



e s c o l a superior de
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

**CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM
NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADE DE CUIDADOS**

**Papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para
diminuir a ocorrência de erros de medicação, num Serviço de Urgência**

Telma Maria Barbosa Alves Pinto

Coimbra, maio de 2022



e s c o l a superior de
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

**CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM
NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADE DE CUIDADOS**

**Papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para
diminuir a ocorrência de erros de medicação, num Serviço de Urgência**

Telma Maria Barbosa Alves Pinto

Orientador: Professor Doutor Alfredo Cruz Lourenço,
Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Coorientadora: Professora Doutora Teresa Margarida Almeida Neves,
Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de especialização em
Gestão de Unidade de Cuidados

Coimbra, maio de 2022

AO Professor Doutor Alfredo Lourenço,

por todo o seu interesse, disponibilidade, sugestões, partilha de saberes e excelente orientação concedidas ao longo da realização desta dissertação.

À Professora Doutora Teresa Neves,

pela disponibilidade e amabilidade constantes, pela crítica fundamentada e crucial para a consecução deste trabalho ao longo das diferentes etapas inerentes.

AOS meus pais Emília e Joaquim,

por serem o meu pilar e um exemplo de coragem e resiliência e pelo carinho e apoio incondicional desde o início da minha caminhada em busca do conhecimento.

AO meu marido Miguel,

pelo apoio constante, dedicação, paciência, companheirismo e por compreender a minha ausência, durante todo processo de construção da dissertação, permitindo tornar este sonho realidade.

AO meu chefe Arlindo Cruz,

que me facilitou o horário e me deu o apoio necessário à elaboração desta dissertação e aos meus colegas que prontamente se disponibilizaram para participar no estudo.

Eu não tinha conseguido sem vocês!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ- *Agency for Healthcare Research and Quality*

ASHP- *American Society of Health-System Pharmacists*

CDE- Código Deontológico do Enfermeiro

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

CSD- Cultura de segurança do doente

DGS- Direção Geral da Saúde

EA- Evento Adverso

HPH- Hospital Pedro Hispano

ICN- *International Council of Nurses*

ISD- Incidentes de segurança dos doentes

JCAHO- *Joint Commission Accreditation Health Organization*

NCCMERP- *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention*

Notific@- Sistema Nacional de Notificação de Incidentes

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial da Saúde

RCA- *Root Cause Analysis*

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SONHO- Sistema Integrado de Informação Hospitalar

SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences*

SU- Serviço de Urgência

WHO- *World Health Organization*

RESUMO

Enquadramento: A segurança do doente conquistou um lugar de destaque no setor da saúde. É reconhecida como um tema fundamental na prestação de cuidados de saúde de qualidade. O erro de medicação é um dos temas prioritários e o enfermeiro gestor tem um papel importante na sua redução.

Objetivos: Definiu-se como objetivo geral identificar quais as estratégias que poderão ser implementadas pelo enfermeiro gestor para diminuir a ocorrência de erros de medicação, percecionados pelos enfermeiros de um SU português. Como objetivos específicos definiram-se: caracterizar os erros associados à gestão de medicação; identificar a incidência de erro nas diferentes fases do processo de gestão de medicação; identificar as causas precipitantes do erro na gestão de medicação; identificar as medidas de mitigação de dano realizadas pelos profissionais; identificar se ocorreu a notificação do erro; identificar as medidas preventivas propostas pelos profissionais; perceber a importância do papel do enfermeiro gestor na garantia das melhores práticas profissionais de forma a reduzir a ocorrência de erros de medicação; e analisar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais na perceção dos enfermeiros, sobre o papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação.

Metodologia: Desenvolveu-se um estudo transversal, quantitativo, descritivo-correlacional tratando-se de uma investigação por questionário. A amostra é constituída por 63 enfermeiros. O estudo decorreu num Hospital Público da região Norte de Portugal. Os dados foram analisados no IBM SPSS *Statistics* versão 28.

Resultados: A formação em serviço e a implementação de políticas, diretrizes e protocolos clínicos são as estratégias que poderão ser implementadas pelo enfermeiro gestor de forma a diminuir a ocorrência de erros de medicação no SU. O incidente sem dano foi o erro de medicação mais reportado (68%) seguido do *near miss* (24%). A fase do processo de gestão de medicação mais referenciada foi a fase de administração (49%), seguida da fase de preparação (33%). O ambiente de trabalho (59%) seguido dos fatores individuais (43%) foram as causas precipitantes do erro na gestão de medicação mais reportadas. Quanto às medidas de mitigação de dano realizadas pelos profissionais quando confrontados com um erro de medicação, 86% vivenciaram e aprenderam com o erro individualmente, 54% aumentou a vigilância do doente e 35% notificou o enfermeiro responsável. Apenas 14% notificou o erro na plataforma da DGS Notific@. A identificação inequívoca do doente (65%) seguida da preparação de terapêutica antes da sua administração (56%) foram as medidas preventivas propostas pelos profissionais. Quando analisamos a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais na perceção dos enfermeiros, sobre o papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação, verificamos através dos dados que apenas a hipótese relacionada com a idade dos enfermeiros foi confirmada, apesar de ser uma correlação fraca e negativa.

Conclusão: Uma boa gestão dos erros é tão importante como reduzi-los. A experiência do erro pode desenvolver as capacidades adaptativas dos enfermeiros às diversas situações e, também,

pode constituir uma forma de aprendizagem, com valor pedagógico e um marco para o desenvolvimento do conhecimento. Assim, conclui-se que é importante a implementação de estratégias pelo enfermeiro gestor de forma a diminuir a sua ocorrência.

Palavras-Chave: erros de medicação; segurança do doente; enfermeiro gestor; serviço de urgência hospitalar

ABSTRACT

Theoretical framework: Patient safety has acquired a prominent position in the healthcare sector. It is recognized as a key issue in the provision of quality healthcare service. The medication error is one of the priority issues. The nurse manager has a central role in this kind of error.

Objectives: The general objective was to identify which strategies can be implemented by the nurse manager to reduce the occurrence of medication errors perceived by nurses in a Portuguese SU. The following specific objectives were defined to characterise the errors associated with medication management; to identify the error incidence in the different phases of the medication management process; to identify the precipitating causes of error in medication management; to identify the damage mitigation measures performed by professionals; to identify whether an error was reported; and to identify the preventive measures proposed by professionals; to understand the importance of the nurse manager's role the best practices application, in order to reduce medication errors incidence; and to analyse the sociodemographic influence and professional variables on the nurses' perception of the nurse manager's role in implementing strategies to reduce the occurrence of medication errors.

Methodology: A cross-sectional, quantitative, descriptive-correlational study was developed based on a questionnaire survey. The sample was composed by 63 nurses. The study took place in a public hospital in the Northern region of Portugal. Data were analysed in IBM SPSS *Statistics* version 28.

Results: In-service training and the implementation of policies, guidelines and clinical protocols are the strategies that could be implemented by the nurse manager in order to decrease medication errors occurrence in the SU. The incident without harm was the most reported medication error (68%) followed by *near miss* (24%). The most referenced phase of the medication management process was the administration phase (49%), followed by the preparation phase (33%). The work environment (59%) followed by individual factors (43%) were the most reported precipitating causes of medication management error. Regarding the harm mitigation measures performed by professionals when faced with a medication error, 86% experienced and learned from the error individually, 54% increased patient surveillance and 35% notified the nurse in charge. Only 14% reported the error on the DGS Notific@ platform. The unequivocal identification of the patient (65%) followed by the preparation of therapeutics before their administration (56%) were the preventive measures proposed by the professionals. When analysing the influence of the sociodemographic and professional variables on the nurses' perception about the nurse manager's role regarding strategies implementation to reduce medication errors occurrence, we found that only the hypothesis related with the nurses' age was confirmed, although it was a weak and negative correlation.

Conclusion: A good error management approach is a key improvement due the many subjective influence factors involved. For that reason, a reactive reaction acquires the same importance as work in preventive measures to reduce them. The experience of error can develop nurses' adaptive skills to different situations and, also, it may constitute a form of learning, with

pedagogical value and a milestone for knowledge and technical experience development. Thus, we conclude that it is important for the nurse manager to implement strategies to reduce its occurrence.

Keywords: medication errors; patient safety; nurse administrators; emergency service, hospital

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de Ishikawa ou de causa-raiz	32
Figura 2. Teoria do queijo suíço	43
Figura 3. Incidência relativa dos eventos em saúde	46
Figura 4. Processo de administração de terapêutica hospitalar	56

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Categorias dos erros de medicação	53
Quadro 2. Causas de erros de medicação	57
Quadro 3. Fatores que contribuem para os erros de medicação	57

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos enfermeiros de acordo com o gênero	85
Tabela 2. Distribuição dos enfermeiros por classe etária	85
Tabela 3. Distribuição dos enfermeiros por habilitações acadêmicas	86
Tabela 4. Distribuição dos enfermeiros por tempo de experiência profissional, em anos, em Serviço de Urgência	86
Tabela 5. Estatísticas de caracterização dos itens do questionário em termos de mínimos, máximos, médias e desvio-padrão	87
Tabela 6. Tabela de correlação inter-itens do instrumento de colheita de dados	88
Tabela 7. Saturações Fatoriais e Comunalidades, Médias, Desvios-Padrão e Correlações Corrigidas do questionário papel do enfermeiro gestor na garantia das melhores práticas profissionais de forma a reduzir a ocorrência de erros de medicação (n=63)	89
Tabela 8. Distribuição dos tipos de erro de medicação reportados pelos enfermeiros	90
Tabela 9. Caracterização do contexto da ocorrência do erro de medicação	91
Tabela 10. Distribuição das causas precipitantes do erro de medicação	91
Tabela 11. Distribuição das medidas de mitigação de dano realizadas	92
Tabela 12. Distribuição da opinião dos enfermeiros sobre as medidas preventivas que contribuem para a redução do erro de medicação	93
Tabela 13. Distribuição da opinião dos enfermeiros sobre as estratégias a implementar pelo enfermeiro gestor para diminuir a ocorrência de erros de medicação no Serviço de Urgência	94
Tabela 14. Distribuição da opinião dos enfermeiros quanto ao papel do enfermeiro gestor na garantia das melhores práticas profissionais de forma a reduzir a ocorrência de erros de medicação no SU	96
Tabela 15. Resultado do Teste <i>t</i> de <i>Student</i> relativamente à percepção do papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação em função do gênero e das habilitações acadêmicas	97

Tabela 16. Resultado da correlação de *Spearman* relativamente à percepção do papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação em função da idade dos enfermeiros 98

Tabela 17. Resultado da correlação de *Pearson* relativamente à percepção do papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação em função do tempo de experiência profissional no SU 99

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Gráfico de autovalores (<i>Scree Plot</i>)	88
--	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	21
PARTE I: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	25
1. QUALIDADE E SEGURANÇA EM SAÚDE	27
1.1. CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE	33
1.2. SEGURANÇA DO DOENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	35
1.3. PERSPETIVA ÉTICA E DEONTOLÓGICA DA GESTÃO DO RISCO E DA SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	37
2. O ERRO EM SAÚDE	41
2.1. ERRO HUMANO	41
2.2. ERRO NOS CUIDADOS DE SAÚDE	45
2.3. ERRO DE MEDICAÇÃO	51
2.3.1. Tipos de erro de medicação	53
2.3.2. Causas e fatores predisponentes ao erro de medicação	56
2.3.3. Notificação do erro de medicação	59
2.3.4. Fatores que contribuem para a prevenção do erro de medicação na prestação de cuidados	61
3. O PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR NA GESTÃO DO ERRO DE MEDICAÇÃO	63
PARTE II: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	67
4. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	69
5. MATERIAIS E MÉTODOS	71
5.1. TIPO DE ESTUDO	71
5.2. CONTEXTO DO ESTUDO	72
5.3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS E HIPÓTESES	72
5.4. POPULAÇÃO, AMOSTRA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO	74
5.5. VARIÁVEIS EM ESTUDO	75

5.6. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	77
5.6.1. Pré-teste	78
5.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E FORMAIS	79
5.8. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	80
PARTE III: ESTUDO EMPÍRICO	83
6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	85
6.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA	85
6.2. ANÁLISE DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	86
6.3. CARACTERIZAÇÃO DO ERRO DE MEDICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	90
6.4. PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR NA REDUÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ERROS DE MEDICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	94
6.5 ANÁLISE INFERENCIAL	96
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	101
7.1. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO	109
CONCLUSÃO	111
BIBLIOGRAFIA	115

APÊNDICES

APÊNDICE I. Instrumento de colheita de dados

APÊNDICE II. Pedido de autorização ao Conselho de Administração da Instituição

APÊNDICE III. Pedido de autorização à Comissão de Ética da Instituição

APÊNDICE IV. Consentimento informado aos Participantes do estudo

ANEXOS

ANEXO I. Parecer do Conselho de Administração da Instituição

ANEXO II. Parecer da Comissão de Ética da Instituição

INTRODUÇÃO

A ocorrência do erro no âmbito da prestação de cuidados de saúde é uma realidade, sendo por isso fundamental que as organizações de saúde invistam na sua prevenção com vista à implementação de uma cultura de segurança e qualidade em saúde.

A qualidade passou a fazer parte do discurso quotidiano e tende a tornar-se base das escolhas e tomadas de decisão das organizações e dos indivíduos (Abreu, 2003). Tendo em consideração as atuais mudanças nas organizações de saúde, as crescentes exigências da sociedade, as novas tecnologias e a formação dos profissionais, os enfermeiros devem encarar a qualidade como uma meta operacional (Abreu, 2007).

A segurança do doente representa um “princípio fundamental nos cuidados prestados aos doentes e um componente crítico na gestão da qualidade” (Sousa, 2006, p. 316). A segurança é, pois, um fator imprescindível na qualidade dos serviços de saúde e não há qualidade sem segurança. A segurança do cliente é de importância primordial para os sistemas de saúde, pelo que, são implementadas estratégias, como regulamentos de segurança e sistemas de notificação de incidentes, para a sua manutenção (Kim et al., 2016).

Os enfermeiros gestores têm um papel fundamental na segurança dos cuidados de saúde prestados à população, promovendo uma cultura de segurança nas equipas através de um ambiente de partilha e confiança, e desenvolvendo a aprendizagem a partir dos erros e dos eventos adversos (EA's) (Correia et al., 2017). O desempenho dos enfermeiros gestores influencia a motivação e o desempenho dos seus pares, mas embora existam diversos estudos sobre comportamentos orientados para as tarefas e gestão de relações, há ainda pouca investigação sobre comportamentos orientados para mudanças (Agnew & Flin, 2014).

O que se tem verificado e acentuado nos últimos anos é que os enfermeiros mostram dificuldade na gestão e no controlo de riscos, pelos recursos limitados e pela complexidade do trabalho (Farokhzadian et al., 2015) o que não favorece uma cultura de responsabilidade e de segurança. Torna-se necessária a gestão de risco que “visa identificar prospetivamente as trajetórias de acidentes nos cuidados de saúde, aprender com os erros cometidos, limitar as suas consequências nefastas e, finalmente, lidar com os doentes e as famílias lesadas” (Fragata, 2009a, p. 16).

Os erros são uma das mais importantes ameaças à segurança do doente. Na profissão de enfermagem, o erro pode levar a consequências irreparáveis, ao aumento da morbidade e da mortalidade, à hospitalização prolongada, a custos elevados para o cliente, família e para o sistema de saúde, e à imagem negativa dos enfermeiros na sociedade (Ajri-Khameslou et al., 2017).

A aprendizagem a partir do erro é influenciada por fatores contextuais e individuais. De uma perspetiva contextual, o conceito de cultura de erro descreve em que circunstâncias sociais e organizacionais é possível procurar aconselhamento, admitir erros, discutir e refletir sobre os mesmos, descobrir as suas causas e procurar oportunidades para aprender com eles, em vez de os encobrir e de culpar o outro (Rausch et al., 2017).

O estado da arte evidencia, até ao momento, que ainda são poucos os estudos em Portugal que versam acerca da perceção dos enfermeiros sobre a temática do erro de medicação e a importância do enfermeiro gestor neste processo.

A realização deste estudo urge da necessidade de perceber quais as estratégias que poderão ser adotadas pelo enfermeiro gestor de forma a diminuir a ocorrência de erros de medicação num Serviço de Urgência (SU), pois considero que esta problemática é atual, sendo pertinente tentar perceber de que forma podemos diminuir a ocorrência de erros de medicação na nossa prática diária, enaltecendo a importância do enfermeiro gestor neste processo.

Neste contexto, a questão de investigação formulada para o desenvolvimento da pesquisa foi:

- Qual a perceção dos enfermeiros sobre as estratégias que poderão ser implementadas pelo enfermeiro gestor de forma a diminuir a ocorrência de erros de medicação num SU?

Para a sua consecução, definiu-se como objetivo geral identificar quais as estratégias que poderão ser implementadas pelo enfermeiro gestor para diminuir a ocorrência de erros de medicação, percecionados pelos enfermeiros do SU do HPH (Hospital Pedro Hispano). Como objetivos específicos definiram-se: caracterizar os erros associados à gestão de medicação; identificar a incidência de erro nas diferentes fases do processo de gestão de medicação; identificar as causas precipitantes do erro na gestão de medicação; identificar as medidas de mitigação de dano realizadas pelos profissionais; identificar se ocorreu a notificação do erro; identificar as medidas preventivas propostas pelos profissionais; perceber a importância do papel do enfermeiro gestor na garantia

das melhores práticas profissionais de forma a reduzir a ocorrência de erros de medicação; e analisar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais na percepção dos enfermeiros sobre o papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação.

Neste desiderato, verifica-se que esta investigação apresenta características de um estudo transversal, quantitativo, descritivo- correlacional.

O diagnóstico desta avaliação visa identificar pontos problemáticos e propor soluções de melhoria, e foi realizado por meio da aplicação de um questionário, realizado pela autora do estudo, e tendo por base informação recolhida das referências bibliográficas que o suportam.

Para uma melhor compreensão do presente trabalho, o mesmo encontra-se estruturado em enquadramento conceptual; enquadramento metodológico; estudo empírico com a apresentação dos resultados e discussão dos mesmos; conclusão e bibliografia; capítulos precedidos desta nota introdutória, e sucedidos pelos anexos e apêndices.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

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

Em investigação científica, o investigador depois de escolher o tema a estudar, deve “proceder a uma revisão inicial da literatura que lhe permite conhecer o que foi escrito sobre o assunto” (Fortin et al., 2009, p.49). Deve também, interrogar-se sobre a pertinência do tema de forma a perceber o alcance que este poderá ter no plano teórico e prático da mesma e sobre as suas implicações éticas através da elaboração de conceitos, da formulação de ideias e recolha de documentação que permitam alcançar uma conceção clara do mesmo (*idem*). É, também, fundamental perceber o estado atual dos conhecimentos relativamente à área de interesse (Polit & Hungler, 1995) o que pode levar o investigador a melhorar a sua questão de investigação (Sterubert, 2002).

Ao longo deste capítulo, serão apresentadas algumas considerações teóricas relativas aos conceitos inerentes ao tema que se pretende estudar e cujo aprofundamento permitiu objetivar a questão central para este estudo, pois é necessário contextualizar o tema face aos conhecimentos atuais sobre o mesmo através de uma compilação de conceitos relacionados ou não entre si, e de estudos de investigação no âmbito do domínio em estudo. Serão, por isso, abordados aspetos pertinentes acerca da qualidade e segurança em saúde, segurança do doente no SU, erro em saúde com destaque para o erro de medicação e o papel do enfermeiro gestor na gestão do erro de medicação tendo como finalidade, responder aos objetivos formulados, orientar a abordagem do problema e sustentar a análise e discussão dos resultados.

1. QUALIDADE E SEGURANÇA EM SAÚDE

O conceito de qualidade em saúde está intrinsecamente associado à segurança do doente, pois não existirá qualidade se a segurança não se assumir como uma preocupação crucial durante a prestação de cuidados de saúde. Interessa salientar que, zelar pela segurança do doente apresenta-se como um imperativo ético e deontológico ao qual nenhum profissional de saúde pode ser indiferente.

A segurança dos doentes é internacionalmente reconhecida como uma componente extremamente importante na qualidade em saúde. Como tal, importa definir o conceito de qualidade em saúde.

Segundo a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)* citado por Sousa (2006, p.310) qualidade em saúde é “o modo como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumenta a possibilidade de obter os resultados desejáveis e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejáveis”.

O conceito de qualidade remonta à indústria, por autores como Deming, Juran ou Ishikawa e Avedis Donabedian reforçou a sua importância na área da saúde, sendo por isso uma referência no que concerne à definição e avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. No entanto, a preocupação com a qualidade dos cuidados cruza toda a história da Medicina, desde Hipócrates, passando por Florence Nightingale e Ernest Codman (Campos et al., 2010). Na era de Hipócrates, segundo Fragata e Martins (2008) os médicos quando tratavam os doentes nunca tinham a intenção de lhes causar danos e no século XIX Florence Nightingale "registava por escrito as suas observações e utilizava as informações recolhidas para aferir o nível desses cuidados e melhorar os serviços prestados nas áreas deficitárias" (Sale, 1998, p.13).

Em Portugal, a história da qualidade dos cuidados de saúde teve início na década de 80 através da criação da Direção Geral da Saúde (DGS) com a elaboração de uma lista de indicadores para os centros de saúde em Lisboa (Pina, 2001). Foi no Hospital S. Francisco Xavier, que em 1989 nasceu a primeira Comissão da Qualidade a nível Hospitalar e na década de 90 foi criada a Comissão Nacional de Humanização e Qualidade, assistindo-se à difusão das Comissões de Qualidade nos hospitais (Campos et al., 2010).

