cada aluno e o score obtido nos conhecimentos sobre erros de medicação. Desta forma, obteve-se que $r = 0,092$, logo a correlação existente é muito fraca, o que permite concluir que a realização de mais ensinios clínicos não leva a um aumento de conhecimentos.

Na última parte do questionário pretende-se ter a percepção de como os alunos encaram a formação recebida e se são capazes de agir em segurança.

Ao primeiro ponto – “sente que foi devidamente preparado para reagir face ao erro”, 25 elementos dizem que sim. Justificam que a matéria leccionada foi suficiente, que foram devidamente esclarecidos quanto às consequências, e também porque tiveram uma boa preparação nos ensinios clínicos, entre outros factores. No entanto, 19 elementos consideram que não estão preparados. Segundo os mesmos, admitem que a faculdade não coloca a hipótese do erro acontecer e por isso também não são preparados para tal, entre outras justificações.

Por fim, quando questionados se possuem conhecimentos suficientes de farmacologia para actuarem em segurança, 33 elementos garantem que sim, enquanto 11 elementos admitem que não. Os 33 elementos consideram-se preparados porque afirmam saber o que a medicação faz e quando não sabem pesquisam, outros consideram que a matéria leccionada foi suficiente, já outros consideram que adquiriram muitos conhecimentos nos ensinios clínicos, entre outras justificações.

Os restantes elementos consideram que não estão preparados, pois admitem que por vezes surgem fármacos novos que desconhecem, outros consideram que as diluições não foram muito abordadas. Entre outras opções surge também uma opinião que considera que as aulas deveriam incidir mais na preparação dos fármacos e não tanto na teoria.

IV.CONCLUSÃO

A realização deste trabalho, teve como finalidade identificar os conhecimentos dos alunos do 4ºano sobre os erros de medicação e descrever as experiências vividas nos ensinos clínicos. Este estudo demonstra uma grande importância, uma vez que é necessário que estes alunos, futuros profissionais muito em breve, estejam despertos para as graves consequências que podem advir.

Com a realização deste projecto, a aluna responsável pela investigação conseguiu aplicar e aprofundar os conhecimentos adquiridos ao longo destes 4 anos de Licenciatura.

O facto de se ter que elaborar um projecto de investigação possibilitou perceber que esta vertente é muito importante para o avanço da profissão.

O estudo contou com uma amostra de 44 elementos, alunos do 4ºano da Licenciatura de Enfermagem da UFP.

As maiores dificuldades surgiram na elaboração do questionário e na análise dos dados, porém, com trabalho contínuo e com a orientação da Enf. Marta Silva foram sendo ultrapassadas.

Sucintamente, os dados conseguidos com a realização desta investigação são:

- A maioria dos elementos apresenta idades entre os 22 e os 23 anos;
- Dos 44 inquiridos, 75% dos alunos já completaram todos os ensinos clínicos;
- Da totalidade da amostra, 77,18% dos elementos apresentam conhecimentos suficientes sobre esta temática, 20,43% apresenta conhecimentos insuficientes e apenas 2,27% apresenta conhecimentos bons;
- Dos 44 inquiridos, 9 elementos admitem ter cometido um erro de medicação, sendo os erros mais comuns a administração de medicação ao doente errado e a administração de medicação em doses incorrectas;

- Durante os ensinamentos clínicos 7 inquiridos admitiram ter presenciado um erro de medicação cometido por enfermeiros do serviço, sendo referido como mais comum o erro por técnicas incorrectas na administração;
- A realização de mais ensinamentos clínicos não influencia os conhecimentos, uma vez que $r = 0,092$.

Uma vez que a amostra representa cerca de 50% da população, considera-se difícil fazer uma globalização dos mesmos, até porque se trata de um primeiro estudo de investigação.

Com o tratamento dos dados colhidos através do questionário verifica-se que dos 44 inquiridos, 9 elementos admitiram ter cometido erros de medicação. Destes 9 elementos apenas 3 referem ter sido repreendidos pelo enfermeiro orientador, os restantes 6 referem que não sofreram qualquer consequência. Perante isto, permanece a dúvida se estes incidentes são todos do conhecimento dos orientadores. Por outro lado, fica por esclarecer se estes erros são transmitidos aos docentes da faculdade. É importante alertar os alunos para a necessidade de relatar os erros sempre que estes acontecem, devido às consequências que este pode causar no utente. É necessário promover cada vez mais um ambiente de confiança e reflexão nos seminários dos ensinamentos clínicos para que os alunos consigam expressar estes incidentes sem temerem a punição de que poderão ser alvos.

Considera-se, por fim, que a elaboração deste trabalho foi bastante gratificante, uma vez que o tema suscitava interesse pessoal. Por outro lado, a conclusão do mesmo traduz-se numa etapa alcançada e muito desejada.

Referências bibliográficas

Anderson, D. (2001). A System Approach to the Reduction of Medication Errors on the hospital ward. [Em linha]. Disponível em <<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.2001.01820.x?cookieSet=1&journalCode=jan>> [Consultado a 12 de Novembro 2009];

Bates, D. et al. (2004). Adverse Drug Events and Medication Errors: Detection and Classification Methods. [Em linha]. Disponível em <<http://qhc.bmjournals.com/cgi/content/full/13/4/306>>. Consultado a 12 de Novembro 2009;

Benner, P. et al. (2002). *Individual, Practice, and System Causes of Errors in Nursing: Taxonomy*. Vol.32, pp. 509-523;

Bohomol, E. et al. (2006). Percepciones acerca de los errors de medicación: Análisis de Respuestas del Grupo de Enfermería. [Em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a09.pdf>. Consultado a 6 de Março de 2010;

Bolander, V. (1998). Administração de medicação. In: Bolander, V. (Ed). *Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica*. 3ª Edição. Loures, Lusodidacta, pp. 1515 – 1578;

Carvalho, V. et al. (1999). Erros mais comuns e factores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13506.pdf>>. Consultado a 4 de Abril de 2010;

Carvalho, V. (2000). *Erros na administração de medicamentos: análise dos relatos dos profissionais de enfermagem – Dissertação (Mestrado)* – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo;

Cassiani, S. et al. (2002). Erros na Medicação e Consequências para Profissionais de Enfermagem e Clientes: um estudo exploratório. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13364.pdf>>. Consultado a 6 de Julho de 2010;

Cassiani, S. et al. (2006). Erros de Medicação: tipos, factores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a10.pdf>>. Consultado a 6 de Julho de 2010;

Collière, M. (2003). *Cuidar...A Primeira Arte da Vida*. Loures, Lusodidacta;

Dicionário da Língua Portuguesa. (2011). [Em linha]. Disponível em <<http://www.priberam.pt/dlpo/dlpo.aspx>>. [Consultado a 15 de Maio de 2011];

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures, Lusodidacta;

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

Fragata, J. et al. (2005). *O Erro em Medicina: Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade*. Coimbra, Edições Almedina;

Gomes, J. (2005). Aprender com os erros: uma prioridade! *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, Março;

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital*. Lisboa, Lusociência;

Institute of medicine. (1999). To err is human: building a safer health system. [Em linha]. Disponível em <http://www.providersedge.com/ehdocs/ehr_articles/To_Err_Is_Human-Building_a_Safer_Health_System-Report-Brief.pdf>. [Consultado a 6 de Julho de 2010];

International Council of Nurses. (2000). ICN Code of Ethics for Nurses. [Em linha]. Disponível em <<http://www.icn.ch/icncode.pdf>>. Consultado a 24 de Março de 2010;

International Council of Nurses. (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1*. Geneva;

International Council of Nurses. (2005). Medication Errors. [Em linha]. Disponível em <http://www.icn.ch/matters_errors.htm>. Consultado a 10 de Dezembro de 2010;

Kohn, L. et al. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Committee on Quality of Healthcare in America. Washington: National Academy Press;