De acordo com Donaldson e Philip (2004) a crescente complexidade dos sistemas de saúde, onde interagem fatores pessoais, profissionais, organizativos, clínicos e tecnológicos ainda que eficazes, fazem da segurança do doente um imperativo global. São vários os autores que relatam uma robusta ligação entre a segurança do doente e a qualidade na área da saúde, nomeadamente Uva et al. (2010), pois referem que a segurança é considerada uma dimensão da qualidade na prestação de cuidados de saúde, enquadrando assim o tema na área de gestão em saúde. Os mesmos autores consideram a segurança do doente uma componente chave da qualidade dos cuidados.

Em 2002, o *International Council of Nurses* (ICN) considera que a segurança do doente é essencial para a prestação de cuidados de saúde e de enfermagem de qualidade. Na mesma linha de pensamento, Sousa (2006) afirma que a segurança é um princípio fundamental nos cuidados prestados aos doentes e um componente crítico da gestão da qualidade, pelo que envolve um amplo leque de ações na melhoria do desempenho, segurança ambiental e gestão do risco, incluindo controlo de infeções, segurança na utilização de medicamentos, segurança no equipamento, segurança na prática clínica e segurança no ambiente envolvente à prestação de cuidados de saúde.

Para Andrés e Burillo (2007) a segurança é considerada a dimensão chave da qualidade da prestação de cuidados, e resulta de um conjunto de atitudes, valores, competências, formas de atuar dos profissionais de saúde e do próprio sistema em si, assim como também Fernandes e Queirós (2011) referem que a segurança do doente se apresenta como uma componente estruturante e uma variável incontornável da qualidade em saúde.

O avanço na investigação relativa aos cuidados de saúde contribui positivamente para a melhoria dos cuidados prestados, no entanto os doentes estão ainda expostos a diversos riscos quando são submetidos aos cuidados, particularmente em ambientes hospitalares. Por esta razão, a segurança do doente tem sido um tema de grande preocupação para o sistema de saúde, em todo o mundo, desde a década de 90, quer pelo impacto negativo em termos de saúde, quer pelos custos económicos que representa. Contudo, os sistemas de saúde manifestam dificuldade em aprender com os erros e partilhar essa aprendizagem (*World Health Organization* [WHO], 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), ao equacionar áreas de investigação, aponta a comunicação, a coordenação e a cultura de segurança do doente (CSD) como focos prioritários, definindo-a como um modelo integrado de comportamentos individuais e organizacionais, baseado em crenças e valores partilhados, continuamente perseguido

para minimizar os danos nos doentes que podem resultar da prestação de cuidados (WHO, 2007).

Atualmente a segurança dos doentes e a qualidade da prestação de cuidados continua a ser uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. A incidência de erros é reconhecida como fator determinante na qualidade dos cuidados de saúde (WHO, 2004).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho nº 1400-A/2015), visa atingir os seguintes objetivos estratégicos: 1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; 2. Aumentar a segurança da comunicação; 3. Aumentar a segurança cirúrgica; 4. Aumentar a segurança na utilização da medicação; 5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes; 6. Prevenir a ocorrência de quedas; 7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; 8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes; e 9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos; ao qual damos particular destaque nesta investigação ao objetivo estratégico nº4.

Ao Departamento da Qualidade na Saúde compete (DGS, 2021): Emitir normas e orientações, quer clínicas quer organizacionais, incluindo programas na área da promoção da segurança do doente, em matéria de saúde pública e para melhoria da prestação de cuidados em áreas relevantes da saúde, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos; Promover e coordenar o desenvolvimento, implementação e avaliação de instrumentos, atividades e programas de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das unidades de saúde; Analisar, certificar e divulgar a qualidade da prestação de cuidados de saúde nos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos, coordenando o sistema de qualificação das unidades de saúde; Gerir os sistemas de monitorização e perceção da qualidade dos serviços pelos utentes e profissionais de saúde, designadamente o sistema nacional de reclamações, sugestões e comentários dos utentes do Serviço Nacional de Saúde, designado «Sim Cidadão», e promover a avaliação sistemática da satisfação; Definir e monitorizar indicadores para avaliação do desempenho, acesso e prática das unidades do sistema de saúde na área da qualidade clínica e organizacional, incluindo a gestão do Portal da Transparência; Coordenar os fluxos de mobilidade de doentes portugueses no estrangeiro e de doentes estrangeiros em Portugal e avaliar o seu impacto no sistema de saúde; Autorizar unidades, serviços e processos em relação à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação,

armazenamento e distribuição de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana; Exercer as funções de autoridade competente atribuídas à Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação na Lei n.º 12/2009, de 26 de março, e no Decreto-Lei n.º 267/2007, de 24 de julho, sem prejuízo da articulação com a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, em matéria de fiscalização e inspeção; e Regulamentar e controlar o cumprimento dos padrões de qualidade e segurança das atividades relativas à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana.

O Plano Estratégico da DGS 2020-2022 visa o melhoramento do que já é feito, mas também abre oportunidades de novas ações e iniciativas críticas para a concretização da visão estratégica definida. Estes desafios traduzem-se no conjunto de objetivos estratégicos para a DGS:

OE1- Assegurar uma Abordagem Integrada de Planeamento e Intervenção em Saúde

OE2- Reforçar a Monitorização da Saúde

OE3- Promover a Literacia em Saúde ao Longo do Ciclo de Vida

OE4- Promover a Qualidade, Segurança e Humanização dos Cuidados de Saúde

OE5- Fortalecer a Participação de Portugal na Saúde Global

OE6- Preparação e Resposta a Emergências em Saúde Pública

Promover a segurança do doente com cuidados de saúde de qualidade, só será possível se se abordar o erro de forma assertiva, sistemática e transparente. Segundo Bulhões (2001) o erro, na área da saúde ou em qualquer outra, abre um leque de possibilidades para o estudo da mente humana e dos seus aspetos cognitivos, bem como a análise das circunstâncias externas e fatores ambientais. Reason (2000) ressalta a existência de fatores humanos e não humanos (tecnologias e equipamentos) como contribuintes para a ocorrência do erro.

São vários os modelos de análise que sustentam a tese de que os erros e eventos indesejáveis na prestação de cuidados de saúde, não resultam apenas de atos individuais, mas também, das características do contexto onde os mesmos se

desenvolvem. Importa salientar a metodologia *Root Cause Analysis* (RCA), um dos principais modelos explicativos da segurança do doente.

A RCA é uma ferramenta de gestão do risco, amplamente utilizada, com o objetivo de compreender os fatores que intervêm no mecanismo de ocorrência de erros e incidentes de segurança, na área da saúde (Castilho, 2014). A RCA foi recomendada para a análise dos eventos sentinela pela JCAHO em 1997, mas o seu uso tem sido generalizado na análise dos relatos de EA's ou *near miss*, estimulando-se a identificação dos fatores causais subjacentes à variação no desempenho, incluindo a ocorrência, ou a possibilidade de ocorrência de um EA (*idem*).

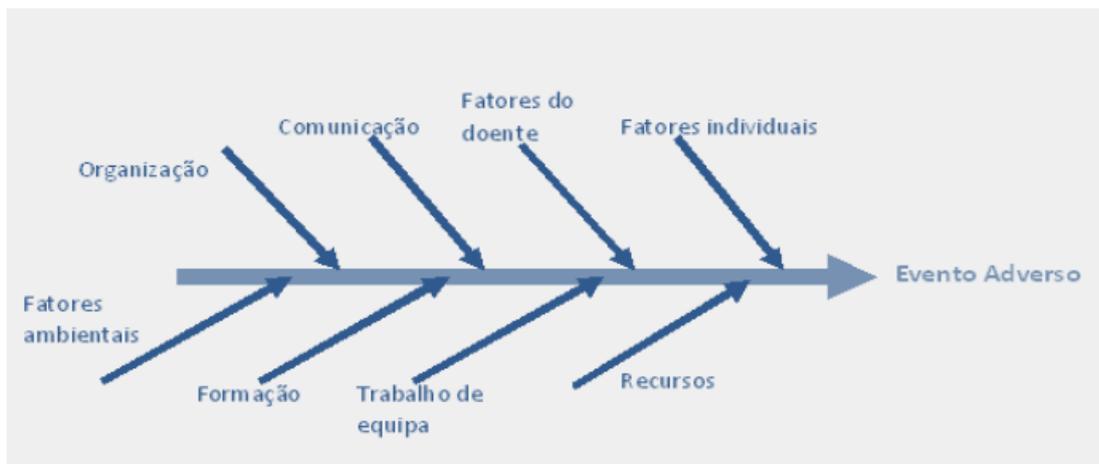
A RCA tem como objetivo central identificar os problemas e as circunstâncias que aumentam a probabilidade de as pessoas cometerem erros. Procura identificar as falhas nos processos e nos sistemas que são causas comuns, evitando que o foco de análise se centre apenas nos erros cometidos pelos indivíduos (Croteau, 2010).

A RCA exige que o investigador olhe para além do problema, entendendo as causas fundamentais subjacentes e propondo medidas corretivas, que depois de implementadas evitem a recorrência do problema (Castilho, 2014).

Na análise do incidente de segurança é fundamental que se vá à raiz do problema, que se encontrem as causas próximas e as causas remotas. Deve ser analisado, retrospectivamente, todo o percurso das atuações e interações, identificando-se os fatores humanos e os fatores que se devem ao sistema. Nesta análise, também se devem identificar os aspetos onde se podia ter introduzido mecanismos de recuperação, que interrompessem a trajetória do erro (Fragata & Martins, 2008; Fragata, 2011).

Em processos complexos, a apresentação dos resultados de uma RCA beneficia da utilização do diagrama de Ishikawa, também conhecido como diagrama de espinha de peixe ou diagrama de causa-raiz. Neste diagrama, desenvolvido na década de 60 pelo engenheiro japonês Ishikawa, no âmbito das várias ferramentas da qualidade que dinamizou, as causas são agrupadas em várias categorias e as setas indicam o fluxo em direção ao EA ou incidente de segurança, conforme ilustramos na Figura 1 (Croteau, 2010).

Figura 1. Diagrama de Ishikawa ou de causa-raiz



Fonte: Adaptado de Castilho (2014, p.12)

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

Nos últimos anos é notório que os cuidados de saúde trouxeram ganhos em saúde, foram encontradas curas para patologias consideradas incuráveis, aumentou-se a esperança média de vida com melhor qualidade de vida, mas importa salientar que todas estas conquistas trouxeram um aumento dos riscos associados aos cuidados de saúde e por isso é necessário e urgente investir numa cultura de segurança, com a definição clara de uma estratégia de segurança dos doentes, integrada numa política explícita de melhoria contínua da qualidade em saúde.

Importa referir que através do estudo realizado por Correia et al. (2020) estes verificaram várias categorias identificadas em comum como prioritárias quer para a segurança dos doentes, quer para a segurança dos profissionais. Este facto sustenta, por isso o reconhecimento da influência da segurança dos enfermeiros na segurança dos doentes e vice-versa o que evidencia a relação entre a segurança de ambos.

1.1. CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

Atualmente qualquer instituição de saúde tem como principal finalidade a garantia de cuidados de saúde, de forma a que tanto os doentes como a família se sintam confiantes e seguros enquanto utilizadores desse mesmo sistema. Apesar de muitas organizações que prestam serviços em saúde já terem promovido várias medidas que garantem a segurança dos doentes, o facto é que ainda têm um longo caminho pela frente.

Segundo Castilho (2014) na segurança do doente, o grande desafio que se coloca à investigação reside na capacidade de gerar conhecimento que permita o desenvolvimento de soluções inovadoras que contribuam para diminuir o risco inerente à prestação de cuidados de saúde e, dessa forma, melhorar a segurança do doente.

Nas organizações de saúde, devido à complexidade organizacional e ao carácter multifatorial das situações que estão na base das falhas de segurança, em particular do doente (Sousa, 2006; Almeida et al., 2010), fatores relacionados com as prioridades da gestão e supervisão; a comunicação e aprendizagem; a cooperação e o trabalho de equipa; os recursos humanos; o relato e notificação dos EA's; a satisfação profissional ou a perceção do risco; são dimensões recorrentes nos diferentes conceitos de CSD (Reason, 2000; Sorra e Nieva, 2004; Muiño Míguez et al., 2007). A investigação no domínio da CSD, em todas estas dimensões ou ocasionalmente circunscrita às mais problemáticas, têm permitido obter dados relevantes, não apenas para as organizações, mas também para as diferentes classes profissionais, em particular para os enfermeiros.

O Decreto-lei 71/2019 refere que o enfermeiro gestor deve promover uma cultura de segurança na prestação de cuidados de saúde, bem como garantir a documentação da prática clínica e a monitorização de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, com o recurso às tecnologias de informação.

A segurança do doente não depende exclusivamente de um profissional, de um equipamento ou de um serviço. Ela adquire-se através da interação de todos os elementos que constituem um sistema. Por isso, no meu entender melhorar a segurança

depende da compreensão e análise dessa interação. Deste modo, deve-se promover uma Cultura Organizacional de Segurança, centrada nas equipas, em que as pessoas não são punidas por cometer erros, dando assim mais relevância uma cultura de reporte de eventos e a uma cultura de aprendizagem com os erros (Fragata, 2010). O mesmo autor refere ainda que para um sistema de saúde ser mais seguro deve-se colocar a ênfase nos sistemas mais ainda que nas pessoas, redesenhando os sistemas, de forma a torná-los “*error proof*”, investindo em simultâneo nos profissionais e nos processos de trabalho. Neste sentido, a abordagem desta temática deve ser baseada numa filosofia de transparência e de relato dos erros e não de culpa e vergonha dos profissionais de saúde, onde o erro possa ser entendido como oportunidade de melhoria, utilizando as falhas para produzir alterações destinadas a evitar a sua repetição e efetivação.

Das conclusões do seu estudo, Lima (2014) refere que a cultura de segurança de uma organização compreende os valores partilhados pelos membros que a compõem, assentes na opinião sobre o funcionamento e interação das unidades de trabalho, e destas com a estrutura e sistemas organizacionais, que juntos produzem normas de conduta para promover a segurança da instituição.

Concordo com Fragata e Martins (2008) quando estes referem que “tradicionalmente os erros são analisados culpando o indivíduo que os comete, como se ele se achasse dissociado do meio em que o erro ocorre”. De facto, é mais fácil, menos moroso e menos comprometedor acusar e punir a pessoa que errou, do que perceber toda a dinâmica que envolveu o erro. É uma atitude errada na prevenção de novos erros, pois somente impede que uma pessoa erre novamente, enquanto continua a permitir que outros ocorram. Há que ver nos erros o seu lado positivo e uma oportunidade de aprendizagem. Segundo Álvares (2005) a cultura punitiva do erro, em que a pessoa é considerada a única culpada pelo mesmo, deve ser modificada, já que os erros devem ser considerados como falhas do sistema, ao invés de falhas da pessoa, sendo que esta faz parte do meio em que o erro ocorreu e o erro resulta de uma ou mais falhas em todo o processo. O essencial não é saber quem errou, mas sim como e porque aconteceu.

A segurança dos doentes será tanto mais eficaz quanto mais complexo for o sistema, pois possui mecanismos que diminuem a possibilidade da ocorrência de erros e, quando não for possível evitá-lo, minimiza o dano.

A premissa básica na abordagem do sistema é que os seres humanos são falíveis e os erros são esperados, mesmo nas melhores organizações. Os erros são vistos como consequências e não como causas, tendo as suas origens não tanto na perversidade

da natureza humana, mas em fatores sistêmicos. São baseadas no pressuposto de que, embora não possamos mudar a condição humana, podemos mudar as condições em que os seres humanos trabalham, diminuindo assim a possibilidade dos erros se sucederem. Quando um EA ocorre, a questão importante não é quem errou, mas como e porque é que as defesas falharam (Reason, 2000).

1.2. SEGURANÇA DO DOENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O setor de urgência e emergência é uma área de alto risco para a ocorrência de eventos indesejáveis, devido à rotatividade e dinâmica de atendimento, pela grande procura de pacientes com graus variados de gravidade, pela deficiência quantitativa e qualitativa dos recursos humanos e materiais, sobrecarga de trabalho e stress profissional e ambiental (Filho et al., 2012). O funcionamento dos SU têm sido, por isso, ao longo dos últimos anos uma preocupação constante do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Por múltiplas razões, os SU transformaram-se, progressivamente, na porta de entrada no SNS e em grandes consumidores de recursos humanos e financeiros, condicionando, em muitos hospitais, o funcionamento regular de todos os outros serviços (DGS, 2001).

Numa forma genérica a área da urgência tem conhecido uma evolução muito positiva e planificada, e por isso é fundamental para a compreensão da lógica de funcionamento de um SU, a definição clara dos conceitos de situações urgentes e emergentes. A Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência (CRRNU) distingue estes dois conceitos, definindo como urgência uma situação clínica “que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)”, e por emergência uma situação em que “existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo”. Esta Comissão faz a distinção com as situações agudas ou agudizadas que não implicam intervenção corretiva em curto espaço de tempo e não deveriam estar contidas nos objetivos assistenciais dos SU. Na distinção entre urgência e emergência feita pela CRRNU infere-se que a emergência é uma subcategoria da urgência (Campos, 2014).

Atualmente existem três tipologias de SU, consoante o nível de atendimento e especialidades contidas: Serviço de Urgência Básica, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica e Serviço de Urgência Polivalente.

Os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica são o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência

e são unidades diferenciadas que devem estar instaladas em hospitais gerais de nível não inferior a hospital distrital, como é o caso do HPH, onde se vai realizar este estudo.

Os hospitais com Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica devem dispor de: Medicina Interna; Cirurgia Geral; Ortopedia; Anestesiologia; Cardiologia; Neurologia; Oftalmologia; Otorrinolaringologia; Urologia; Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente; Bloco Operatório; Imuno-hemoterapia; Diálise para situações agudas; Imagiologia; e Patologia Clínica e estão obrigatoriamente articulados com um hospital de nível superior (hospital com Serviço de Urgência Polivalente que será o seu hospital de referência, neste caso o Hospital de São João no Porto).

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

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

Todas as etapas no processo de tratamento de um doente envolvem a possibilidade de erro e um certo nível de risco à segurança do doente. O objetivo da prática clínica é exatamente beneficiar o doente e evitar qualquer lesão decorrente dos cuidados. Mesmo no caso do SU em que o sistema pode ser hostil e criar situações de risco e em que a mudança permanente das condições de trabalho (doentes mais complexos, rotação de profissionais, novas tecnologias) pode ameaçar o funcionamento do sistema, cabe aos enfermeiros, como profissionais de referência, a promoção da segurança do doente (Lage, 2010). Importa referir também que a complexidade do atual sistema de

saúde pode levantar algumas questões em relação à segurança do doente, sendo extremamente importante uma clara compreensão dos fatores que levam ao aumento dos erros de medicação, sendo este o primeiro passo para os prevenir (OE, 2005).

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

Tendo em conta as especificidades já relatadas, do que é um SU, com elevado número de doentes e dotações de profissionais abaixo das necessidades, procura-se no próximo subcapítulo perceber as implicações éticas e deontológicas da segurança dos cuidados de saúde.

1.3. PERSPETIVA ÉTICA E DEONTOLÓGICA DA GESTÃO DO RISCO E DA SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O ICN (2012) através do seu código de ética para enfermeiros, diz que estes têm “4 responsabilidades fundamentais: promover a saúde, prevenir a doença, restaurar a saúde e aliviar o sofrimento. A necessidade de cuidados enfermagem é universal. Está inerente à enfermagem o respeito pelos direitos humanos, incluindo o direito à vida, à dignidade e a ser tratado com respeito. Os cuidados de enfermagem não contemplam restrições quanto à idade, cor, credo, cultura, incapacidade ou doença, género, nacionalidade, política, raça ou estatuto social. Os mesmos são prestados à pessoa, à família e à comunidade, coordenando os seus serviços com os grupos afins”.

A OE (2006, p.6) refere que, “a assunção fundamental, na prática de enfermagem, é que a profissão tem obrigações éticas para com a sociedade e para com os clientes em

ordem a prestar cuidados de elevada qualidade. Controlar o risco na prática promove a prestação de cuidados de qualidade - e isso corresponde a realizar plenamente a obrigação para com a sociedade”.

Os cuidados prestados às pessoas requerem segurança. Assim, torna-se fundamental que, no exercício das suas funções, o enfermeiro adote uma conduta responsável e ética, que garanta o respeito e cumprimento dos seus deveres e o respeito pelos direitos das pessoas. Controlar o risco promove a qualidade dos cuidados prestados e desse modo conduz à realização plena da obrigação ética da enfermagem para com a sociedade. Podemos não conseguir eliminar o risco, mas antes reduzi-lo ao mínimo com o menor dano possível. E aqui a ação visa ser o mais protetora possível, na salvaguarda da pessoa (Nunes, 2006a).

No Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) são diversos os artigos que evidenciam a posição do enfermeiro face à segurança do doente. Tendo em conta os valores universais na relação profissional, como a liberdade responsável, a capacidade de escolha, a verdade e a justiça (Artigo 78º, 2 alíneas b e c) (Nunes et al., 2005) a prática de enfermagem é regida pela... “responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes e a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais” (Artigo 78º, 3 alíneas a, b e c) (Nunes et al., 2005, p.66). É consensual que cuidados seguros pressupõem múltiplas vertentes, física, química, biológica, psicológica, social, cultural e espiritual...” o enfermeiro co-responsabiliza-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento (Artigo 83º, alínea a) (Nunes et al., 2005, p.105) ...” orientando para outro profissional mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência (Artigo 83º, alínea b) (Nunes et al., 2005, p.105).

O enfermeiro tem o compromisso de...”informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem” (Artigo 84º, alínea a) (Nunes et al., 2005, p.109) e na sua prática diária, o enfermeiro ao procurar a excelência dos cuidados,...“analisa regularmente o trabalho efetuado e reconhece eventuais falhas que mereçam mudança de atitude (Artigo 88º, alínea a) (Nunes et al., 2005) p.133),...”procura adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa (Artigo 88º, alínea b) (Nunes et al., 2005, p.133) e... “garante a qualidade e assegura a continuidade dos cuidados das atividades que delega, assumindo a responsabilidade pelos mesmos (Artigo 88º, alínea e) (Nunes et al., 2005, p.133).

De acordo com Fragata e Martins (2008) e reportando-nos ao erro de enfermagem, no caso de este se verificar, o profissional deve procurar inteirar-se de forma completa e segura do que sucedeu e qual é a situação atual; tem a obrigação moral e ética de dizer toda a verdade ao doente e familiares diretos; ter um discurso sincero e honesto explicando que erros acontecem e que tudo será feito para remediar, dentro do possível danos causados; aceitar a responsabilidade pelo resultado mas evitar a culpabilização; se o erro foi remediado, deve comunicar-se ao doente o mesmo após tudo ter passado e se encontrar estável; nunca evitar o contacto, deve-se mostrar empenho em assistir com a maior disponibilidade; documentar no diário de enfermagem toda a evolução do indivíduo e referir as conversas importantes com os familiares.

As organizações têm a obrigação ética de proteger a segurança dos doentes, na persecução da sua responsabilidade institucional e de desenvolver uma cultura de responsabilização, valorizando a dimensão formativa (OE, 2006). A segurança beneficiaria se os erros fossem relatados na medida em que, desta forma, poder-se-ia discuti-los e aprender com eles.

Nunes (2006) refere que caminhos para cuidados seguros seriam então: respeitar e cumprir os deveres profissionais (o CDE e estar eticamente atento); cumprir os princípios (não facilitar nas etapas dos procedimentos, verificar e refletir sobre as práticas de cuidados, reduzir a confiança na memória), controlar o risco através da gestão e da pedagogia do risco, zelar pelo ambiente (ter em conta as dotações seguras, o ambiente físico e humano na unidade de cuidados) e desenvolver o conhecimento através de investigações. “A ideia de excelência da prática liga-se claramente a uma prática de cuidados seguros” (p.12). Numa abordagem do CDE, encontramos diversas referências à segurança das pessoas, sendo que está intrínseca a dimensão da qualidade dos cuidados.

No VII seminário de ética da OE a enfermeira Lucília Nunes explica: “Segurança do cliente significa preocupação com cuidados seguros e a prevenção de erro na prestação de cuidados, mas também está relacionada com as tomadas de decisão e com o respeito pelos direitos das pessoas” (Nunes, 2006, p.13).

Relativamente à atuação ética do enfermeiro perante os erros de medicação no estudo de Mangilli (2017) estes concluíram que o papel ético do enfermeiro é bem diversificado, compreendendo desde a orientação do profissional, a advertência ou suspensão de funções dependendo da gravidade do caso; o registo do erro no livro de ocorrências; a

comunicação com a equipa e com o utente; e a realização de ações educativas com a equipa de enfermagem.

2. O ERRO EM SAÚDE

Ao abordar o tema da segurança do doente é indispensável abordar o erro, uma vez que estão intimamente interligados. Como em todos os domínios da vida, os erros também ocorrem nos cuidados de saúde, pois na sua prestação existem condicionantes complexas, que predispõem com alguma frequência ao aparecimento de avaliações, decisões e práticas incorretas, não intencionais por parte dos profissionais, podendo causar danos, muitas vezes graves para os doentes.

No entanto, de acordo com o código de ética de todos os profissionais de saúde, é um direito legítimo dos doentes terem cuidados isentos de danos, decorrentes de imperícia, negligência e imprudência. Assim, as entidades governamentais, as organizações de saúde e os profissionais que aí desempenham funções, devem unir esforços, para que se caminhe no sentido de existir cuidados livres de danos, isto é, seguros e de qualidade.

2.1. ERRO HUMANO

Expressões como “errar é humano” e “os acidentes acontecem”, são comuns no nosso discurso diário. É, por isso, um facto que os erros ocorrem, isto é, o erro é uma característica intrínseca do ser humano e, mesmo com toda a experiência e esforços redobrados para que o erro não ocorra, o ser humano nasceu falível e assim irá permanecer. No entanto, faz também parte da natureza humana desenvolver e descobrir soluções para encarar novos desafios, já que é essencial compreender o porquê e como as pessoas erram, reduzindo assim a probabilidade de ocorrência do erro (Donaldson et al., 2000; Rosa & Perini, 2003). Sendo que o erro é um episódio indiscutível, é unânime na comunidade científica, de que para enfrentar e debelar o erro, são necessárias medidas preventivas, planeadas e sistematizadas (Coimbra, 2004). O erro apresenta-se como uma característica da genialidade humana, representando uma oportunidade de aprendizagem que conseqüentemente leva à evolução. A evolução pressupõe a presença da desordem, erro ou “ruído” durante o funcionamento de qualquer sistema, seja ele um organismo vivo, uma organização, ou uma sociedade (Fragata et al., 2004).

Associado à condição humana está inerente a possibilidade da ocorrência de erro e a possibilidade destes sucederem caracteriza a nossa humanidade, pelo que ao longo dos séculos, a frase *errare human est*, foi utilizada como justificação para desculpabilizar o erro humano (Fragata & Santos, 2006; Fragata, 2011). O erro para Donaldson et al. (2000), é descrito como sendo uma falha em executar uma ação planeada como previsto (erro de execução), ou a utilização de um plano errado para atingir um objetivo (erro de planeamento).

Reason (2008) define erro, como uma falha numa sequência planeada de atividades físicas ou mentais, não conseguindo atingir o resultado pretendido, sendo que essas falhas não são resultado do acaso, mas sim intencionais. Para este autor, o conceito de erro só faz sentido, se existir um plano pré-estabelecido e que haja um comportamento intencional. A filosofia de que não se pode mudar a condição humana, mas é possível mudar as condições nas quais os seres humanos funcionam e trabalham, vem diminuir a possibilidade de os erros humanos sucederem (Reason, 2000).

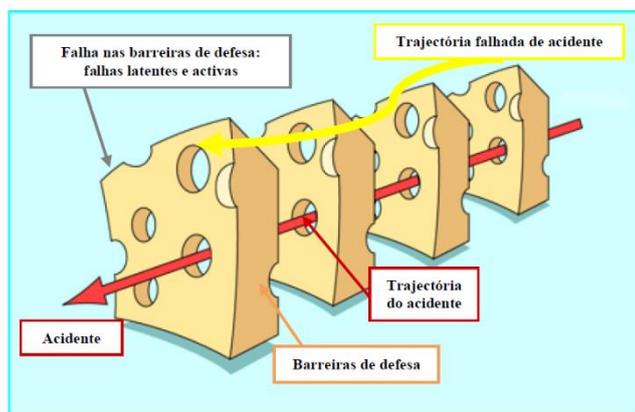
Nesta linha de pensamento, Reason (2000) aborda o erro humano de duas formas diferentes: uma *abordagem individual* e uma *abordagem do sistema*. São duas formas contrárias de estudar e interpretar o erro e influenciam diretamente no conhecimento das causas e consequências do mesmo. Na *abordagem individual* o seu enfoque são as pessoas que trabalham no final da linha, que estão diretamente envolvidas na ação, tais como: os enfermeiros, os cirurgiões, os controladores de voo. O erro é analisado culpando unicamente a pessoa que o cometeu, sendo que a principal causa do erro é a falha humana. Nesta visão do erro, as pessoas erram, devido a processos mentais desviantes como a falta de atenção, o esquecimento, o baixo nível de motivação e a negligência. Quanto às medidas corretivas, estas são exclusivamente disciplinares, podendo ir até à demissão, resultando em sentimentos de frustração, medo e vergonha para as pessoas que erram. Na realidade esta é a forma mais fácil de explicar o erro humano, de facto, é mais fácil culpar a pessoa que errou, do que investigar as verdadeiras causas do erro (*idem*).

Para o mesmo autor na *abordagem do sistema*, a avaliação de uma situação de erro, não se cinge apenas à atuação das pessoas, mas também ao sistema em que estas se inserem e agem. O erro é visto como consequência e não como causa, dado que estes se devem não só à atuação pessoal, mas também a fatores subjacentes ao sistema. Nesta abordagem existem dois pilares essenciais, o facto dos seres humanos serem falíveis e os erros serem esperados mesmo nos melhores sistemas. Na verdade, mesmo

os sistemas complexos apresentam muitas falhas, assim, a existência de falhas no sistema em que a pessoa age, ajuda a ocorrência de erros. O outro pilar relaciona-se com a circunstância, defendendo-se que é mais eficaz mudar o sistema e as condições de trabalho e torná-lo mais seguro, do que as condições humanas. Esta é uma visão do erro, em que é suposto divulgá-lo e analisá-lo a todos os níveis, fazer a correção das falhas e fomentar os mecanismos de segurança, de modo a tornar menos provável que outros errem e, caso errem, permita que os erros cometidos produzam o menor dano possível (*idem*). É importante salientar a importância de se identificar como e porque as defesas do sistema falharam, não importando quem cometeu o erro, contribuindo assim para a construção de um sistema mais seguro promovendo uma cultura de segurança.

Reason (2000) refere ainda que a diferença entre estas duas abordagens do erro reside no facto de que, os defensores da abordagem individual direccionam a maior parte dos recursos de gestão para tentar tornar as pessoas menos falíveis e variáveis e os seguidores da abordagem sistémica, têm uma visão do erro mais alargada que engloba diversas dimensões: o indivíduo, a equipa, a tarefa, o local de trabalho e a instituição como um todo. Foi Reason que explicou a génese dos acidentes em sistemas de organizações complexas, com a teoria multifatorial dos acidentes, conhecida como “teoria do queijo suíço” (Figura 2), primeiramente aplicada aos acidentes de aeronáutica e centrais nucleares e depois alargado a outras organizações (Fragata & Martins, 2008; Fragata, 2011). Importa referir que estas organizações podem oferecer importantes contributos ao setor da saúde no que se refere à segurança (Reason, 2000).

Figura 2. Teoria do queijo suíço



Fonte: Adaptado de Reason (2000, p.769) e de Fragata (2011, p.26)

Na “teoria do queijo suíço” Reason (2000) menciona que todas as organizações possuem diversas barreiras de defesa (as mecânicas, as focadas nas pessoas que

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

Para o mesmo autor, os buracos nas defesas são provocados por dois motivos: *falhas ativas* e *falhas* ou *condições latentes*, que articulados ocasionam o acidente. As *falhas ativas* são, os lapsos e os enganos praticados pelas pessoas que estão no final da ação (pedreiros, médicos, enfermeiros, entre outros) cujos efeitos têm uma visibilidade imediata, mas de curta duração. Já as *falhas latentes*, são processos organizacionais menos visíveis, inevitáveis e residentes (elementos patogénicos) no sistema, resultantes de decisões tomadas por pessoas não diretamente envolvidas na ação (administradores, gestores, chefes, engenheiros, entre outros). Estas *falhas* tendem a ficar adormecidas no sistema durante anos, mas se combinadas e alinhados com as falhas ativas, invadem as barreiras defensivas do sistema e podem originar uma oportunidade de acidente. Contrariamente às *falhas ativas*, que dificilmente são previsíveis, as *falhas latentes* podem ser identificadas e corrigidas antes de ocorrer o acidente, resultando numa forma proativa de abordar o erro.

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

Portanto, o erro humano existe e deve ser encarado como um processo de aprendizagem tanto nas experiências da vida diária do cidadão comum, como na sua

vida profissional de forma a prevenir os erros redesenhando o sistema de cuidados de saúde, no qual devem participar todos os intervenientes de uma equipa multidisciplinar.

2.2. ERRO NOS CUIDADOS DE SAÚDE

Ao longo dos tempos, os cuidados de saúde foram evoluindo deixando de ser praticados de forma discreta, simples e segura a um número restrito de pessoas, em que as complicações e os malefícios eram quase inexistentes. Passaram então, a ser mais complexos já que as novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas se desenvolveram de forma súbita, melhorando a qualidade dos cuidados prestados e aumentando a esperança média de vida, tendo em conta que são realizados por equipas multidisciplinares no meio de organizações complexas como hospitais e centros de saúde. De forma a promover uma maior justiça social, todas as pessoas devem ter acesso a cuidados de saúde (equidade no acesso) e estes devem ser de elevado nível, cuidados de excelência (Rosa & Perini, 2003; Fragata & Martins, 2008; Fragata, 2011).

Na sociedade, ao longo dos anos, desenvolveu-se a premissa que a segurança é um princípio fundamental na prestação dos cuidados de saúde. Contudo, nas organizações de saúde incluídas no sistema de saúde, que para a WHO (2000) é composto por todas as organizações, instituições, recursos técnicos e humanos, cujo objetivo é a realização de ações de saúde, existem falhas na segurança devido à complexidade organizacional, onde interagem fatores pessoais, profissionais, organizativos, clínicos e tecnológicos. É nessa interação que as falhas podem surgir, promovendo a ocorrência dos erros nos cuidados de saúde (Carvalho & Vieira, 2002; Sousa, 2006; Almeida & Mendes, 2010; Fernandes & Queirós, 2011).

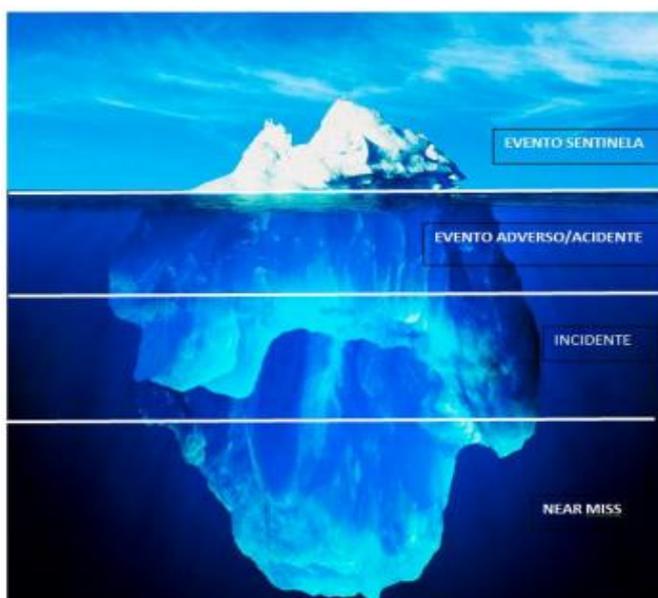
A situação de erro, na prestação de cuidados de Enfermagem, pode ocorrer derivado de negligência, imprudência ou omissão, e não está diretamente relacionado com a qualificação do profissional. Contudo, a segurança do doente é uma responsabilidade legal da enfermagem, e estes conceitos não podem ser dissociados (Rosa et al., 2015).

É frequente a tendência de se querer atribuir culpa pelo erro; a premissa de que os seres humanos cometem falhas, remete o erro para o campo das consequências e não das causas. O primeiro passo é admitir que o erro é possível e está presente na prestação de cuidados (Wegner et al., 2016). Para Fragata e Martins (2008) importa abordar a “inevitabilidade” do erro, enquanto componente indissociável da própria natureza humana; para os autores, na existência do ser humano existe desordem, ruído e erro.

Este erro permite à espécie humana a aprendizagem, a autocorreção, a reorganização e o progresso.

No sistema de saúde segundo Fragata e Santos (2006, p. 182) “Os erros, num qualquer sistema de saúde são verdadeiramente materializados na figura de um enorme iceberg” (Figura 3). De facto, os erros notificados nas instituições de saúde representam apenas e só a ponta dum iceberg, pois só os erros que traduzem consequências graves são conhecidos, os restantes, que infelizmente são a maioria, permanecem como submersos, abaixo da linha de água (Fragata & Santos, 2006; Fragata, 2011). São por isso conhecidos muito menos erros do que os que ocorrem na realidade.

Figura 3. Incidência relativa dos eventos em saúde



Fonte: Adaptado de Fragata (2011, p.12)

Existe uma taxonomia própria para o erro nos cuidados de saúde, sendo necessário conhecê-la para compreender a sua dinâmica, analisar e gerir os erros de forma correta, contribuindo assim para uma deteção e uma prevenção precoce dos mesmos (Fragata & Santos, 2006; Fragata & Martins, 2008; Fragata, 2011). Os erros nos cuidados de saúde, correspondem a falhas nos processos de cuidados que podem atingir ou não o doente, com maior ou menor gravidade. No sentido de clarificar os conceitos usados na segurança do doente, tendo em consideração os efeitos no doente, Fragata (2011, p. 22, 24 e 25) definiu diversos termos, entre os quais:

Erros por negligência, “são os erros provocados por indivíduos ou organizações que não cumprem as regras, atuando de forma insegura e violando as *leges artis*. São erros cometidos por gente que não cumpre as normas que regem a profissão”;

Eventos adversos (EA´s), “são ocorrências que causaram danos, por atos cometidos ou por qualquer omissão, mas sendo sempre o resultado do tratamento e não da doença”;

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

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

Incidentes “são todas as ocorrências indesejáveis que afetam o decorrer de um processo, mas que não comprometem o seu resultado planejado final, provocando transtornos de fluxo ou danos *minor*, sem consequências de relevo, de modo a permitir completar o projeto terapêutico”;

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

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

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

Carneiro (2010, p.5) refere que “um erro é um falhanço de execução de uma ação previamente intencionada e planeada (erro de execução), assim como a utilização de um plano errado para o atingimento de um determinado fim (erro de planeamento)”. Fragata (2011) defende que os erros podem ser de diversos tipos, consoante o mecanismo de produção. Erros de lapsos ou falhas, são erros automáticos de atenção ou de destreza. Enganos são erros por um defeito de planeamento, por má aplicação das regras existentes ou por mau raciocínio, ou seja, por decisões cognitivas erradas. Sendo a possibilidade de erro inerente a qualquer atividade humana, o compromisso de o minimizar tem que ser assumido como uma responsabilidade coletiva perante os doentes.

A realidade é que os erros humanos são frequentes na prática nos cuidados de saúde, podendo ocorrer em todas as unidades de saúde, mas com maior incidência, em meio hospitalar, dado que os riscos são mais elevados e potencialmente mais graves, devido a diversas situações tais como: avanço tecnológico, desmotivação, delegação de cuidados sem supervisão adequada, rácio inadequado de pessoal, sobrecarga de turnos, más condições de trabalho, havendo também uma interdependência entre os profissionais envolvidos, onde cada um acredita que o outro faz a sua parte (Carvalho & Vieira, 2002; Lima, Leventhal & Fernandes, 2008; Beccaria et al., 2009). É de acrescentar que Castilho (2014), após uma revisão da literatura sobre esta temática, adiciona o défice na vigilância dos doentes, o défice no julgamento clínico e o défice na advocacia dos doentes como erros/EA's na prática de enfermagem.

A prestação de cuidados de saúde em contexto hospitalar desenvolve-se num sistema complexo e dinâmico, que pode favorecer a ocorrência de EA's (Montalvo, 2007; Tang et al., 2007). Tendo em conta que os cuidados de saúde são um processo dinâmico com várias fases interligadas, os erros podem surgir no atendimento, no diagnóstico, no tratamento e nos cuidados preventivos (Donaldson et al., 2000). Fragata e Martins (2008) referem que em meio hospitalar quando o erro ocorre é importante ter em conta duas vertentes: “a perspetiva do indivíduo e a perspetiva do sistema ou da organização em que este atua”.

É importante referir que nem todos os erros nos cuidados de saúde resultam em danos e prejuízos para o doente. Os que resultam, por exemplo, no aumento de dias de

internamento, na necessidade de intervenções diagnósticas e terapêuticas, no aumento considerável dos custos hospitalares e até na morte do doente, que pode implicar problemas familiares, são os designados EA. Concluindo-se assim, que os cuidados de saúde nem sempre são seguros, porém o termo segurança do paciente envolve, em geral, a prevenção de erros nos cuidados prestados ao doente e a eliminação dos EA (Donaldson et al., 2000; Carvalho & Vieira, 2002; Bohomol & Ramos, 2007; Santana et al., 2012). Os erros e os EA que ocorrem nos cuidados de saúde ainda têm pouca visibilidade e pouco impacto sobre a opinião pública, em relação ao que se sucede noutras áreas. É certo, que não se sabe realmente a dimensão e o impacto dos erros e dos EA, pois só são conhecidos e divulgados os casos extremos, fazendo manchetes sensacionalistas nos órgãos de comunicação social (Donaldson et al., 2000; Carvalho & Vieira, 2002; Fragata, 2011).

Ao reunirmos a maior parte dos estudos sobre a incidência de EA's em saúde, chegaremos a um algarismo entre 4% e 17%, com uma mediana nos dez eventos por cada cem internamentos hospitalares. Estes eventos, só em 5% causam danos irreversíveis ou mesmo a morte e, mais importante, poderiam, em cerca de 50% dos casos ter sido evitados (Fragata, 2009). A probabilidade de erro está diretamente relacionada com a complexidade do doente ou da tarefa e com o desempenho. Aqui, os fatores humanos, erros ou violações representam cerca de 60 a 70% das causas, os fatores imputáveis à organização ou ao sistema, cerca de 20 a 30%, existindo ainda fatores ditos de equipa e, uma percentagem mais pequena e incerta, resultará da variação inexplicável ou acaso. Uma coisa é certa, a maior parte dos acidentes têm causas múltiplas (*idem*). Relacionado ainda com o impacto em termos de danos ou incapacidade dos EA é demonstrado num estudo realizado em Portugal, no ano de 2009, em que a maioria dos EA, 61%, não causaram nenhum dano ou incapacidade física aos doentes, 5.7% causaram dano permanente, incapacidade ou disfunção e 18.4% determinaram a morte dos doentes (Sousa et al., 2011). Ainda no mesmo estudo é de salientar que em 47.783 admissões em 3 hospitais públicos portugueses observaram-se 1.669 processos de doentes em que a taxa de incidência de EA é de 11.1%, sendo que desses 53.2% são evitáveis; e em 58.2% dos EA houve prolongamento do tempo de internamento (em média de 10.7 dias). Uma investigação realizada em 2008 na Itália refere, que a consequência mais frequente dos EA é a incapacidade no momento da alta (Tartaglia et al., 2012). Na Holanda um estudo de 2005 menciona que 12.8% dos EA resultaram em incapacidade permanente ou mesmo contribuíram para a morte dos doentes (Zegers et al., 2009).