Leape, L. et al. (1995). A system analysis approach to medical errors. *In: Cohen Michael-Medication errors: causes, prevention and risk management*. Washington, American Pharmaceutical Association;

Leite, J. (2008). Metodologia da Investigação. [Em linha]. Disponível em www.doc.ua.pt. Consultado 4 de Maio 2011;

Ministério da Saúde (1998). *Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril*. [Em linha]. Disponível <<http://dre.pt/pdf1sdip/1998/04/093A00/17391757.pdf>>. [Consultado a 14 de Janeiro de 2011];

Ministério da Saúde (2006). *Decreto-lei nº 176/2006 de 30 de Agosto*. [Em linha]. Disponível <<http://www.dre.pt/pdf1sdip/2006/08/16700/62976383.PDF>>. [Consultado a 14 de Janeiro de 2011];

National Coordinating Council Of Reporting And Preventing Medication Error Taxonomy. (1998). *Taxonomy of Medication Errors*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.nccmerp.org/aboutmederrors.html>>. [Consultado a 4 de Abril de 2010];

Nunes, L. et al. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros;

Ordem dos Enfermeiros. (2001) *Divulgar – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>>. [Consultado a 28 de Dezembro de 2010];

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Divulgar – Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>>. [Consultado a 28 de Dezembro de 2010];

Ordem dos Enfermeiros. (2005). A Enfermagem conta. [Em linha]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/Newsletter/enfermagemconta_erros_na_medicao.pdf>. [Consultado a 28 de Dezembro de 2010];

Ordem dos Enfermeiros. (2005). Segurança do Doente. [Em linha]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_17_Julho_2005.pdf>. [Consultado a 28 de Dezembro de 2010];

Ordem dos Enfermeiros. (2005). Segurança do Doente. [Em linha]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_17_Julho_2005.pdf>. [Consultado a 28 de Dezembro de 2010];

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tomada de posição sobre segurança do cliente. [Em linha]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf>. [Consultado a 28 de Dezembro de 2010];

Paulino, C. et al (1999). *Técnicas e Procedimentos em Enfermagem*. Coimbra, Formasau;

Rosa, M., et al. (2003). Erros de Medicação: Quem Foi? [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n3/a41v49n3.pdf>>. [Consultado a 6 de Julho de 2010];

Segura, P. et ali. (2001). Desarrollo de un método observacional prospectivo de estudio de Errores de Medicación para su aplicación en hospitales. [Em linha]. Disponível em <<http://www.sefh.es/fh/2001/n5/1.pdf>>. [Consultado a 14 de Janeiro de 2011];

Silva, C. et al. (2004). Administração de Medicamentos: Uma visão Sistémica para o desenvolvimento de medidas preventivas dos erros na medicação. [Em linha]. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/R2_administra.pdf>. [Consultado a 3 de Janeiro de 2011];

Silva, A. et al. (2007). Problemas na Comunicação: uma possível causa de erros de medicação. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a05v20n3.pdf>>. [Consultado a 6 de Julho de 2010];

Thompson, I. et al. (2004). *Ética em Enfermagem*. Lisboa, Lusociência;

TSF. (2008). Erros de medicação matam sete mil pessoas por ano em Portugal. [Em linha]. Disponível em <http://www.tsf.pt/PaginaInicial/Portugal/Interior.aspx?content_id=1034260>. [Consultado a 28 de Dezembro de 2010];

Turato, E. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objectos de pesquisa. [Em linha]. Disponível em: <www.fsp.usp.br>. [Consultado a 10 de Junho de 2011];

World Health Organization. (2002) The Importance of Pharmacovigilance: safety monitoring of medicinal products. [Em linha]. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4893e/>>. [Consultado a 28 de Dezembro de 2010].