É da responsabilidade do profissional de saúde evitar que isso aconteça. No entanto, poucos profissionais registam os seus erros e menos ainda são os que os analisam, o que dificulta a aprendizagem e a prevenção de ocorrências semelhantes no futuro. Paradoxalmente, o primeiro passo para a criação de um sistema eficaz de promoção da segurança do doente é aumentar a visibilidade do erro e da lesão decorrentes dos cuidados de saúde (Lage, 2010).

Nos Estados Unidos da América mais de 7000 doentes morrem por ano devido a erros de medicação (Flynn et al., 2012). A administração de medicamentos tem riscos inerentes e os erros têm um enorme impacto sobre a qualidade e a eficiência da assistência ao doente, particularmente em relação à experiência, resultados e segurança. Os enfermeiros são fundamentais para o processo de administração de medicamentos e, portanto, devem demonstrar uma prática segura e de confiança.

Para além das consequências para os indivíduos afetados (desconforto físico e/ou psicológico, incapacidade, insatisfação, perda de rendimento), os EA's medicamentosos evitáveis acarretam considerável desperdício para o sistema de saúde e para a sociedade. Há a salientar, também, a perda de confiança que estes eventos acarretam para os utentes e a frustração e desmotivação que geram nos profissionais de saúde (Flynn et al., 2012). Os EA nos cuidados de saúde não têm só sequelas para o doente, mas também para os profissionais, com grande impacto emocional, criando sentimentos de culpa, medo, angústia e até ser considerado incompetente pelos seus pares. Implicam ainda efeitos sociais, como a perda de confiança dos doentes nas instituições de saúde e nos seus profissionais e o aumento das ausências no trabalho por faltas. Abarcam também efeitos económicos, resultando num acréscimo nos custos dos serviços de saúde, relacionados com o aumento de dias de internamento e com o aumento de tratamentos adicionais (Fragata & Martins, 2008; Almeida et al., 2010; Fragata, 2011). Nesta perspetiva, e no que se refere ao acréscimo nos custos dos serviços de saúde, um estudo realizado na Nova Zelândia por Brown et al. (2002), menciona que 30% das despesas dos hospitais públicos foram canalizadas para o tratamento dos doentes com EA. Na Holanda, Hoonhout et al. (2009) estimou que se gastaram 355 milhões de euros com doentes que tiveram EA, sendo que 161 milhões desses custos, foram com doentes com EA evitáveis.

Para Wegner et al. (2016), a formação dos profissionais de saúde está ainda aquém do esperado na forma de lidar com o erro, principalmente porque o erro está associado a culpa, vergonha, gera sentimentos de incapacidade e é visto como falha de

conhecimento científico. O aprimoramento das competências e do conhecimento por parte dos enfermeiros é um fator chave para a melhoria da qualidade da assistência em saúde e, em consequência, da segurança (Françolin et al., 2014). É inquestionável a necessidade de qualificação profissional e investimento por parte dos grupos acadêmicos e organizacionais neste sentido. As instituições de saúde devem compreender que a segurança do doente é a segurança dos profissionais, incentivando a educação permanente e sensibilizando-os para esta temática (Rosa et al., 2015). A educação permanente em saúde deve ser transversal a todos os grupos, incentivar a partilha de conhecimentos e experiências, na progressão para uma cultura de segurança (Wegner et al., 2016).

Em síntese, o erro terapêutico é uma realidade inerente à prestação de cuidados podendo ser intrínseco a qualquer intervenção do enfermeiro. Os erros terapêuticos podem acarretar danos para o doente, agravando a sua situação de saúde. Entre os diversos erros terapêuticos possíveis, erros com a medicação podem assumir consequências particularmente graves e o enfermeiro deve estar desperto para detetar, prevenir e agir sobre o erro de forma eficaz, objetiva e célere, necessitando para tal de ser capaz de realizar uma vigilância profissional do doente.

2.3. ERRO DE MEDICAÇÃO

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

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes é um plano que perspetiva diversos objetivos estratégicos, delineando várias metas a atingir em cada um deles, correspondendo o objetivo estratégico número quatro no aumento da segurança na utilização da medicação. Neste sentido, este tema tem sido alvo de debate na comunidade científica e objeto de crescente preocupação por parte do Ministério da Saúde. A DGS (2020), refere que a utilização segura de um medicamento exige uma diminuição da prevalência dos incidentes, mediante a adoção de medidas estruturais e processuais de prevenção, o que para tal implica mudanças organizacionais e comportamentais, dos profissionais envolvidos, da população em geral e das instituições, direta ou indiretamente, envolvidas.

Como profissional de saúde, ligada diretamente a esta questão, considero fulcral a sua abordagem uma vez que o erro de medicação é um incidente comum e que ocorre frequentemente na nossa prática diária, principalmente na classe profissional em que me insiro, pelo que é fundamental adotar estratégias e metodologias que permitam melhores práticas a fim de diminuir e evitar a ocorrência dos mesmos.

O *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCCMERP) (2001), define erros de medicação como qualquer evento evitável que cause ou possa levar ao uso de medicação inadequada ou causar danos ao doente enquanto a medicação estiver a cargo do profissional de saúde, do doente ou do consumidor. Tais eventos podem estar relacionados com práticas profissionais, produtos de saúde, procedimentos ou sistemas, incluindo prescrição, comunicação de pedidos, etiquetagem, embalagem, nomenclatura, composição, dispensa, distribuição, administração, educação, monitorização e uso. Por sua vez, Rodrigues (2004), define o erro de medicação como “qualquer acontecimento que pode ser evitado e que pode causar uma conduta inapropriada ou causar dano ao paciente” e a JCAHO (2008) define erro de medicação como qualquer evento prevenível causado pelo uso de medicação de forma inadequada e que compromete a segurança do doente.

Segundo um estudo realizado no Brasil, onde se tencionava estimar a prevalência de incidentes relacionados com a medicação numa Unidade de Terapia Intensiva, que incluiu 116 registos de internamentos hospitalares no período de 12 meses, verificou-se que 113 internamentos foram expostos a pelo menos um tipo de incidente, totalizando 2.869 ocorrências, sendo 1.437 circunstâncias notificáveis, 1.418 incidentes sem dano, nove potenciais EA's e cinco EA's. Os incidentes aconteceram durante a fase da prescrição (45.4%) e a ausência de conduta dos profissionais de saúde frente aos incidentes foi identificada em 99% dos registos. Ou seja, estimou-se a prevalência de 97.4% incidentes relacionados a medicação (Azevedo et al., 2015).

Com o objetivo de uniformizar a linguagem e a classificação dos erros de medicação, o NCCMERP (2001) publicou a “Taxonomia dos Erros de Medicação”. Esta linguagem torna comum a estruturação de registos para futura análise e comparação dos mesmos. Com base na importância clínica e na gravidade, os erros estão organizados em quatro níveis: erro potencial, erro sem dano, erro com dano e erro com morte (Quadro 1). Importa ressaltar que o NCCMERP define dano, como o “comprometimento da função física, emocional ou psicológica da estrutura do corpo e/ou dor daí resultante”.

Quadro 1. Categorias dos erros de medicação

CATEGORIA DO ERRO	DESCRIÇÃO
ERRO POTENCIAL A	Circunstâncias ou eventos que têm a capacidade de causar erros.
ERRO SEM DANO B C D	Ocorreu um erro, mas não atinge o doente. Ocorreu um erro que atinge o doente, mas não resulta em dano para o doente. Ocorreu um erro que atinge o doente e requer monitorização para confirmar que não resultou dano no doente e/ou requer intervenção para impedir o dano.
ERRO COM DANO E F G H	Ocorreu um erro que pode ter contribuído ou resultado em dano temporário no doente e requer intervenção. Ocorreu um erro que pode ter contribuído ou resultado em dano temporário no doente e requer hospitalização inicial ou prolongada. Ocorreu um erro que pode ter contribuído ou resultou em dano permanente no doente. Ocorreu um erro que requer uma intervenção para sustentar a vida.
ERRO COM MORTE I	Ocorreu um erro que pode ter contribuído ou resultado na morte do doente.

Fonte: Adaptado do NCCMERP

2.3.1. Tipos de erro de medicação

Aquando da administração de medicação muitos erros podem acontecer, como por exemplo medicamento errado, dose errada, doente errado, horário errado e via errada. Só no ano 2007, nos Estados Unidos da América, está estimado que ocorreram 1.5 milhões de erros em doentes, 400.000 em hospitais e 800.000 em internamentos de longa duração (Metules & Bauer, 2007). Estes erros podem ser de: Comissão (fazer algo errado); Omissão (não fazer algo certo) ou Execução (fazer algo incorretamente) (OE, 2006).

De acordo com o estudo realizado por Volpe et al. (2016) dos 17 erros notificados, 64.70% foram erros de via, 35.29% medicamento errado, 29.41% erro de dose e 6 casos apresentaram mais de um erro.

Atendendo à natureza dos erros de medicação, estes devem ser classificados em tipologias. A *American Society of Health-System Pharmacists* (ASHP) (1993) definiu 11 tipos de erros de medicação e mais tarde a United States Pharmacopeia MEDMARX® Data Report (2008) descreve 14 tipos:

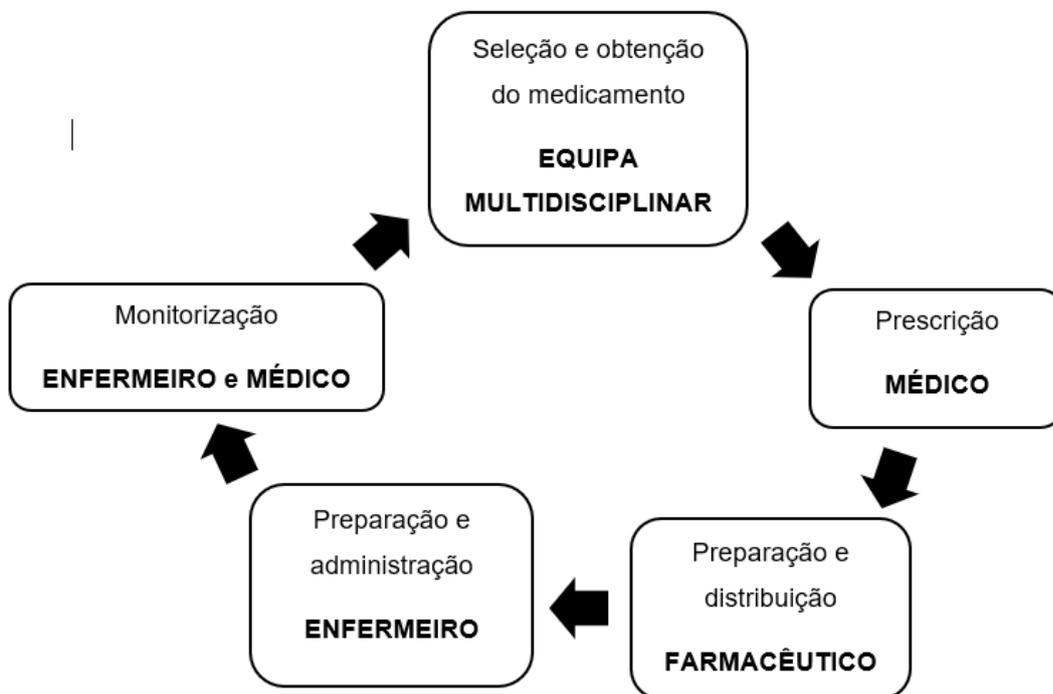
- *Doente errado*: Falha na identificação prévia do doente;
- *Dose/quantidade incorreta*: Qualquer dose, concentração ou quantidade que difira do que está prescrito;
- *Doses extras*: Administração de doses suplementares à prescrição ou de medicamentos que foram suspensos;
- *Erro de omissão*: Falha na administração de uma dose prescrita. Exclui a recusa do doente ou decisão clínica ou outra razão válida para não administrar;
- *Erro de prescrição*: Seleção incorreta do medicamento prescrito (segundo as suas indicações, contraindicações, alergias conhecidas, tratamento farmacológico já existente e outros fatores), dose, forma farmacêutica, quantidade, via de administração, concentração, frequência de administração ou instruções de uso, prescrições ilegíveis ou prescrições que induzam a erro que possa alcançar o doente;
- *Erro na identificação*: Falha na identificação/rotulagem de medicação;
- *Forma farmacêutica errada*: uma forma farmacêutica dispensada/ administrada diferente da prescrita;
- *Hora errada*: Horas de administração fora do horário pré-determinado para a sua administração;
- *Medicamento errado/não autorizado*: Administração de um medicamento não prescrito;
- *Preparação incorreta*: Preparação/ formulação/ reconstituição ou diluição incorreta de um medicamento;
- *Produto deteriorado*: Administração de um medicamento cuja integridade físico-química tenha sido alterada, incluindo medicamentos mal armazenados;
- *Produto expirado*: Medicamento fora de validade;
- *Técnica de administração errada*: Procedimento inadequado ou técnica inadequada na administração do medicamento;
- *Via errada*: Administração.

Importa salientar que os enfermeiros devem conhecer os tipos de erros de medicação mais frequentes para poderem prevenir ou minimizar a sua ocorrência, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A prática de administração de medicação numa organização hospitalar pode ser definida como um sistema complexo, com vários processos interligados, interdependentes e constituído por profissionais de diferentes áreas do conhecimento (médicos, equipa da farmácia e enfermeiros) que compartilham de um objetivo comum, que é a prestação da assistência à saúde dos pacientes com qualidade, eficácia e segurança (Miasso et al., 2006).

Tal como já foi referido anteriormente, alguns estudos mostram que a maioria dos erros de medicação ocorrem no momento da prescrição e no ato de administração. Segundo Pratas (2017), os erros nos formulários de prescrição são atribuídos a más práticas médicas, enquanto a equipa de enfermagem é responsável pelos erros durante a administração de medicação. A gestão de medicamentos, ou farmacoterapia, é vista como uma atividade de cuidados de saúde que é realizada por um profissional com formação em gestão de medicamentos. Este processo consiste em várias fases que incluem prescrever, receber a prescrição, distribuição, preparação e administração de medicamentos, bem como monitorizar o seu efeito. Gestão de medicamentos também envolve documentação do processo, aconselhamento e educação do doente. Os enfermeiros realizam o processo de gestão de medicamentos em todas as fases, exceto no período de prescrição. Tudo isto pode ser esquematizado de acordo com a Figura 4 que apresenta o processo de administração de terapêutica hospitalar.

Figura 4. Processo de administração de terapêutica hospitalar



Fonte: Adaptado de Pratas (2017, p. 41)

2.3.2. Causas e fatores predisponentes ao erro de medicação

Os erros de medicação não ocorrem devido a uma única causa, mas sim a múltiplas, devendo estas ser identificadas para que se possa intervir de forma preventiva e corretiva. O facto de geralmente ser multicausal dificulta a sua antecipação. No relatório de MEDMARX® (2008) foram identificadas várias causas que passo a apresentar no Quadro 2.

Quadro 2. Causas de erros de medicação

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

Fonte: Adaptado de MEDMARX®, 2008

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

Na maioria da literatura consultada não existe uma clara distinção entre causas e fatores, contudo, o relatório MEDMARX® (2008) faz essa divisão na classificação, que passo a apresentar no Quadro 3.

Quadro 3. Fatores que contribuem para os erros de medicação

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

Fonte: Adaptado de MEDMARX®, 2008

Na prática diária, os enfermeiros atuam segundo regras, padrões, orientações, as boas práticas recomendadas e os princípios éticos da profissão, no entanto, as condições complexas que envolvem a prestação de cuidados de enfermagem podem levar, por

vezes, à ocorrência de avaliações, decisões e práticas menos corretas não intencionais por parte dos enfermeiros, que podem originar erros/EA's nos doentes (Castilho & Parreira, 2011). A probabilidade de erro está diretamente relacionada com a complexidade do doente ou da tarefa e com o desempenho. Aqui, os fatores humanos, erros ou violações representam cerca de 60 a 70% das causas, os fatores imputáveis à organização ou ao sistema, cerca de 20 a 30%, existindo ainda fatores ditos de equipa e, uma percentagem mais pequena e incerta, resultará da variação inexplicável ou acaso. Uma coisa é certa, a maior parte dos acidentes têm causas múltiplas (Fragata, 2009).

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

No estudo de Mangilli (2017) os enfermeiros descreveram a diversidade de fatores que envolvem o erro na administração de medicamentos, sendo que a falta de atenção, conhecimento e a sobrecarga de trabalho foram os mais citados segundo os relatos.

De acordo com o estudo realizado por Tsegaye et al. (2020) a falta de treino, a indisponibilidade de diretrizes para administração de medicamentos, a interrupção durante a administração de medicamentos, a falta de comunicação entre a equipa de enfermagem e o não cumprimento dos direitos de administração de medicamentos estão significativamente associados ao erro de administração de medicação.

No estudo de Azevedo et al. (2020) os fatores relacionados com a elevada afluência de doentes ao SU, a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos humanos e as interrupções constantes levam a ocorrência de erros e conseqüente risco para a segurança do doente.

Segundo Samico et al. (2021) estes concluíram que subjacente à ocorrência de erros de medicação identificaram-se os seguintes fatores: fatores do sistema de medicação (sistemas de segurança), fatores organizacionais (interrupções, recursos humanos insuficientes; ritmos de trabalho acelerados, cargas de trabalho e cultura punitiva) e fatores individuais (cansaço, falta de competências, negligência).

2.3.3. Notificação do erro de medicação

Sabendo que todo o ser humano é falível e imperfeito, com limitações e defeitos em todas as intervenções de enfermagem, há sempre a probabilidade de acontecer um erro/EA, isto é, os enfermeiros também são falíveis e cometem erros/EA, colocando em risco a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do doente. Porém, no quotidiano diário, os enfermeiros possuem um compromisso ético, moral e um só objetivo, prestar cuidados de excelência e de forma segura, evitando a ocorrência de erros que possam causar danos ao doente (Carvalho & Vieira, 2002; Santos et al., 2007; Coli et al., 2010; Bezerra et al., 2012).

Todo o enfermeiro no seu percurso profissional já cometeu um erro/EA, no entanto, muitas vezes, é difícil reconhecer e aceitar que se erra. Na realidade, os enfermeiros não estão preparados para lidar com o erro, com os sentimentos que daí advêm: medo, vergonha, culpa, incapacidade, dúvidas do seu conhecimento e das suas competências e com o julgamento dos outros, incluindo os pares e a organização em que se trabalha (Carvalho & Vieira, 2002; Santos et al., 2007). De igual modo, habituaram-se, que nas organizações de saúde, o erro seja enfatizado pela culpa e punição, sendo considerado um problema individual e não sistémico, receando assim, pelas conseqüências de ordem administrativa, punições verbais e escritas, demissões, processos civis, legais e éticos (Néri et al., 2006; Santos et al., 2007; Bezerra et al., 2009). Corroborando com esta ideia, no estudo de Fernandes e Queirós (2011) apenas 18% dos enfermeiros inquiridos, referem que os seus erros não são registados no seu processo pessoal e 37% dizem que os erros são utilizados contra si.

Assim e de acordo com Fragata e Martins (2008) “um sistema seguro é naturalmente um sistema com boa qualidade”, sendo que a gestão do risco e o reporte de EA são elementos fundamentais que permitem manter a qualidade. Deste modo, a gestão do risco tem como base: “a declaração obrigatória de todos os eventos negativos, a realização de auditorias clínicas e avaliação de *performance* individual e a revisão periódica de protocolos, normas de segurança e programas de treino”. Deste modo, a instituição poderá atuar de forma a prevenir a ocorrência de acidentes e minorar as suas consequências.

Importa salientar que o reconhecimento e a consciencialização do erro pelos enfermeiros é o primeiro passo para criar mecanismos para a sua prevenção e correção, mas ainda mais importante e imprescindível nesta fase, é a comunicação e notificação do erro/EA. Postura essa, que demonstra a responsabilidade do enfermeiro em tomar uma atitude face aos danos provocados no doente e a intenção de aprender com os seus próprios erros, transformando essa aprendizagem em estratégias pessoais para evitar novos erros, promovendo a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados (Carvalho & Vieira, 2002; Santos et al., 2007; Almeida et al., 2010; Coli et al., 2010; Roque & Melo, 2010).

Como os enfermeiros se encontram nas várias fases do sistema de medicação, nomeadamente na fase final são, por isso, os profissionais de saúde que têm uma maior responsabilidade na notificação dos erros de medicação, pois são a última barreira na deteção e prevenção dos mesmos e como diz Franco et al. (2010, p. 931), “sem notificação do erro nunca vão saber que estamos errando”.

Segundo o estudo de Abreu (2015) a maioria dos enfermeiros (51.9%) nunca notificaram um erro de medicação, dos que notificaram (48.1%), a maioria notificou verbalmente (44.7%) ao enfermeiro chefe do serviço ou a quem o substituíu na altura (26.5%) e só 2.8% notificou em impresso próprio. No estudo de Pelliciotti e Kimura (2010) em 94 profissionais de saúde, só seis enfermeiros (6.3%) notificaram erros de medicação e no de Silva et al. (2014), após verificar 189 notificações de EA ocorridos, 10.9% das notificações foram realizadas por enfermeiros e 63% eram notificações de erros de medicação.

O estudo realizado por Biffu et al. (2016) concluiu que menos de um terço dos participantes relatou erros na administração de medicamentos. A escolaridade, a discordância ao longo do tempo - a definição do erro, um motivo administrativo e o medo foram fatores estatisticamente significantes para a recusa do relato de erros de

medicação. Portanto, é de salientar que os resultados deste estudo sugeriram estratégias que aprimoram as culturas de relato de erros, como fornecer uma definição clara de erros relatáveis e fortalecer o *status* educacional dos enfermeiros pela organização de saúde.

Lage (2010) enuncia que “poucos profissionais registam os seus erros e menos ainda são os que analisam, o que dificulta a aprendizagem e a prevenção de ocorrências semelhantes no futuro”. Segundo Fragata e Martins (2008), a identificação e notificação do erro/EA é crucial na prevenção do erro em qualquer organização, mas a atitude assumida perante o evento ocorrido é igualmente decisiva; a culpabilização e censura podem originar uma melhoria transitória, mas não removem as suas causas individuais nem as devidas ao sistema. Na realidade e como já foi mencionado, a notificação dos erros de medicação, é uma das estratégias para prevenir e reduzir os erros de medicação, pois notificar, faculta informação que permite identificar as causas, os tipos, os fatores predisponentes e relevantes aos erros (Bohomol & Ramos, 2006; Abreu et al., 2013).

2.3.4. Fatores que contribuem para a prevenção do erro de medicação na prestação de cuidados

Sousa (2006) refere que estudos realizados em diversos países demonstram que as ocorrências de EA's variam entre 4% a 17% do total de admissões, sendo necessário adotar medidas efetivas no sentido de reduzir ou eliminar a sua incidência. De acordo com Lima (2011), são algumas as medidas que podem ser adotadas pelas instituições que permitem minimizar a ocorrência de situações nefastas decorrentes da prestação de cuidados, tais como: sistema/protocolo de notificação de EA's; atividades de formação profissional contínua; processo clínico informatizado; sistema de prescrição de medicação e indicações terapêuticas on-line; elaboração de *guidelines*, *checklists* e protocolos de atuação, entre outros.

De acordo com Fragata (2009), este recomenda algumas medidas que contribuem para um aumento da segurança no ambiente clínico e menor risco de ocorrência de erros tais como, a segurança dos doentes deve ser encarada como uma componente fundamental da qualidade na prestação de cuidados de saúde, sendo a gestão do risco clínico crucial para a promoção dessa segurança, devendo existir, em cada hospital, uma estrutura e uma estratégia explícita de gestão do risco clínico; torna-se fundamental também

estabelecer uma nomenclatura correta ou terminologia do erro, de forma a uniformizar a linguagem e as definições e, de igual modo, dar-se-á prioridade à definição de indicadores e objetivos de *performance* e de segurança nos cuidados de saúde; a monitorização do risco deverá fazer-se com base em dois métodos: a declaração de eventos ocorridos – esta deve ser voluntária e anónima mas coexistindo também com a declaração obrigatória e a monitorização contínua da *performance*, por auditorias, por curvas de soma cumulativa, que permitam acompanhar o desempenho e identificar em tempo útil os desvios e a implementação do reporte de erros como medida para promover maior segurança; a construção de protocolos e orientações, incorporando tecnologias, nomeadamente de comunicação; deve ser estimulado nos hospitais uma mudança cultural que contemple os valores partilhados sobre a segurança dos doentes, tais como um ambiente livre de culpa, a comunicação e a gestão do conhecimento. O mesmo autor ainda enuncia que na avaliação dos cuidados de saúde são medidos indicadores que servem para monitorizar o risco, tais como: indicadores de resultado (mortalidade, morbilidade e qualidade de vida), os indicadores de processo (método de tratar, tempo, índice de funcionamento), indicadores de acessibilidade e indicadores de satisfação.

Carneiro (2010) citando R. Amalberti refere que, realizar intervenções ao nível dos equipamentos, uma análise continuada dos indicadores de desempenho, a introdução de medidas que permitam melhorar a comunicação dos profissionais de saúde e estratégias para melhorar o trabalho, como melhores condições, treino e motivação contribuem para melhorar o sistema.

De acordo com Hermanspann et al. (2019) a promoção de um ambiente adequado para a preparação de medicamentos é um fator que contribui para a prevenção do erro de medicação aumentando a segurança e a qualidade na prestação de cuidados.

Segundo Samico et al. (2021) para reduzir a ocorrência de erros na administração de medicação por parte dos enfermeiros é fulcral melhorar o ambiente da prática de enfermagem e garantir a existência de sistemas e rotinas de segurança na administração de medicação, uma cultura organizacional não punitiva, e recursos humanos suficientes (treinados e com educação no uso seguro do medicamento), promovendo assim a segurança do doente.

3. O PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR NA GESTÃO DO ERRO DE MEDICAÇÃO

O risco e o erro são conceitos que se encontram afetos a todas as nossas atividades quotidianas, estando igualmente implícito e associado à prestação de cuidados de saúde. Está assim bem presente o conceito de imprevisibilidade, o que acarreta perdas não só para os utentes, mas também para os profissionais e para a própria organização. Desta forma, no âmbito da saúde, os conceitos de risco e de erro adquirem maior relevo com elevado impacto ao nível da sociedade.

Segundo Gonçalves (2008) o conceito de erro tem uma elevada importância na dinâmica organizacional, sendo alvo de destaque numa política de gestão de risco. Qualquer que seja a ação desenvolvida pelos profissionais de uma organização, ou por qualquer indivíduo no seu quotidiano, terá um determinado risco assim como uma determinada percentagem de erro. Adota-se assim, uma abordagem que poderá assentar na prevenção do erro ou sobre a gestão do erro, a qual reporta para a gestão do risco desenvolvida nas organizações de saúde. A prevenção do erro, por si, remete para a total eliminação do erro, com o objetivo de evitar consequências negativas. A gestão do erro procura igualmente evitar as consequências negativas do erro. Pretende-se que os indivíduos, particularmente, os profissionais de uma organização aprendam com ele, estando aptos para enfrentar qualquer erro inesperado decorrente do seu desempenho profissional. O erro passa a ser compreendido como uma realidade da organização, que não pode ser totalmente eliminado, pelo que deve ser visto na sua globalidade, procurando-se por isso compreender o processo que o originou e, conseqüentemente, identificar potenciais causas, de forma a corrigi-las.

A gestão do erro vai assim centrar-se, tal como já foi referido anteriormente, na diminuição das consequências negativas decorrentes da ocorrência de um erro e não na sua total eliminação. Para tal, os profissionais que trabalham ao nível da gestão do risco, têm a preocupação de compreender o erro na sua totalidade, incluindo a sua deteção, compreensão e tratamento (*idem*). De acordo com Ammouri et al. (2015) estes afirmam que um enfermeiro gestor deve dar *feedback* e comunicar sobre os erros que estão a acontecer no serviço e proativamente ouvir e responder às sugestões dos enfermeiros para promover a segurança do doente.

Segundo Mansoa (2010) para se falar da gestão do risco é imprescindível clarificar o conceito de erro, uma vez que a percentagem de risco de determinado fenómeno é

calculada a partir da probabilidade de ocorrência do erro. O conceito de erro pode ser consultado no capítulo anterior.

Fragata (2009) afirma que a gestão do risco clínico corresponde a um conjunto de medidas destinadas a melhorar a segurança e, logo assim, a qualidade de prestação dos cuidados de saúde, mediante a identificação prospetiva das circunstâncias que colocam os doentes em risco e pela atuação destinada a prever e a controlar esses mesmos riscos. Segundo Correia et al. (2017) os enfermeiros gestores têm um papel fundamental na segurança dos cuidados de saúde prestados à população, promovendo uma cultura de segurança nas equipas através de um ambiente de partilha e confiança, e desenvolvendo a aprendizagem a partir dos erros e dos EA's.

Os objetivos da gestão do risco são de acordo com Lobo (2008), desenvolver e implementar processos para identificar e priorizar riscos; estabelecer sistemas para lidar com os riscos identificados, eliminando-os ou reduzindo-os a um nível aceitável; reduzir o efeito direto e consequente e o custo de incidentes que ainda possam ocorrer, a partir da criação de medidas de suporte efetivas; e proteger o hospital e o seu pessoal de responsabilidades legais.

Segundo Farokhzadian et al. (2015) alguns sistemas de gestão de risco demonstram ainda que, os enfermeiros apresentam limitações na gestão do risco devido à limitação de recursos e à complexidade do trabalho em saúde.

A gestão da segurança implica um modelo que assente numa prática de melhoria permanente do sistema, tentando ultrapassar e mudar as combinações das falhas latentes, fiabilidade humana e riscos. Gerir o erro implica reunir medidas que permitam diagnosticar e lidar com os erros e acidentes, para que se possa diminuir o seu impacto negativo e aprender a evitá-los (Fragata & Martins, 2008).

O enfermeiro gestor do risco clínico deve assegurar que a qualidade do cuidado de enfermagem prestado é desenvolvida, tendo por base o custo dos serviços prestados e a sua efetividade. Além disso, o enfermeiro é o elo entre a prática de cuidados e a melhor forma de gerir essa prática, uma vez que tem contacto direto com ambas (Silvério et al., 2012). O processo de gestão do risco clínico é indissociável da intervenção do enfermeiro. À semelhança do processo de enfermagem que cria um plano de cuidados, o processo de gestão do risco clínico cria um plano de tratamento do risco sem o qual este não seria corretamente prevenido, tratado e minimizado (*idem*).

Segundo Bruno (2010), a gestão do risco clínico numa organização de saúde envolve auditorias clínicas, indicadores de segurança, avaliação/monitorização do risco, inquéritos de satisfação e registo de incidentes. A monitorização assume desta forma um papel importante na gestão do risco. No entanto, não há uma única variável que possa ser usada para monitorizar a saúde, e a saúde não pode ser medida diretamente (Keszei et al., 2010).

O enfermeiro gestor, como indica no regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor (Regulamento n.º 101/2015) gere o risco clínico e não clínico. Deve, por isso, desenvolver, promover e acompanhar processos de avaliação e monitorização no âmbito da segurança dos serviços e conhecer os instrumentos disponíveis para assim interpretar os dados por estes fornecidos.

O enfermeiro gestor, atuando no âmbito da segurança dos serviços, desempenha as suas funções de acordo com as competências do enfermeiro gestor prevista no Regulamento nº101/2015 que passo a enumerar: garantir uma prática profissional e ética na equipa que lidera; garantir a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; gerir a equipa de enfermagem otimizando as respostas às necessidades dos clientes em matéria de cuidados de enfermagem; garantir o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera; garantir a prática profissional baseada na evidência; e desempenhar um papel pró-ativo na definição de políticas de saúde.

O enfermeiro gestor deve munir-se de estratégias e instrumentos de gestão, que contribuam para assegurar a segurança dos serviços, e ter presente que segurança em saúde é algo mais abrangente e complexo do que apenas segurança do doente, e que esta poderá estar dependente da segurança do enfermeiro e vice-versa (Correia, 2017).

Conforme o Regulamento n.º 76/2018 de 30 de janeiro emitido pela OE, o enfermeiro com competência acrescida avançada em gestão “é o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros”.

Na minha opinião, a gestão dos cuidados de enfermagem está muito relacionada com a liderança. Neste sentido, segundo Fradique e Mendes (2013), a liderança em enfermagem é a capacidade de um líder influenciar, motivar e habilitar os seus enfermeiros liderados por meio de ideias, estratégias e ações para reunir esforços e assim atingir os objetivos da organização, contribuindo pois para a eficácia e sucesso da organização a que pertence. O enfermeiro gestor é, pois, o elemento-chave dentro

de um grupo de trabalho de enfermagem hospitalar enquanto gestor da liderança. É decisivo para o funcionamento eficaz da organização e motivador da equipa que lidera.

O papel de um líder centra-se na criação de um ambiente propício ao desenvolvimento de estratégias no seio do grupo que visem a melhoria dos cuidados. A comunicação como dimensão importante na liderança, é sem dúvida um recurso que o líder usa para se aproximar dos seus liderados para que estes partilhem ideias e visões para um bom desenvolvimento do trabalho. É fundamental na profissão de enfermagem a cooperação e contribuição de todos, para que os cuidados de enfermagem sejam prestados com qualidade. A comunicação é decisiva na coordenação das atividades dos enfermeiros e consequentemente, na efetivação do processo de liderança (*idem*).

A capacidade do gestor influenciar os resultados das organizações, depende de acordo com Frederico e Castilho (2006), mais da implementação de estratégias, de motivação e liderança do que do seu peso hierárquico.

Segundo Freire (2017) devem-se implementar medidas que promovam uma maior proximidade entre os gestores e os enfermeiros, pois, por um lado os gestores ficam mais cientes das principais dificuldades dos profissionais na prestação de cuidados e da sua realidade de trabalho e por outro lado, os enfermeiros sentem-se como elementos de uma equipa multidisciplinar da instituição e ao mesmo tempo um participante ativo na tomada de decisão.

Segundo o estudo realizado por Correia e Forte (2017) concluíram que é importante que o enfermeiro gestor procure desenvolver estratégias de gestão do risco, para perceber e conhecer que cultura e práticas face ao erro vigoram na sua equipa para assim identificar necessidades e desenvolver planos de atuação que promovam uma cultura de segurança e notificação do erro. Salienta-se o facto de haver uma evolução positiva face à cultura tradicional de culpabilização, mas ainda há um caminho para percorrer nesta área que necessita de mudanças e investimentos.

Segundo Samico et al. (2021), para reduzir a ocorrência de erros de medicação por parte dos enfermeiros, a gestão assume um papel primordial competindo-lhe garantir a existência de recursos humanos adequados para evitar cargas de trabalho excessivas e ritmos de trabalho acelerados; promover ambientes de prática de enfermagem favoráveis sem interrupções; e implementar sistemas de segurança no uso da medicação.

PARTE II: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Segundo Fortin et al. (2009), a investigação tem como ponto de partida uma situação considerada como problemática. Na maior parte das disciplinas, a investigação científica é utilizada como um modo de adquirir conhecimentos, através da obtenção de “respostas a questões determinadas por meio da observação de certos factos que ressaltam do seu domínio, tendo como objetivo a compreensão dos factos estudados” (Fortin et al., 2009, p.16). Em conformidade, Hulley et al. (2015), estabelecem que a investigação é motivada pelo desejo em resolver determinada incerteza, reduzindo um contexto geral a um tópico concreto e factível.

Polit e Beck (2011) referem que o desenvolvimento do conhecimento e a sua utilização é importante para a constante melhoria na prestação de cuidados. Acrescentam ainda que, com isto se pretende que cada vez mais enfermeiros utilizem a prática baseada na evidência, aplicando os resultados de pesquisa para fundamentar as suas decisões, ações e interações com os doentes. São os métodos escolhidos pelo investigador que fornecem à investigação o seu carácter sistemático, podendo definir-se a metodologia de investigação como “um processo de seleção da estratégia de investigação, que condiciona, por si só, a escolha das técnicas de recolha de dados, que devem ser adequadas aos objetivos que se pretendem atingir” (Sousa & Baptista, 2011, p.52). Assim, o enquadramento metodológico torna-se imprescindível a qualquer trabalho de pesquisa, pois é através dele que se estuda, descreve e explica todas as etapas que se vão processar. Deste modo, e neste capítulo do trabalho, apresenta-se, descreve-se e analisa-se o percurso e opções metodológicas realizadas.

4. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

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

A realização deste estudo urge da necessidade de perceber quais as estratégias que poderão ser adotadas pelo enfermeiro gestor de forma a diminuir a ocorrência de erros de medicação num SU.

A escolha do tema/problema de investigação surgiu do próprio contexto onde a investigadora presta cuidados, uma vez que, esta problemática é atual, sendo pertinente perceber de que forma é possível diminuir a ocorrência de erros de medicação na prática diária, enaltecendo a importância do enfermeiro gestor neste processo.

Para identificar a pertinência do tema e enquadrá-la foi efetuada uma pesquisa bibliográfica online, em livros e em periódicos existentes em bases de dados (via EBSCO) e no repositório da escola, de forma a perceber que tipo de estudos existem e os seus resultados, tendo verificado que é bastante pertinente. Os estudos indicam que “embora os erros sejam eventos indesejados, podem ser fontes significativas para a aprendizagem profissional” (Leicher et al., 2013, p. 208).

Segundo Pratas (2017, p.23) “o avanço nas pesquisas dos cuidados de saúde contribui para a melhoria dos cuidados prestados. No entanto, apesar dos avanços nos sistemas de saúde, as pessoas estão ainda expostas a diversos riscos quando submetidas aos cuidados de saúde, particularmente em ambientes hospitalares. Em consequência disso, a segurança do doente tem-se tornado uma preocupação central para o sistema de saúde”.

Os erros de medicação podem ocorrer em qualquer fase do processo de gestão de medicação. A enfermagem, responsável pelas últimas etapas que são a preparação e a administração de medicamentos, pode detetar alguma falha e parar todo processo. Isso muitas vezes não acontece e a culpa do evento é atribuída à enfermagem, aumentando a responsabilidade destes profissionais (Nazarko, 2015). Não importa apenas avaliar as falhas técnicas, mas também os outros fatores que podem desencadear o erro, como a organização e a sobrecarga de trabalho devido a recursos humanos insuficientes, profissionais mal treinados e locais desprovidos de recursos financeiros (Volpe et al., 2014).

O setor de urgência é uma área de alto risco para a ocorrência de eventos indesejáveis devido à rotatividade de doentes e dinâmica de atendimento. Face às características clínicas das pessoas atendidas neste serviço, a administração de medicação com alto poder de ação é frequente, exigindo assim um cuidado intenso e um corpo de conhecimentos específicos e especializados, pois qualquer falha durante esta intervenção pode trazer consequências irreversíveis e devastadoras. Recentes estudos evidenciam que erros na administração e preparação de medicamentos representam uma realidade do serviço de saúde, repercutindo-se negativamente nos indicadores de qualidade e nos resultados institucionais (Filho et al., 2012).

Apesar desta temática ser cada vez mais estudada em Portugal, ainda não é conhecida a verdadeira dimensão sobre as estratégias que poderão ser implementadas pelo enfermeiro gestor para diminuir a ocorrência de erros de medicação no SU. Considero, pois, relevante, identificá-las de forma a poderem ser adotadas com vista à redução do erro de medicação.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

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

5.1. TIPO DE ESTUDO

Este estudo é quantitativo pois é um processo sistemático de análise de dados observáveis e quantificáveis que permite o tratamento estatístico dos dados que irão fornecer conhecimentos objetivos no que concerne às variáveis escolhidas (Fortin et al., 2009; Polit & Beck, 2011). A investigação quantitativa tem as suas bases no paradigma positivista, sendo proveniente das ciências físicas, onde a verdade é absoluta, a visão do mundo é racional e científica, havendo “uma realidade aí fora que pode ser estudada e conhecida (...) os fenómenos não são aleatórios nem acidentais, mas possuem causas” (Polit & Beck, 2011, p.33 e 34).

Neste contexto, propomos realizar um estudo descritivo-correlacional, transversal inserido no paradigma quantitativo.

Estudos descritivos visam obter mais informações, quer sejam sobre as características de uma população, quer sejam sobre os fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação (Fortin et al., 2009; Hulley et al., 2015). No que respeita aos estudos correlacionais, Fortin (2009) caracteriza-os como sendo estudos com que implicam relações entre variáveis e uma explicação destas relações. Relativamente à recolha de dados, por um período delimitado de tempo, este estudo enquadra-se como transversal (Fortin et al., 2009).

5.2. CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no contexto específico do SU do HPH. De acordo com o Despacho nº. 727/2007 do Ministério da Saúde, o SU do HPH é classificado como um serviço de urgência médico-cirúrgico.

O SU é composto por uma equipa multidisciplinar de enfermeiros, médicos de diversas especialidades, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes operacionais e assistentes técnicos.

É o serviço de referência para a população do concelho de Matosinhos, pertence à área Metropolitana do Porto. É constituído por: União de freguesias de Lavra, Perafita e Santa Cruz do Bispo, União de freguesias de Matosinhos e Leça da Palmeira, União de freguesias de São Mamede de Infesta e Senhora da Hora e União de freguesias de Custóias, Guifões e Leça do Balio, com uma área total de cerca de 62.3 Km². Conta com um total de cerca de 172.586 habitantes (censos 2021) onde, segundo os dados apurados através do programa informático SONHO, em 2020, foram admitidos 78.960 cidadãos, com uma média mensal de 219 admissões por dia.

No entanto, sabe-se que ocorreram flutuações diárias elevadas que neste contexto podem originar em muitos turnos, o aumento das necessidades de cuidados de enfermagem, superando a capacidade de resposta dos enfermeiros para a prestação global e individualizada de cuidados, podendo isto contribuir para a ocorrência de erros durante o processo de gestão de medicação.

5.3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS E HIPÓTESES

Para Hulley et al. (2015), a questão de investigação consiste na incerteza que o investigador deseja explorar, partindo de uma preocupação geral que necessita de ser reduzida a um tópico concreto e factível de ser estudado.

Neste sentido, face ao problema identificado formulou-se a seguinte questão de investigação:

- Qual a perceção dos enfermeiros sobre as estratégias que poderão ser implementadas pelo enfermeiro gestor de forma a diminuir a ocorrência de erros de medicação num SU?