ANEXO I

ANEXO II

QUESTIONÁRIO

Sílvia Cristina Pereira da Silva, aluna do 4º ano do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa, Unidade do Porto, pretende desenvolver, no âmbito do Projecto de Graduação, um processo de investigação que se intitula “Erros de medicação – Conhecimentos dos alunos do 4º ano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa”, cujo objectivo é avaliar os conhecimentos dos alunos do 4º ano de enfermagem, acerca desta temática.

O preenchimento deste questionário é voluntário e respeita as normas de confidencialidade e anonimato. Por favor, não coloque nenhum elemento que o possa identificar em nenhuma das folhas deste questionário.

Leia com atenção e responda a todas as questões com rigor e objectividade. Tente não deixar questões em branco. Em caso de dúvida reflecta e escolha a opção que lhe pareça ser a melhor. A sua colaboração é preciosa para a concretização deste estudo científico e para obtenção de dados fidedignos.

Antecipadamente agradeço a colaboração prestada.

A aluna:

(Sílvia Cristina Pereira da Silva)

1. Género: Feminino Masculino

2. Idade: _____ Anos

3. Assinale os ensinamentos clínicos que já realizou:

Fundamentos e Procedimentos de Enfermagem III

Enfermagem Médico-Cirúrgica II

Enfermagem Materno-Infantil II

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica II

Enfermagem de Urgência e Emergência II

Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária II

Integração à Vida Profissional

4. Durante a formação académica recebeu algum tipo de formação sobre os tipos de erros de medicação, factores e as formas de prevenção?

Sim

Não

5. Na sua opinião o que é um erro de medicação? (selecione a opção que acha correcta)

Erro de medicação é qualquer acontecimento prevenível que pode provocar lesões no paciente.

Erro de medicação é qualquer efeito nocivo e não intencional que ocorre após a administração de medicação.

6. Enquanto aluno de enfermagem e futuro enfermeiro quais considera serem os tipos de erros mais frequentes? Selecciona 3 opções e enumere-as de 1 a 3, em que 1 corresponde ao mais frequente.

- Erros por omissão
- Erros por administração de medicação não autorizada
- Erro por dose extra
- Erro referente à via
- Erro por dosagem
- Erro por horário incorrecto
- Erro por preparação incorrecta do medicamento
- Erro por utilização de técnicas incorrectas na administração
- Erro por medicamento deteriorado
- Erros de prescrição
- Erros de distribuição

7. No seu entender qual a causa principal dos erros de medicação? (selecione duas opções)

- Comunicação ineficaz
- Confusão com o nome do fármaco
- Rótulos incompletos ou confusos
- Factores humanos
- Modelo/design da embalagem

8. Em média quantas pessoas morrem por ano, em Portugal, vítimas de erros de medicação? (selecione apenas uma opção)

Menos de 2500 pessoas

Entre 2500 pessoas e 4500 pessoas

Mais de 4500 pessoas

9. Considerando que o circuito de medicamento engloba as seguintes fases: prescrição, dispensa, preparação e administração, em qual delas considera que ocorrem mais erros?

Prescrição

Dispensa

Preparação

Administração

10. Na sua opinião o que considera importante fazer para reduzir o número de erros de medicação? (selecione apenas as duas opções que entende serem as mais importantes)

Instrução contínua dos enfermeiros, actualizando-os sempre que surjam novas orientações, promover acções de formação dentro da equipa, permitir a partilha de experiências;

Punir o profissional responsável pelo erro;

Nomear os enfermeiros mais experientes da equipa, para que sejam sempre estes a preparar toda a medicação do turno;

Melhorar as condições de trabalho: diminuir a carga horária, criar uma sala própria para a preparação da medicação, aumentar o número de enfermeiros no serviço;

Certificar que todos os enfermeiros que preparam medicação conferem a prescrição antes da preparação, no final da preparação e antes da administração;

Organizar os medicamentos de maneira a que toda a equipa os consiga identificar sem dúvidas, e criar alternativas para que não sejam confundidos devido às embalagens semelhantes;

Ter sempre presente a mnemónica dos cinco certos.