No sentido de dar resposta à questão de investigação é crucial definir objetivos para o estudo. Estes consistem em formulações concretas que especificam as finalidades do estudo (Hulley et al., 2015).

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

- Identificar quais as estratégias que poderão ser implementadas pelo enfermeiro gestor para diminuir a ocorrência de erros de medicação, percecionados pelos enfermeiros do SU do HPH;

E como objetivos específicos:

- Caracterizar os erros associados à gestão de medicação;
- Identificar a incidência de erro nas diferentes fases do processo de gestão de medicação;
- Identificar as causas precipitantes do erro na gestão de medicação;
- Identificar as medidas de mitigação de dano realizadas pelos profissionais;
- Identificar se ocorreu a notificação do erro;
- Identificar as medidas preventivas propostas pelos profissionais;
- Perceber a importância do papel do enfermeiro gestor na garantia das melhores práticas profissionais de forma a reduzir a ocorrência de erros de medicação;
- Analisar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais na perceção dos enfermeiros sobre o papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação.

No âmbito dos objetivos definidos e da questão de investigação do estudo, foram elaboradas as seguintes hipóteses (H):

H1: Há diferenças estatisticamente significativas na perceção sobre o papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação em função do género;

H2: Há diferenças estatisticamente significativas na perceção sobre o papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação em função das habilitações académicas;

H3: Há relação estatisticamente significativa entre a percepção sobre o papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação e a idade dos enfermeiros;

H4: Há relação estatisticamente significativa entre a percepção sobre o papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação e o tempo de experiência profissional no SU.

5.4. POPULAÇÃO, AMOSTRA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

Segundo Fortin et al. (2009, p.55) “A população define-se como um conjunto de indivíduos ou de objetos que possuem características semelhantes, as quais foram definidas por critérios de inclusão, tendo em vista um determinado estudo”.

Nesta perspectiva, os mesmos autores descrevem uma população alvo como sendo “o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações” (Fortin et al., 2009, p.311).

Em determinadas situações, para o investigador, é-lhe difícil ter acesso a toda a população, só sendo possível estudar uma parte dos casos que constituem a população, recorrendo-se por isso a uma amostra. A amostra é um subconjunto da população acessível, cujas características devem ser semelhantes à população a estudar, ou seja, tem que ser representativa da população (Fortin et al., 2009; Polit & Beck, 2011).

Assim, a nossa população será formada pelos enfermeiros a exercer funções no SU do HPH. Como critérios de inclusão definiu-se: ser enfermeiro a exercer funções no SU do HPH e aceitar participar no estudo. Foram definidos como critérios de exclusão do estudo, os estudantes de enfermagem a realizar ensino clínico no referido serviço e os enfermeiros que exercem funções de gestão.

No nosso estudo, a amostra são todos os enfermeiros a exercer funções no SU do HPH e que aceitaram participar no estudo, sendo por isso uma amostragem não probabilística, por conveniência.

Assim, nesta linha sequencial, após auscultação do enfermeiro gestor identificou-se uma população total de 90 enfermeiros pertencentes ao SU, dos quais dois exercem funções de gestão. Após aplicação do questionário entre 12 de maio a 12 de junho 2021, difundido via *online*, através de plataforma Google Forms® obtivemos 63 respostas,

representando 71.6% da população acessível. A amostra do nosso estudo é constituída por 63 enfermeiros.

5.5. VARIÁVEIS EM ESTUDO

De acordo com Fortin et al. (2009), variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. De acordo com estes autores, as variáveis utilizadas, devem ser determinadas de acordo com os objetivos do estudo e do referencial teórico do mesmo, sendo que contribui para a sua identificação e especificação.

Assim, como variáveis (V) independentes definiram-se:

V1 Idade do enfermeiro - variável qualitativa ordinal, operacionalizada com as opções 20-30 anos; 31-40anos; 41-50anos; 51-60anos; e \geq 61anos;

V2 Género – variável qualitativa nominal, operacionalizada com as opções feminino e masculino;

V3 Grau académico - variável qualitativa ordinal, operacionalizada com as opções Licenciatura; Pós-Graduação; Pós-Licenciatura de Especialização; Mestrado e Doutoramento;

V4 Tempo de experiência profissional no SU (em anos) - variável quantitativa contínua, operacionalizada com uma questão de resposta aberta;

V5 Tipo de erro vivenciado ou presenciado pelo enfermeiro – variável qualitativa nominal, operacionalizada com as opções *near miss*, incidente sem dano, e incidente com dano;

V6 Fase de ocorrência do erro de medicação – variável qualitativa nominal, operacionalizada com as opções prescrição; dispensa, transporte e armazenamento do medicamento; preparação, e administração;

V7 Caracterização do erro de medicação – variável qualitativa nominal, operacionalizada com as opções doente errado, dose errada, erro de administração, erro de preparação, medicamento errado, momento errado, monitorização inadequada, e omissão;

V8 Causas precipitantes do erro de medicação- variável qualitativa nominal, operacionalizada com as opções instituição, ambiente de trabalho, equipa, fatores individuais, fármaco e equipamento;

V9 Medidas de mitigação de dano – variável qualitativa nominal, operacionalizada com as opções o profissional vivenciou e aprendeu com a situação individualmente, informou o enfermeiro responsável de turno ou enfermeiro chefe de serviço, notificou na plataforma da DGS Notific@, solicitou intervenção médica, aumentou a vigilância do doente, e outra opção de carácter livre;

V10 Medidas preventivas para diminuir a ocorrência de erros de medicação no SU- variável qualitativa nominal, operacionalizada com as opções método individual de trabalho, aumento da concentração, preparação da terapêutica imediatamente antes da sua administração, identificação inequívoca do doente, existência de elementos mais experientes na equipa/supervisão, circuito do doente no SU, formação em serviço, e outra opção de carácter livre;

V11 Estratégias implementadas pelo enfermeiro gestor de forma a diminuir a ocorrência de erros de medicação no SU – variável qualitativa nominal, operacionalizada com as opções implementação de políticas, diretrizes e protocolos clínicos, obrigatoriedade de prescrição eletrónica, introdução do método da dose unitária, implementação de um sistema automatizado de apoio à gestão de medicação no SU, introdução de um sistema de código de barras/ QR Code, incentivar a formação em serviço na área segurança e qualidade, estímulo à cultura não punitiva do erro, e outra opção de carácter livre.

Relativamente à variável dependente, consideramos no presente estudo que a mesma é avaliada através de um conjunto de questões que medem a perceção sobre o papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação, sendo uma variável qualitativa ordinal, operacionalizada numa escala tipo *Likert*, de 5 pontos, com as opções “discordo totalmente” (score 1), “discordo”, “nem concordo nem discordo”, “concordo”, e “concordo totalmente” (score 5) composta por nove questões (Q1 a Q9) sendo a Q1 *“O enfermeiro gestor tem um papel importante na equipa no sentido de desenvolver uma cultura de segurança promotora de sistemas e práticas profissionais mais seguras”*; Q2 *“O enfermeiro gestor tem um papel importante na equipa no sentido de desenvolver uma cultura de segurança promotora de sistemas e práticas profissionais mais seguras”*; Q3 *“O enfermeiro gestor garante e contribui para o desenvolvimento da prática profissional baseada na evidência”*; Q4 *“O enfermeiro gestor garante a implementação da melhoria contínua da*

qualidade dos cuidados de enfermagem"; Q5 *"O enfermeiro gestor promove o planeamento e assegura a organização, a coordenação e a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem, prestados pelos enfermeiros integrados na equipa"*; Q6 *"O enfermeiro gestor promove a utilização e garante a atualização das normas de boas práticas"*; Q7 *"O enfermeiro gestor promove a integração de sistemas de informação e incentiva a utilização de tecnologias de informação"*; Q8 *"O enfermeiro gestor promove ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas"*; Q9 *"O enfermeiro gestor promove a formação e o desenvolvimento de competências e da prática de enfermagem"* do instrumento de colheita de dados (Apêndice I).

5.6. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Existem vários instrumentos na área de investigação que permitem efetuar a colheita de dados, todos eles possuem uma finalidade única, recolher a maior quantidade possível de informação para o estudo junto dos participantes. A escolha do instrumento de recolha de dados mais adequada, depende de vários itens do processo de investigação, de entre eles, do tipo de fenómeno, do objetivo do estudo, da questão de investigação, das hipóteses, do nível de conhecimento do investigador sobre as variáveis e das características da população (Fortin et al., 2009).

Dada a natureza da problemática em análise, optou-se por realizar a colheita de dados com recurso a um questionário individual de autopreenchimento e anónimo.

Segundo Fortin et al. (2009) questionário é um método de colheita de dados, que exige dos participantes respostas escritas a um conjunto de perguntas e que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ainda ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de modo que as informações possam ser colhidas de forma rigorosa, e apesar de não se conseguir respostas tão elaboradas como na entrevista, o investigador consegue controlar de forma mais precisa os enviesamentos.

Ao escolher o questionário anónimo e online, tivemos em conta a amostra, já que esta é constituída exclusivamente por enfermeiros a exercer funções no SU do HPH assim como o fenómeno em estudo, o erro terapêutico, sendo uma temática bastante delicada, que pode originar alguma inquietação e preocupação nos participantes, deste modo, sendo anónimo, a amostra pode expressar-se livremente, de forma segura e sem medos.

A grande parte dos dados em investigação clínica são colhidos por meio de questionário, sendo que a qualidade dos resultados depende destes instrumentos (Hulley et al., 2015). Todavia, estes autores reconhecem que, por vezes, dada a escassez de instrumentos em determinadas áreas temáticas, emerge a necessidade de criar questionários que explorem de forma sistemática determinado conceito relevante. Considerando que o questionário deve fornecer dados que permitam testar adequadamente as hipóteses da investigação (Hill, M. & Hill, A., 2009), optou-se pela construção de um questionário que fosse ao encontro dos objetivos estabelecidos para a presente investigação. A construção do mesmo teve por base o enquadramento conceptual e o Regulamento n.º 101/2015 da OE do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor.

A versão inicial do questionário foi submetida à avaliação de um painel de peritos na área (um investigador e três enfermeiros) para avaliar quanto à sua adequação aos objetivos, critérios e forma de apresentação. Este processo de acordo com Hulley et al. (2015) minimiza atritos na interpretação de conceitos ou questões pouco claras, visando o uso de termos simples e concretos. Além disto, de acordo com os mesmos autores, o contributo de membros de investigação mais experientes possibilita que cada item seja alvo de análise, identificando se a questão formulada avalia as características pretendidas.

Após a formulação do questionário, é importante para o sucesso da investigação a realização de um pré-teste.

5.6.1. Pré-teste

Como refere Fortin et al. (2009, p.386) “o pré-teste é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto da uma amostra reduzida (entre 10 a 20 pessoas) da população alvo. Procedimento que permite validar e clarificar algumas questões, e resolver eventuais dificuldades relacionadas com a incompreensão, melhorando o instrumento de recolha de dados, para que o mesmo responda efetivamente aos problemas colocados pelo investigador”. De acordo com Hulley et al. (2015), os pré-testes devem ser conduzidos com o objetivo de esclarecer, refinar e medir a duração da aplicação de um instrumento. Deste modo, possibilita ao investigador avaliar se uma questão criada produz um conjunto adequado de respostas.

Assim, com base nestes pressupostos, foi desenvolvido o pré-teste do questionário elaborado e recorreu-se a um grupo de enfermeiros composto por pessoas relevantes para a questão de investigação. Assim sendo, através de uma amostra heterogénea composta por 10 enfermeiros com diferentes idades, grau académico e cargo profissional foram convidados a analisar e responder ao questionário elaborado, identificando conceitos ou questões pouco claras. O tempo de preenchimento e as dificuldades sentidas neste processo foram devidamente registadas.

Deste processo resultaram reformulações semânticas, reformulação de termos e questões dúbias e estruturais, e transformação de questões abertas em resposta de escolha múltipla com introdução de novas questões. Ainda nesta fase, foram reordenadas algumas das questões elaboradas, na medida em que de acordo com Fortin et al. (2009) a ordem de apresentação pode influenciar a atitude dos respondentes. A versão final do questionário individual pode ser encontrada em Apêndice I.

5.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E FORMAIS

No Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) abordam-se questões relacionadas com a ética na prática de enfermagem.

No número 1 do artigo 8º pode ler-se “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015, p.101).

Fortin et al. (2009, p.405) referem que “qualquer investigação conduzida junto de seres humanos, deve ser avaliada do ponto de vista ético”, pelo que é determinante “tomar em conta a responsabilidade do investigador a respeito da proteção dos direitos da pessoa” (Fortin et al., 2009, p.180). Para Hulley et al. (2015), a realização de investigação clínica implica que o investigador garante a preservação dos princípios éticos, especialmente o de respeito, beneficência e justiça.

No decurso deste estudo foi assegurado o cumprimento de todos os procedimentos ético-legais associados ao processo da investigação, nomeadamente as recomendações da “Declaração de Helsínquia” (*World Medical Association*, 2013).

A abordagem inicial para este estudo foi realizada presencialmente, abordando o Enfermeiro gestor do SU do HPH assim como o Diretor do SU do HPH, explicando o

intuito e procedimentos inerentes à presente investigação, solicitando o parecer sobre a sua realização (Apêndice II e III, respetivamente).

Posteriormente, como referenciado, o projeto de investigação foi submetido a apreciação pela Comissão de Ética e Conselho de Administração da instituição visada, tendo sido obtido parecer favorável à sua realização (Anexos I e II, respetivamente). É de salientar que a Comissão de Ética deliberou, por unanimidade, nada opor à realização deste estudo, sugerindo que a idade fosse referida por intervalos para melhor preservar a confidencialidade de dados, o que foi tomado em consideração pela investigadora.

Relativamente ao questionário aplicado elaboramos um documento de consentimento informado (Apêndice IV), claro e sucinto, onde foram abordadas questões como a temática e informações a serem recolhidas, a natureza voluntária do consentimento, riscos e benefícios de participação, proteção do anonimato e confidencialidade, entre outros.

5.8. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Inserindo-se o estudo no paradigma quantitativo, após a recolha dos dados, temos que realizar a análise da informação recolhida, com o apoio de técnicas de análise estatística, pois como lembra Polit e Beck (2011, p.430) “sem a estatística, os dados quantitativos seriam uma massa caótica de números”. O tratamento estatístico procura sistematizar, interpretar e transmitir a informação fornecida pelos dados (*idem*).

Para a realização da análise estatística foi utilizado o Software IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 28, para *Windows*.

A caracterização da amostra e das variáveis integradas no presente estudo, exploradas através de questionário, foi possível através do recurso à estatística descrita, nomeadamente: à distribuição de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média, mediana e moda) e de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo), conforme as variáveis.

Analisámos a qualidade psicométrica do instrumento de colheita de dados utilizado, nomeadamente a sua estrutura dimensional e a consistência interna, através da análise fatorial exploratória, pelo método de componentes principais e determinação do coeficiente *Alpha de Cronbach* (α).

Previamente à extração dos fatores e, de acordo com Pestana e Gageiro (2000), procedeu-se à determinação da medida de adequabilidade da amostra através do teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e índice de esfericidade de Bartlett, reunindo condições para prosseguirmos com a análise fatorial. Utilizámos, também, a análise das comunalidades (h^2) como indicador que permite verificar se a amostra é adequada à prossecução da análise fatorial (Tabachnick & Fidell, 1996).

A análise fatorial, sendo a medida de validade de construto, permite verificar em que medida os fatores teóricos obtêm uma tradução empírica. Nesse sentido, com o objetivo de identificar a estrutura das dimensões iniciou-se o procedimento submetendo os 9 itens do questionário sobre a relevância do papel do enfermeiro gestor na garantia das melhores práticas profissionais de forma a reduzir a ocorrência de erros de medicação no SU, à análise fatorial, usando o método de componentes principais.

Na análise inferencial recorreremos a vários procedimentos estatísticos para testar as hipóteses traçadas no início da investigação. O pressuposto da distribuição normal da variável dependente foi avaliado pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, sendo a homogeneidade da variância avaliado com o teste de Levene. Assim, de acordo com os resultados, utilizamos testes paramétricos, nomeadamente o coeficiente de correlação de *Pearson* (r) e o Teste t de *Student* para amostras independentes, e testes não paramétricos, particularmente o coeficiente de correlação de *Spearman* (ρ_s). Consideramos um nível de significância estatística de $p \leq 0.05$.

PARTE III: ESTUDO EMPÍRICO

A elaboração de um trabalho com metodologia científica consiste na expressão por escrito dos resultados da investigação pois, como nos lembram Fortin et al. (2009, p.505) “os resultados de investigação que não são comunicados à comunidade científica têm poucas consequências”.

Assim, no presente capítulo, irão ser apresentados os dados obtidos no decurso da investigação através da aplicação do instrumento de colheita de dados à amostra do estudo, reportando-se à questão de investigação e aos objetivos previamente delineados. Pretendo ser clara e sucinta na apresentação dos resultados obtidos, de modo a proporcionar uma rápida visualização e interpretação dos mesmos.

Como menciona Fortin et al. (2009, p.495) “a simples apresentação dos resultados não é suficiente. É preciso apreciá-los e interpretá-los”.

Assim, uma vez concluída a apresentação e a análise dos dados obtidos e para uma melhor compreensão dos resultados, vamos proceder à sua discussão.

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

6.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA

A amostra do presente estudo é composta por 63 enfermeiros que desempenham funções no SU de um hospital público português, dos quais 81% pertencem ao género feminino e 19% ao género masculino como se verifica na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos enfermeiros de acordo com o género

GÉNERO	n	%
Masculino	12	19.05
Feminino	51	80.95
Total	63	100.00

n=frequência absoluta; % frequência relativa

Os enfermeiros têm idades compreendidas entre os 20 e os 60 anos. A maioria dos enfermeiros têm entre 20 e 40 anos (74.61%), sendo que apenas dois têm idades compreendidas entre os 51 e os 60 anos, como apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos enfermeiros por classe etária

CLASSE ETÁRIA	n	%
20 aos 30 anos	24	38.10
31 aos 40 anos	23	36.51
41 aos 50 anos	14	22.22
51 aos 60 anos	2	3.17
Total	63	100.00

n=frequência absoluta; % frequência relativa

Da análise da Tabela 3 verifica-se que dos 63 enfermeiros, 52.38% têm formação pré-graduada e 47.62% formação pós-graduada.

Tabela 3. Distribuição dos enfermeiros por habilitações académicas

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS	n	%
Licenciatura	33	52.38
Pós-Graduação	15	23.81
Pós-Licenciatura de Especialização	12	19.05
Mestrado	3	4.76
Total	63	100.00

n=frequência absoluta; % frequência relativa

Da amostra obtida verifica-se que os enfermeiros participantes detêm entre 0 e 34 anos de experiência profissional em SU, conforme Tabela 4, com um tempo médio de 8.63 anos (DP=8.02).

Tabela 4. Distribuição dos enfermeiros por tempo de experiência profissional, em anos, em Serviço de Urgência

	n	min.	max.	\bar{x}	DP
TEMPO EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM SU	63	0	34	8.63	8.02

n=frequência absoluta; min.=mínimo; max.=máximo; \bar{x} = média; DP= desvio padrão

6.2. ANÁLISE DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Relativamente à Tabela 5 podemos constatar que a Q1 “O enfermeiro gestor tem um papel importante na equipa no sentido de desenvolver uma cultura de segurança promotora de sistemas e práticas profissionais mais segura” apresenta o valor médio mais elevado (M=3.94; DP=0.93) e a Q3 “O enfermeiro gestor garante e contribui para o desenvolvimento da prática profissional baseada na evidência” apresenta o valor médio mais baixo (M=3.65; DP=0.92).

Tabela 5. Estatísticas de caracterização dos itens do questionário em termos de mínimos, máximos, médias e desvio-padrão

	n	min.	max.	\bar{x}	DP
Questão 1	63	1	5	3.94	0.93
Questão 2	63	1	5	3.78	0.91
Questão 3	63	1	5	3.65	0.92
Questão 4	63	1	5	3.79	0.90
Questão 5	63	1	5	3.78	0.94
Questão 6	63	1	5	3.79	0.90
Questão 7	63	1	5	3.73	1.00
Questão 8	63	1	5	3.67	0.97
Questão 9	63	1	5	3.86	0.95

n=frequência absoluta; min.=mínimo; max.=máximo; \bar{x} = média; DP= desvio padrão

No sentido de avaliar a relação entre os vários itens do questionário recorreremos a uma matriz de correlações, apresentada na Tabela 6.

A matriz de correlações de todas as questões (Q1 a Q9) indica que todas se relacionam entre si, sendo as correlações positivas e estatisticamente significativas ($p < 0.05$).

As correlações entre os vários itens do instrumento de colheita de dados moderadas a fortes, sendo entre a Q1 “O enfermeiro gestor tem um papel importante na equipa no sentido de desenvolver uma cultura de segurança promotora de sistemas e práticas profissionais mais segura” e a Q8 “O enfermeiro gestor promove ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas” que se verifica a correlação de menor intensidade ($r=0.585$).

Tabela 6. Tabela de correlação inter-itens do instrumento de colheita de dados

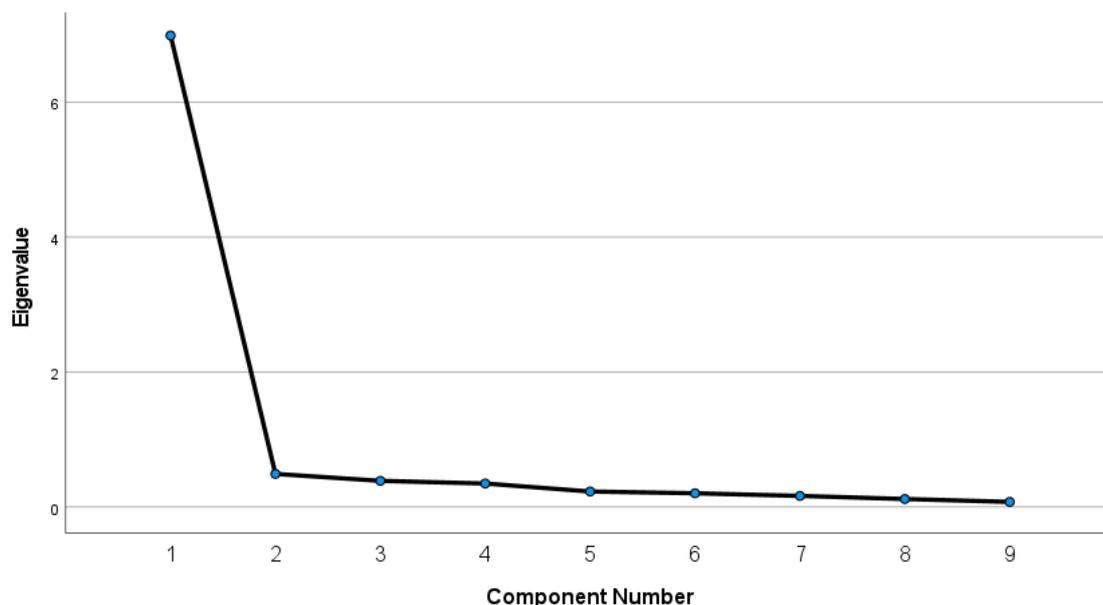
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9
Q1	1.000								
Q2	0.710	1.000							
Q3	0.653	0.855	1.000						
Q4	0.715	0.852	0.789	1.000					
Q5	0.665	0.755	0.730	0.820	1.000				
Q6	0.657	0.793	0.750	0.821	0.839	1.000			
Q7	0.603	0.678	0.719	0.669	0.738	0.794	1.000		
Q8	0.585	0.779	0.756	0.771	0.786	0.808	0.720	1.000	
Q9	0.684	0.826	0.701	0.871	0.796	0.758	0.688	0.756	1.000

Q=questão

De acordo com os dados do teste de adequabilidade da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0.918), assim como da análise do teste de esfericidade de Bartlett ($p=0.001$ [≤ 0.05]), reúnem-se condições para prosseguirmos com a análise fatorial exploratória.

Da análise fatorial exploratória, pelo método de componentes principais, a análise do *scree plot* (Gráfico 1) aponta para a existência de um único fator principal (fator 1), que explica 77.68% da variância total.

Gráfico 1. Gráfico de autovalores (*Scree Plot*)



De acordo com os dados obtidos da análise fatorial exploratória, apresenta-se na Tabela 7 os dados relativos aos pesos fatoriais, comunalidades, médias, desvios-padrão e correlações corrigidas do questionário papel do enfermeiro gestor na garantia das melhores práticas profissionais de forma a reduzir a ocorrência de erros de medicação. Produziu-se para cada item, a carga fatorial (saturação) no fator, que indica a correlação entre o item e o fator, de tal forma que quanto mais próximo de 100% de covariância, melhor é considerado o item, uma vez que representa fortemente o traço latente medido pelo fator. Portanto, a descrição dos fatores em termos dos itens que o constituem é feita com base na magnitude das correlações (Watson & Thompson, 2006).

É de salientar que todas as questões apresentam pesos fatoriais superiores a 0.786 o que de acordo com o parágrafo anterior são valores de saturações bastante altos. Todos os pesos fatoriais (*factor loadings*) são muito elevados sendo o mais alto o relativo à Q4 “O enfermeiro gestor garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem” (0.924) e o mais baixo Q1 “O enfermeiro gestor tem um papel importante na equipa no sentido de desenvolver uma cultura de segurança promotora de sistemas e práticas profissionais mais seguras” (0.786).

As comunalidades oscilaram entre 0.618 e 0.854 com uma média de 0.777.

Tabela 7. Saturações Fatoriais e Comunalidades, Médias, Desvios-Padrão e Correlações Corrigidas do questionário papel do enfermeiro gestor na garantia das melhores práticas profissionais de forma a reduzir a ocorrência de erros de medicação (n=63)

	Fator 1	h ²	\bar{x}	DP	r
Questão 1	0.786	0.618	3.94	0.93	0.618
Questão 2	0.916	0.839	3.78	0.91	0.839
Questão 3	0.877	0.770	3.65	0.92	0.770
Questão 4	0.924	0.854	3.79	0.90	0.854
Questão 5	0.901	0.811	3.78	0.94	0.811
Questão 6	0.912	0.832	3.79	0.90	0.832
Questão 7	0.832	0.692	3.73	1.00	0.692
Questão 8	0.880	0.774	3.67	0.97	0.774
Questão 9	0.895	0.801	3.86	0.95	0.801

h²- Comunalidades; \bar{x} = média; DP= desvio padrão; r- correlação

Para analisar a fiabilidade recorreremos ao cálculo do coeficiente *Alpha* de *Cronbach* das várias questões.

O *Alpha de Cronbach* permite avaliar se um conjunto de itens ou variáveis, está realmente relacionado com a dimensão, e se avalia o que se propôs medir, pelo que a estimativa da fiabilidade dos dados obtidos pode-nos informar sobre a precisão do instrumento (Maroco & Marques, 2006).

Obeve-se um *Alpha de Cronbach* de 0.96, evidenciando muito boa fiabilidade interna.

6.3. CARACTERIZAÇÃO DO ERRO DE MEDICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Relativamente aos erros de medicação reportados pelos enfermeiros é de salientar após a análise da Tabela 8, que 24% referem que na sua prática profissional já vivenciaram ou presenciaram um *near miss* (incidente que não envolveu o doente), sendo o erro mais reportado, o incidente sem dano (envolveu o doente, mas não causou dano discernível) com 68% e apenas 5 enfermeiros reportaram o incidente com dano (envolveu o doente e causou dano).

Tabela 8. Distribuição dos tipos de erro de medicação reportados pelos enfermeiros

TIPOS DE ERRO	n	%
<i>Near miss</i>	15	23.81
Incidente sem dano	43	68.25
Incidente com dano	5	7.94
Total	63	100.00

n=frequência absoluta; % frequência relativa

De acordo com os resultados obtidos, conforme Tabela 9, os participantes referem que existe maior ocorrência de erro de medicação na fase de administração (49%), seguida da fase de preparação (33%) e apenas 2 enfermeiros reportam a sua ocorrência na fase de dispensa, transporte e armazenamento do medicamento.

Tabela 9. Caracterização do contexto da ocorrência do erro de medicação

FASE DO PROCESSO	n	%
Prescrição	9	14.29
Dispensa, transporte e armazenamento	2	3.17
Preparação	21	33.33
Administração	31	49.21
Total	63	100.00

n=frequência absoluta; % frequência relativa

Na caracterização do tipo erro de medicação podemos afirmar, após análise dos resultados, que 25% dos enfermeiros referem doente errado assim como outros 25% referem dose errada. Apenas 2 enfermeiros apontam para o momento errado e 10 para o medicamento errado.

Quando questionados acerca das causas precipitantes do erro de medicação (Tabela 10), é de salientar, após a análise detalhada dos dados obtidos que o ambiente de trabalho é considerado por 59% dos enfermeiros, como sendo a principal causa precipitante do erro de medicação seguida dos fatores individuais com 43%. A causa equipamento foi a que deteve menor frequência pois apenas foi referida por 2 enfermeiros.

Tabela 10. Distribuição das causas precipitantes do erro de medicação

CAUSAS	SIM		NÃO		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%
Instituição	11	17.46	52	82.54	63	100.00
Ambiente de trabalho	37	58.73	26	41.27	63	100.00
Equipa	15	23.81	48	76.19	63	100.00
Fatores individuais	27	42.86	36	57.14	63	100.00
Fármaco	20	37.75	43	68.25	63	100.00
Equipamento	2	3.17	61	96.83	63	100.00

n=frequência absoluta; % frequência relativa

Da análise dos resultados obtidos, apresentados na Tabela 11, podemos constatar quais foram as medidas de mitigação de dano implementadas pelos enfermeiros quando confrontados com um erro de medicação na sua prática clínica. A medida de mitigação

que obteve maior frequência foi que o enfermeiro vivenciou e aprendeu com a situação individualmente (medida de aprendizagem individual), em 86% das situações, seguida de um aumento de vigilância do utente em 54% dos casos.

É de salientar que apenas 9 enfermeiros notificaram o erro de medicação na plataforma da DGS Notific@.

Tabela 11. Distribuição das medidas de mitigação de dano realizadas

MEDIDAS DE MITIGAÇÃO E APRENDIZAGEM	SIM		NÃO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Vigilância do utente	34	53.97	29	46.03	63	100.00
Solicitação de intervenção médica	17	26.98	46	73.02	63	100.00
Notificação ao enfermeiro responsável/ chefe	22	34.92	41	65.08	63	100.00
O profissional vivenciou e aprendeu com a situação individualmente	54	85.71	9	14.29	63	100.00
Notificação na plataforma da DGS Notific@	9	14.29	54	85.71	63	100.00

n=frequência absoluta; % frequência relativa

Quando questionados os enfermeiros acerca das medidas que consideram preventivas e que contribuem para a redução do erro de medicação, como podemos verificar na Tabela 12, a identificação inequívoca do doente, foi a medida preventiva que os participantes destacaram com maior frequência (65%), seguida da preparação da terapêutica antes da sua administração (56%) e o método individual de trabalho (44%). Apenas 8 enfermeiros referem que o circuito do doente no SU é uma medida de carácter preventivo.

Tabela 12. Distribuição da opinião dos enfermeiros sobre as medidas preventivas que contribuem para a redução do erro de medicação

MEDIDAS PREVENTIVAS	SIM		NÃO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Método individual de trabalho	28	44.44	35	55.56	63	100.00
Aumento da concentração	27	42.86	36	57.14	63	100.00
Preparação da terapêutica antes da sua administração	35	55.56	28	44.44	63	100.00
Identificação inequívoca do doente	41	65.08	22	34.92	63	100.00
Existência de elementos mais experientes na equipa	11	17.46	52	82.54	63	100.00
Circuito do doente no SU	8	12.70	55	87.30	63	100.00
Formação em serviço	11	17.46	52	82.54	63	100.00

n=frequência absoluta; % frequência relativa

Com os resultados obtidos e apresentados na Tabela 13, os participantes foram questionados no sentido de perceber qual era a sua opinião acerca das estratégias que poderão ser implementadas pelo enfermeiro gestor, de forma a diminuir a ocorrência de erros de medicação no SU, sendo que a formação em serviço foi a estratégia que obteve maior frequência com 57%, seguida da implementação de políticas, diretrizes e protocolos clínicos com 56%, e a obrigatoriedade de prescrição eletrónica com 49%. Apenas 14 enfermeiros referem a introdução do método da dose unitária como uma estratégia para a diminuição da ocorrência de erro.

Tabela 13. Distribuição da opinião dos enfermeiros sobre as estratégias a implementar pelo enfermeiro gestor para diminuir a ocorrência de erros de medicação no Serviço de Urgência

ESTRATÉGIAS PARA A DIMINUIÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ERRO	SIM		NÃO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Implementação de políticas, diretrizes e protocolos clínicos	35	55.56	28	44.44	63	100.00
Obrigatoriedade de prescrição eletrônica	31	49.21	32	50.79	63	100.00
Introdução do método da dose unitária	14	22.22	49	77.78	63	100.00
Implementação de um sistema automatizado de apoio à gestão de medicação no SU	27	42.86	36	57.14	63	100.00
Introdução de um sistema de código de barras/ QR Code	17	26.98	46	73.02	63	100.00
Formação em serviço	36	57.14	27	42.86	63	100.00
Cultura não punitiva do erro	26	41.27	37	58.73	63	100.00

n=frequência absoluta; % frequência relativa

6.4. PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR NA REDUÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ERROS DE MEDICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

No questionário é solicitada a opinião dos enfermeiros da amostra face a afirmações relativas ao papel do enfermeiro gestor na garantia das melhores práticas profissionais de forma a reduzir a ocorrência de erros de medicação no SU. Os resultados encontram-se reunidos na Tabela 14 e constata-se que 48% dos participantes concordam que o enfermeiro gestor promove a utilização de normas atualizadas de boas práticas, sendo esta a afirmação que deteve maior concordância. Em segundo lugar com 46% os enfermeiros concordam em igualdade de percentagem que o enfermeiro gestor desenvolve uma cultura de segurança promotora de sistemas e práticas profissionais mais seguras e garante o cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, gerais e especializados.

Dos participantes, 29% concordam totalmente com as afirmações em que o enfermeiro gestor tem um papel importante na equipa no sentido de desenvolver uma cultura de segurança promotora de sistemas e práticas profissionais mais seguras e que o enfermeiro gestor promove a formação e o desenvolvimento de competências e da prática de enfermagem.

Numa descrição global, verifica-se que apenas um enfermeiro discorda totalmente com as nove afirmações acerca do papel do enfermeiro gestor e apenas dois discordam totalmente acerca do papel do enfermeiro gestor na promoção de um ambiente seguro.

Tabela 14. Distribuição da opinião dos enfermeiros quanto ao papel do enfermeiro gestor na garantia das melhores práticas profissionais de forma a reduzir a ocorrência de erros de medicação no SU

PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR NA GARANTIA DAS MELHORES PRÁTICAS	DISCORDO		CONCORDO		CONCORDO TOTALMENTE	TOTAL
	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO		
Desenvolver uma cultura de segurança promotora de sistemas e práticas profissionais mais seguras	n=1 1.6%	n=4 6.3%	n=11 17.5%	n=29 46.0%	n=18 28.6%	n=63 100.0%
Cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, gerais e especializados	n=1 1.6%	n=4 6.3%	n=16 25.4%	n=29 46.0%	n=13 20.6%	n=63 100.0%
Garante e contribui para o desenvolvimento da prática profissional baseada na evidência	n=1 1.6%	n=5 7.9%	n=20 31.7%	n=26 41.3%	n=11 17.5%	n=63 100.0%
Garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem	n=1 1.6%	n=3 4.8%	n=18 28.6%	n=27 42.9%	n=14 22.2%	n=63 100.0%
Promove o planejamento, a coordenação e a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem	n=1 1.6%	n=5 7.9%	n=15 23.8%	n=28 44.4%	n=14 22.2%	n=63 100.0%
Promove a utilização de normas atualizadas de boas práticas	n=1 1.6%	n=4 6.3%	n=15 23.8%	n=30 47.6%	n=13 20.6%	n=63 100.0%
Promove a integração de sistemas de informação incentivando a utilização de tecnologias de informação	n=1 1.6%	n=7 11.1%	n=15 23.8%	n=25 39.7%	n=15 23.8%	n=63 100.0%
Promove o ambiente seguro	n=2 3.2%	n=4 6.3%	n=19 30.2%	n=26 41.3%	n=12 19.0%	n=63 100.0%
Promove a formação e o desenvolvimento de competências e da prática de enfermagem	n=1 1.6%	n=3 4.8%	n=18 28.6%	n=23 36.5%	n=18 28.6%	n=63 100.0%

n=frequência absoluta; % frequência relativa

6.5 ANÁLISE INFERENCIAL

Após a realização da análise descritiva, foi efetuada a análise inferencial dos dados para testar as hipóteses formuladas.

H1: Há diferenças estatisticamente significativas na percepção sobre o papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação em função do gênero?

Com o intuito de verificar se existem diferenças na percepção sobre o papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação em função do gênero, procedeu-se à utilização do Teste *t* de *Student* para amostras independentes, assumindo-se a normalidade da distribuição e a homogeneidade da variância, de acordo com os resultados dos testes de Kolmogorov-Smirnov e de Levene ($p > 0.05$). Da análise dos resultados, não há evidência de diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ($t_{(61)} = -1.616$, $p = 0.111$), como se pode verificar na Tabela 15.

H2: Há diferenças estatisticamente significativas na percepção sobre o papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação em função das habilitações académicas?

De forma a verificar se existem diferenças na percepção sobre o papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação em função das habilitações académicas, procedeu-se à utilização do Teste *t* de *Student* para amostras independentes, assumindo-se a normalidade da distribuição e a homogeneidade da variância, de acordo com os resultados dos testes de Kolmogorov-Smirnov e de Levene ($p > 0.05$). Da análise dos resultados, não há evidência de diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ($t_{(61)} = -0.456$, $p = 0.650$), como se pode constatar na Tabela 15.

Tabela 15. Resultado do Teste *t* de *Student* relativamente à percepção do papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação em função do gênero e das habilitações académicas

PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR		n	\bar{x}	DP	t	p
Gênero	Masculino	12	3.44	0.95	-1.616	0.111
	Feminino	51	3.86	0.78		
Habilitações Académicas	Pré-Graduado	33	3.73	0.74	-0.456	0.650
	Pós-Graduado	30	3.83	0.92		

n=frequência absoluta; \bar{x} = média; DP= desvio padrão; t= Teste *t* de *Student*; p= significância

H3: Há relação estatisticamente significativa entre a percepção sobre o papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação e a idade dos enfermeiros?

Para verificar a relação existente entre a percepção sobre o papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação e a idade dos enfermeiros, procedeu-se à utilização do Coeficiente de Correlação de *Spearman*. Da análise dos resultados há evidência de relação estatisticamente significativa entre as variáveis ($\rho_s = -0.341$; $p = 0.006$) apesar de ser uma correlação fraca e negativa, como podemos verificar na Tabela 16. Assim, os dados indicam que quanto maior a idade dos enfermeiros, menor tende a ser a sua percepção sobre a relevância do papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação.

Tabela 16. Resultado da correlação de *Spearman* relativamente à percepção do papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação em função da idade dos enfermeiros

PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR	n	ρ_s	p
Faixa etária (anos)	63	-0.341	0.006

n=frequência absoluta; ρ_s = Coeficiente de Correlação de *Spearman*; p= significância

H4: Há relação estatisticamente significativa entre a percepção sobre o papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação e o tempo de experiência profissional no SU?

Para verificar a relação existente entre a percepção sobre o papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação e o tempo de experiência profissional no SU, procedeu-se à utilização do coeficiente de correlação de *Pearson*. Com a aplicação do coeficiente e análise da respetiva significância, não há evidência de relação estatisticamente significativa entre as variáveis ($r = -0.240$; $p = 0.058$) como podemos confirmar na Tabela 17.

Tabela 17. Resultado da correlação de *Pearson* relativamente à percepção do papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação em função do tempo de experiência profissional no SU

PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR	n	r	p
Tempo experiência profissional no SU (anos)	63	-0.240	0.058

n=frequência absoluta; r= Coeficiente de Correlação de *Pearson*; p= significância

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, daremos ênfase aos aspetos mais significativos que emergiram dos resultados mais relevantes do estudo, tendo em conta os objetivos delineados e a questão de investigação formulada, efetuando uma apreciação crítica dos resultados, confrontando-os com os de outros estudos, tendo em conta o enquadramento teórico que deu suporte ao estudo.

Este estudo foi efetuado num hospital da região norte, com o objetivo geral de perceber quais as estratégias que poderão ser implementadas pelo enfermeiro gestor no SU de forma a diminuir a ocorrência de erros de medicação.

Aquando da aplicação do instrumento de colheita de dados o SU do HPH era composto por, segundo dados fornecidos pelo enfermeiro gestor, 88 enfermeiros tendo-se obtido 63 questionários válidos, conseguindo assim uma taxa de adesão ao estudo de 71.6%, o que na minha perspetiva foi um ótimo resultado tendo em conta que sabemos a priori que a adesão a este tipo de estudos é normalmente mais baixa.

Da amostra recolhida, 81% são profissionais do sexo feminino, o que vai de encontro aos dados estatísticos da OE (2021), uma vez que segundo a OE (2021), a maior percentagem de enfermeiros são do sexo feminino (82%) e apenas 18% pertencem ao sexo masculino. Se nos reportarmos à história da enfermagem, da mulher e do cuidado, verificamos que estes três itens se interligam, sendo que as mulheres sempre desempenharam o papel de cuidadoras e como menciona Collière (1989, p. 40), “Durante milhares e milhares de anos, a prática de cuidados correntes, isto é, todos os cuidados que suportavam a vida de todos os dias, liga-se fundamentalmente às atividades da mulher”.

Verificamos também que 38.1% dos enfermeiros da amostra apresentava idades igual ou inferior a 30 anos o que vai de encontro aos dados estatísticos da OE (2021), que refere que existem 20.4% de enfermeiros com idade compreendida entre os 21 e os 30 anos, sendo assim uma amostra bastante jovem, e apenas 2 enfermeiros com idades compreendidas entre os 51 e os 60 anos. Este último dado recolhido não vai de encontro aos dados estatísticos da OE (2021) pois estes referem existir 15.4% de enfermeiros com idades compreendidas entre os 51 e os 60 anos. Verificou-se também que 52.38% dos profissionais só detêm formação pré-graduada (licenciatura), o que corrobora os dados estatísticos da OE (2021), pois segundo estes existem 77.3% de enfermeiros com

licenciatura. O tempo médio de experiência profissional em SU da amostra é de 8.63 anos.

Relativamente aos erros de medicação reportados pelos enfermeiros é de salientar que o erro mais reportado é o incidente sem dano (envolveu o doente, mas não causou dano discernível), com uma frequência relativa de 68%, o que corrobora o estudo realizado em Portugal por Sousa et al. (2011), que concluiu que 61% são incidentes que não causaram nenhum dano e apenas 5.7% causaram dano o que também vai de encontro aos resultados do nosso estudo, pois apenas 8% referiram o incidente com dano (envolveu o doente e causou dano). No presente estudo, é de salientar que, a % de incidentes com dano apesar de baixa foi ligeiramente superior ao estudo mencionado. Relativamente ao *near miss* (incidente que não envolveu o doente) concluímos que 24% referem que na sua prática profissional já vivenciaram ou presenciaram, o que vai de encontro à revisão integrativa realizada por Amaro et al. (2021), pois estes concluíram que os *near miss* são referidos nos cinco estudos analisados com uma variação de 6% a 96%.