11. Na sua opinião, o que deve acontecer ao enfermeiro que comete um erro de medicação? (selecione a opção que considera mais importantes)

Deve ser sempre punido, independentemente de causar dano ou não ao doente (mudar de serviço, por exemplo);

Deve ser encaminhado para que receba formação;

Não deve acontecer nada, pois o enfermeiro não o cometeu propositadamente;

Quando o erro causou danos no doente, o enfermeiro deve ser punido por um período de tempo;

Quando o erro não causou danos no doente, o enfermeiro não deve ser punido;

Mesmo quando o erro não cause danos no doente, o enfermeiro deve ser punido.

12. Em algum dos ensinios clínicos que já realizou cometeu algum erro de medicação?

Sim

Não

12.1. Se respondeu sim:

12.1.1. Qual foi o tipo de erro?

12.1.2. Quais as consequências que teve?

13. Nos períodos em que realizou ensinios clínicos, algum enfermeiro do serviço em que se encontrava cometeu algum erro de medicação?

Sim

Não

13.1. Se respondeu sim:

13.1.1. Qual foi o tipo de erro?

13.1.2. Quais as consequências para esse profissional de saúde?

13.1.3. Quais as consequências para o doente?

14. Ao longo da formação que tem recebido na UFP, sente que está a ser devidamente preparado para reagir face ao erro?

Sim

Não

Porquê?

15. Quando se encontra nos ensinios clínicos sente que tem conhecimentos suficientes de farmacologia para actuar em segurança?

Sim

Não

Porquê?

Agradeço a sua colaboração!

ANEXO III

Tabela de avaliação dos níveis de conhecimento

	Pergunta 5	Pergunta 6	Pergunta 7	Pergunta8	Pergunta 9	Pergunta 10	Pergunta 11	Total
Q1	1	2	1	1	1	0	1	7
Q2	1	2	2	0	0	1	1	7
Q3	0	2	2	0	0	0	1	5
Q4	1	0	2	0	1	1	0	5
Q5	1	1	2	0	0	1	0	5
Q6	1	1	1	0	1	1	1	6
Q7	1	2	2	0	0	0	0	5
Q8	0	0	1	0	0	1	1	3
Q9	0	1	2	0	0	1	0	4
Q10	0	2	2	0	1	1	0	6
Q11	1	1	2	0	1	1	1	7
Q12	0	2	1	0	0	0	1	4
Q13	0	2	2	0	1	1	0	6
Q14	1	1	1	0	0	1	0	4
Q15	1	2	0	0	0	1	0	4
Q16	1	0	1	1	0	1	0	4
Q17	1	1	1	0	0	0	0	3
Q18	1	0	1	0	0	0	1	3
Q19	1	1	2	0	0	1	0	5
Q20	1	1	2	0	0	1	0	5
Q21	0	1	2	0	0	1	0	4

Erros de medicação – Conhecimentos dos alunos do 4º ano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa

Q22	1	1	2	1	1	1	1	8
Q23	1	1	0	0	1	1	1	5
Q24	1	1	0	0	1	1	1	5
Q25	0	1	1	0	0	1	1	4
Q26	0	2	1	0	0	1	0	4
Q27	1	2	1	0	1	0	1	6
Q28	1	1	1	0	0	1	0	4
Q29	1	1	1	0	0	1	0	4
Q30	1	1	2	0	0	0	0	4
Q31	0	1	2	0	0	1	0	4
Q32	1	1	1	0	0	0	0	3
Q33	1	1	1	0	0	0	0	3
Q34	1	1	1	0	0	1	0	4
Q35	1	1	1	0	0	0	0	3
Q36	1	1	2	0	0	0	1	5
Q37	0	1	1	0	0	1	0	3
Q38	0	0	1	0	0	1	0	2
Q39	0	2	0	0	0	1	1	4
Q40	1	1	1	0	0	1	0	4
Q41	1	1	1	0	0	1	1	5
Q42	1	1	2	0	1	1	1	7
Q43	1	2	2	0	0	1	1	7
Q44	0	1	1	0	1	0	1	4