Relativamente ao contexto da ocorrência do erro de medicação, os participantes referem que existe maior ocorrência de erro na fase de administração com 49%, seguida da fase de preparação com 33%, a fase de prescrição com 14% e apenas 3% dos enfermeiros reportam a sua ocorrência na fase de dispensa, transporte e armazenamento do medicamento. Segundo a revisão integrativa de Amaro et al. (2021) estes concluíram que os erros na fase de prescrição são os de maior recorrência, o que não vai ao encontro dos nossos resultados, pois este aparece em terceiro lugar no presente estudo. Segundo um estudo realizado no Brasil por Azevedo et al. (2015) os erros de medicação aconteceram durante a fase da prescrição com 45.4%, evidenciando-se uma frequência também superior à do presente estudo.

Na caracterização do tipo erro de medicação podemos afirmar, após análise dos resultados, que 25% dos enfermeiros referem doente errado assim como outros 25% referem dose errada, sendo estes dois os mais reportados com uma percentagem total de 50%. Apenas 2 enfermeiros apontam para o momento errado e 10 para o medicamento errado. De acordo com o estudo realizado por Volpe et al. (2016) dos 17 erros notificados, 64.70% foram erros de via de administração e 35.29% de medicamento errado o que não se assemelha aos nossos resultados, no entanto 29.41% foram erro de dose, sendo esta % próxima dos resultados obtidos no nosso estudo.

Segundo Paulino et al. (2021) no seu estudo destaca o medicamento errado com 21.6% e doente errado com 16.2%, aproximando-se dos resultados do nosso estudo.

Quando questionados acerca das causas precipitantes do erro de medicação é de salientar, após a análise detalhada dos dados obtidos que o ambiente de trabalho (interrupções constantes; espaço físico inadequado; ritmos de trabalho acelerados) é considerado por 59% dos enfermeiros como sendo a maior causa precipitante do erro de medicação seguida dos fatores individuais (cansaço, sobrecarga de trabalho, falta de competências, distração/fadiga) com 43%, a causa fármaco (sistemas de segurança, medicamentos LookAlike, Sound-Alike [LASA], conhecimentos insuficientes) com 38%, seguida da causa equipa (cultura punitiva do erro, falta de elementos mais experientes na equipa, relação com a chefia, falha de comunicação) com 24%, em penúltimo a causa instituição (dotações inadequadas, circuito do doente) com 17% e por último a causa equipamento (falta de recursos materiais, inadequada monitorização do doente) foi a que deteve menor frequência com 3%.

Tendo em conta os resultados obtidos, como a causa mais reportada foi o ambiente de trabalho é de extrema importância enfatizar a criação de condições para o seu melhoramento, o que também podemos comprovar no estudo de Azevedo et al. (2020) pois referem que devem ser criadas condições físicas e humanas para a prática segura dos cuidados, reduzindo a ocorrência de erros e assegurando a segurança do doente em SU.

A sobrecarga de trabalho e a falta de atenção são considerados fatores individuais e como podemos verificar, são a segunda causa mais reportada para a ocorrência do erro de medicação, e podemos constatar a mesma apreciação no estudo de Silva et al. (2022) pois referem que a sobrecarga de trabalho, a falta de atenção e o não seguimento de protocolos de segurança, podem fragilizar a segurança do doente levando à ocorrência de erros, conduzindo a um impacto financeiro para as unidades de saúde e um impacto emocional nos doentes, nos seus familiares assim como, também, nos profissionais de saúde. O mesmo se verifica no estudo de Carvalho et al. (1999), em que os fatores de risco para a ocorrência de erros estão mais relacionados com o próprio profissional, como a falta de atenção ou distração (33.8%) e a falta de conhecimento (16.9%) assim como no estudo de Athanasakis (2019), que conclui que o aumento da carga de trabalho e as distrações são dois fatores relacionados com o sistema que contribuem para a ocorrência de erros de medicação. É importante salientar que a

sobrecarga de trabalho de um profissional deixa-o muito mais vulnerável ao erro e o cansaço frequentemente é causa de distração (Corbellini et al., 2011).

No estudo de Paulino et al. (2021) destacam como causas do erro de medicação a equipa, como as falhas de comunicação; a falta de liderança e falhas na supervisão da equipa por parte do enfermeiro gestor; e os aspetos relacionados com o profissional reportando às suas características individuais e as atitudes e/ou experiências pessoais, sendo que no nosso estudo esta causa ficou em quarto lugar com 24%.

No estudo de Wagner et al. (2016) foi realizada uma pesquisa nos Países Baixos que demonstrou que, de todas as causas identificadas em mais de vinte instituições hospitalares, a maioria (70%) se relacionava com fatores humanos/profissionais, seguida de causas organizacionais/gestão (17%), técnicas (7%) e ao doente (6%). No estudo de Fragata (2009), como já referido anteriormente, os fatores humanos representam cerca de 60 a 70% das causas, os fatores imputáveis à organização ou ao sistema, cerca de 20 a 30%, existindo ainda fatores ditos de equipa e, uma percentagem mais pequena e incerta, resultará da variação inexplicável ou acaso, defendendo que a maior parte dos acidentes têm causas múltiplas.

As medidas de mitigação de dano realizadas pelos enfermeiros, quando confrontados com um erro de medicação na sua prática clínica, segundo os dados colhidos no nosso estudo e após a sua análise, a que obteve maior frequência foi que o enfermeiro vivenciou e aprendeu com a situação individualmente (medida de aprendizagem individual) tendo obtido 86%, seguida de um aumento de vigilância do utente com 54%. Em terceiro lugar com 35% foi a notificação ao enfermeiro responsável/chefe seguida da solicitação de intervenção médica com 27%. Podemos verificar que no estudo de Carvalho et al. (1999) as medidas tomadas perante um erro de medicação foram prestar cuidados ao doente (35%) e aumentar a sua observação (30%), o que não vai de encontro aos nossos resultados. Por último a notificação na plataforma da DGS Notific@ obteve 14%, o que significa que apenas 9 enfermeiros notificaram o erro de medicação na plataforma.

Este último dado, vai de encontro ao observado em outros estudos, onde se verifica uma subnotificação dos eventos, embora não tão significativo como no nosso estudo. Num estudo piloto desenvolvido pela DGS (2011a) verificou-se que 73% dos profissionais de saúde não notificou nenhum evento/ocorrência, sendo que noutra estudo desenvolvido igualmente pela DGS (2015a), 63% não notificaram nenhum evento, o que demonstra um aumento ligeiro da notificação de eventos por parte dos

profissionais. Outros estudos mostraram igualmente uma elevada percentagem de profissionais que não efetuaram nenhuma notificação, tais como Fernandes e Queirós (2011) com 80% de não notificação de eventos/ocorrências, Eiras (2011) obteve 73%, Peralta (2012) com 68.6%, Pimenta (2013) com 68%, Sousa (2013) obteve 68.7% e no estudo de Costa (2014), 77.9% não notificou nenhuma ocorrência.

Para Ramos e Trindade (2011) os principais obstáculos que levam à não notificação dos eventos passam pelo receio da culpabilização e punição pela instituição, pela dificuldade em aceitar o erro por parte dos profissionais e pela reduzida formação pós-graduada que existe sobre a segurança/gestão de risco. Segundo Geravandi et al. (2016) o medo da punição ainda é presente entre os profissionais, sendo um dos principais motivos para a não notificação dos casos, o que segundo o estudo de Guzzo et al. (2018) reforçam que a cultura da punição individual diante do erro deve ser desencorajada.

No que concerne às medidas que consideram preventivas e que contribuem para a redução do erro de medicação, a identificação inequívoca do doente foi a medida preventiva que os participantes destacaram com maior frequência com 65%, dado que 25% da nossa amostra, como analisado anteriormente, referiram doente errado na caracterização do tipo de erro. A preparação da terapêutica antes da sua administração ficou em segundo lugar (56%) e método individual de trabalho em terceiro (44%).

Segundo o estudo de Santos et al. (2019) a identificação do doente tem sido um dos pontos mais discutidos quando o tema é a sua segurança. Esta medida deve ser entendida como algo que garante que o cuidado prestado seja direcionado à pessoa a quem ele se destina, ou seja, prescrito e executado ao doente correto. Quanto aos procedimentos recomendáveis no processo de identificação dos doentes nas instituições de saúde, a identidade do doente deve ser confirmada previamente ao cuidado prestado, sobretudo se envolver administração de medicamentos. Segundo os mesmos autores, de forma a reduzir os erros de medicação, tem de se pensar em estratégias como educar os profissionais de saúde e utilizar sistemas informatizados.

É de salientar, como já foi referido anteriormente, que segundo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, assegurar a identificação inequívoca dos doentes é o objetivo estratégico nº5 e que este plano o visa atingir.

Segundo Miasso e Cassini (2000) e Abreu et al. (2013), uma das estratégias para que os enfermeiros se assegurem que a medicação é administrada ao doente certo, é a identificação correta dos doentes, não só nas camas, mas como, a utilização de

pulseiras identificativas no pulso dos doentes o que vai ao encontro dos resultados do nosso estudo.

A existência de elementos mais experientes na equipa foi referida como uma das medidas que os enfermeiros consideraram preventivas e que contribuem para a redução do erro de medicação com 17%. Como sabemos, os serviços têm normalmente equipas de enfermagem com diversos níveis de experiência. A literatura não é consensual sobre a experiência dos enfermeiros e a ocorrência de erros. A maior parte da literatura refere que o erro está associado à competência dos profissionais, sendo para isso necessária experiência. No estudo de Oliveira et al. (2015), estes concluíram que a idade dos enfermeiros influencia o seu nível de competência. Estes resultados estão de acordo com a premissa de Benner (2001), em que a competência se desenvolve ao longo da vida profissional; os peritos (...) têm uma enorme experiência, compreendem de maneira intuitiva cada situação e apreendem diretamente o problema sem se perderem com soluções e diagnósticos estéreis.

Alguns autores referem que enfermeiros com menos experiência não são capazes de reconhecer problemas tão eficientemente, o que se traduz numa prestação cuidados de enfermagem de baixa qualidade (Kim et al., 2016). No estudo de Koehn et al. (2016), muitos dos enfermeiros que cometiam erros eram “relativamente novos” e ainda aprendiam o seu “novo papel”, outros eram enfermeiros experientes, mas estavam a trabalhar numa unidade que não lhes era familiar.

Quando os participantes foram questionados no sentido de perceber qual era a sua opinião acerca das estratégias que poderão ser implementadas pelo enfermeiro gestor de forma a diminuir a ocorrência de erros de medicação no SU, a formação em serviço foi a estratégia que obteve maior frequência com 57%, seguida da implementação de políticas, diretrizes e protocolos clínicos com 56% e a obrigatoriedade de prescrição eletrónica com 49%. A implementação de um sistema automatizado de apoio à gestão de medicação no SU ficou em 4º lugar com 43% e a cultura não punitiva do erro ficou em penúltimo com 41%. Apenas 14 enfermeiros referem a introdução do método da dose unitária como uma estratégia para a diminuição da ocorrência de erro.

Segundo o estudo realizado por Dias et al. (2014), em contexto de serviço de urgência básico como estratégias para a melhoria da segurança, evidenciaram-se, em primeiro lugar a formação da equipa, corroborando os resultados do nosso estudo; seguido pelo aumento dos profissionais, afim de evitar a sobrecarga de trabalho; melhor organização do ambiente físico e padronização do serviço; mais supervisão do enfermeiro gestor sob

a equipa; melhoria da prescrição através de prescrições eletrónicas; e apenas um entrevistado aludiu à importância da não punição como estratégia, o que no nosso estudo esta estratégia ficou em quinto lugar de importância. No estudo de Alves (2020), os participantes evidenciaram o papel fundamental do enfermeiro gestor nas políticas operacionais, na existência de normas e procedimentos, na discussão com a equipa, na formação, na experiência profissional, na gestão de recursos humanos com uma organização eficaz dos turnos, como forma de prevenir o erro em enfermagem.

Quando questionados acerca das suas opiniões sobre o papel do enfermeiro gestor na garantia das melhores práticas profissionais de forma a reduzir a ocorrência de erros de medicação no SU, dos resultados obtidos constata-se que 48% dos participantes concordam que o enfermeiro gestor promove a utilização de normas atualizadas de boas práticas, sendo esta a afirmação que deteve maior concordância. Em segundo lugar com 46%, os enfermeiros concordam em igualdade de percentagem que o enfermeiro gestor desenvolve uma cultura de segurança promotora de sistemas e práticas profissionais mais seguras e garante o cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, gerais e especializados. Os participantes concordam totalmente com as afirmações em que o enfermeiro gestor tem um papel importante na equipa, no sentido de desenvolver uma cultura de segurança promotora de sistemas e práticas profissionais mais seguras (28.6%) e que o enfermeiro gestor promove a formação e o desenvolvimento de competências e da prática de enfermagem (28.6%). Podemos confirmar resultados idênticos no estudo de Correia e Forte (2017), pois estes concluíram que é importante que o enfermeiro gestor procure desenvolver estratégias de gestão do risco, desenvolvendo planos de atuação que promovam uma cultura de segurança, assim como no estudo de Alves (2020) em que os resultados apontam para a importância do enfermeiro gestor na resposta dos enfermeiros ao erro, promovendo os processos de aprendizagem, com recurso aos sistemas de notificação de incidentes.

Em resposta à Q7 relativa à promoção e integração de sistemas de informação incentivando a utilização de tecnologias de informação, 39.7% dos enfermeiros concordam, assim como 41.3% concordam que o enfermeiro gestor promove um ambiente seguro, questões corroboradas no estudo de Samico et al. (2021) pois segundo estes autores, a gestão assume um papel primordial competindo-lhe promover ambientes de prática de enfermagem favoráveis sem interrupções e implementar sistemas de segurança no uso da medicação.

No que concerne às quatro hipóteses formuladas inicialmente, apenas se evidencia a relação estatisticamente significativa entre a percepção sobre o papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação e a idade dos enfermeiros. Apesar de ser uma correlação fraca e negativa, os dados indicam que esta é estatisticamente significativa. Assim, podemos afirmar que quanto maior a idade dos enfermeiros, menor tende a ser a sua percepção sobre a relevância do papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação.

Tal facto pode dever-se à falta de experiência profissional dos grupos etários mais novos, o que podemos constatar no estudo de Kim et al. (2016), em que concluíram haver uma associação entre a experiência profissional dos enfermeiros e a ocorrência de erros de medicação, estando os enfermeiros com menos experiência associados a um maior número de erros. A diversidade de níveis de experiência ajuda a moderar essa associação, evidenciando o apoio dos enfermeiros com mais experiência. Os mesmos autores sugerem que enfermeiros com menos experiência recebam suporte/supervisão dos pares mais experientes. Roehrs et al. (2008) também salientam que os jovens enfermeiros devem ser orientados por outros mais velhos e experientes, que os ajudem a desenvolver a prática de comunicação e de cuidados.

Segundo o estudo de Oliveira et al. (2015), estes realçam a importância dos gestores no aumento da vigilância face às necessidades dos enfermeiros menos experientes, proporcionando uma integração efetiva e formação contínua, pois profissionais mais qualificados promovem cuidados de saúde de melhor qualidade e mais seguros, reduzindo o risco de infeções nosocomiais, quedas, úlceras por pressão e erros de medicação, resultando em internamentos mais curtos e num menor índice de mortalidade.

No entanto, resultados contrários também existem e no estudo de Landeiro (2005) este defende que, os lapsos são cometidos com maior frequência por enfermeiros experientes do que iniciantes que, no decorrer de gestos automáticos de repetição e em virtude da sua experiência, prestam menos atenção. Isto significa que segundo o seu estudo os enfermeiros com mais experiência, logo com idade superior tendem a cometer mais erros do que o pessoal menos experiente e com menor idade.

7.1. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

De forma a evitar a ocorrência de erros de medicação, contribuindo para a segurança do doente é determinante que as organizações adotem uma cultura de aprendizagem não punitiva. É importante que entre o enfermeiro gestor e os enfermeiros se desenvolvam políticas de comunicação abertas e de suporte. A gestão deve assegurar dotações seguras de enfermagem nos serviços, melhorar as condições do ambiente de trabalho da prática clínica e promover educação contínua da sua equipa.

Estou, por isso disposta a colaborar com o enfermeiro gestor no sentido de o apoiar na elaboração de diretrizes, políticas, e protocolos clínicos, na apresentação dos resultados obtidos nesta dissertação à equipa e na elaboração de formação em serviço no âmbito da qualidade e segurança, de forma a diminuir os erros de medicação e estímulo à cultura não punitiva do erro.

Observa-se escassez de pesquisa de evidência forte, acerca da ocorrência de erros de medicação na Europa. Esta dissertação permitiu identificar a complexidade subjacente a erros de medicação relacionados com o seu uso e enaltecer o papel do enfermeiro gestor na sua redução através da implementação de medidas, desempenhando um papel crucial no que concerne ao desenvolvimento de práticas baseadas na evidência.

Seria importante, em futuras investigações, dar continuidade a este estudo aplicando-o a uma amostra maior e em áreas geográficas distintas. Seria também importante, realizar pesquisa no âmbito de intervenções, como programas educativos e implementação de sistemas de medicação, que permitam perceber os resultados na segurança dos doentes. Sugiro, ainda, que em futuras investigações sejam aprofundadas as diferenças na experiência de erro entre os recém-formados e os enfermeiros experientes, já que essas diferenças podem requerer abordagens alternativas de apoio.

CONCLUSÃO

A segurança do doente é um princípio fundamental da enfermagem e um direito do doente. Os enfermeiros estão internamente envolvidos na prestação direta de cuidados de enfermagem de qualidade, sendo por isso responsáveis por participar ativamente na segurança dos doentes.

No entanto, existem evidências que na sua prática clínica, ocorram incidentes e *near miss* que surgem de uma combinação de fatores internos e externos aos enfermeiros e organizações. Os enfermeiros, devem por isso ser capazes de identificar os potenciais riscos para o erro, garantir a segurança do doente e entender as suas responsabilidades profissionais face ao erro.

A presente investigação teve como finalidade perceber de que forma podemos diminuir a ocorrência de erros de medicação na nossa prática diária, enaltecendo a importância do enfermeiro gestor neste processo. Surgiu então a necessidade de perceber quais as estratégias que poderão ser implementadas pelo enfermeiro gestor de forma a diminuir a ocorrência de erros de medicação num SU.

O objetivo geral e os objetivos específicos foram todos alcançados com sucesso. É de destacar que a formação em serviço; a implementação de políticas, diretrizes e protocolos clínicos; a obrigatoriedade de prescrição eletrónica; a implementação de um sistema automatizado de apoio à gestão de medicação no SU; e a cultura não punitiva do erro são as estratégias que poderão ser implementadas pelo enfermeiro gestor de forma a diminuir a ocorrência de erros de medicação no SU. O incidente sem dano foi o erro de medicação mais reportado seguido do *near miss*. A fase do processo de gestão de medicação mais referenciada foi a fase de administração, seguida da fase de preparação. O ambiente de trabalho seguido dos fatores individuais foram as causas precipitantes do erro na gestão de medicação mais reportadas. Quanto às medidas de mitigação de dano realizadas pelos profissionais quando confrontados com um erro de medicação, 86% vivenciaram e aprenderam com o erro individualmente, 54% aumentou a vigilância do doente e 35% notificou o enfermeiro responsável. Apenas 14% notificou o erro na plataforma da DGS Notific@. Quanto às medidas preventivas propostas pelos profissionais, a identificação inequívoca do doente foi a que obteve maior percentagem seguida da preparação de terapêutica antes da sua administração. Quando analisamos a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais na perceção dos

enfermeiros sobre o papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação, verificamos através dos dados que apenas a hipótese relacionada com a idade dos enfermeiros foi confirmada, apesar de ser uma correlação fraca e negativa.

No meio hospitalar, os riscos são abundantes, mas a sua análise e a elaboração de um plano estratégico para a sua prevenção tentam minimizar a sua ocorrência e os efeitos nefastos para as organizações. No entanto, quando as diferentes barreiras de prevenção do erro não se alinham ou os riscos se combinam com outros elementos de difícil controlo, os resultados podem ser adversos. O setor da saúde é constantemente sujeito a mudanças, que geram a necessidade de reanalisar e reformular os planos estratégicos para a prevenção de incidentes. Assim, o enfermeiro gestor assume um papel fundamental e estrutural na construção dos planos de prevenção de incidentes e na manutenção do nível dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos, de forma a garantir a qualidade em saúde.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde com maior contacto com os doentes, estando, muitas vezes, responsáveis, simultaneamente, por diversos doentes a quem têm de assegurar cuidados de grande complexidade, o que aumenta a probabilidade de cometerem um erro, principalmente no contexto de SU. Os resultados obtidos evidenciaram que os enfermeiros estão conscientes das suas limitações e dos fatores externos e internos que contribuem para a ocorrência do erro, considerando o ambiente de trabalho e os fatores individuais como as principais causas do erro de medicação.

Para se avaliar e reduzir o risco de errar, conhecer o erro é um fator essencial. Tendo em vista a regulamentação das práticas seguras e melhoria dos sistemas organizacionais em uso, surgiram os sistemas de notificação de incidentes. É importante salientar que as medidas de mitigação de dano reportadas pelos enfermeiros, quando confrontados com um erro de medicação na sua prática clínica, a maior percentagem foi em termos de aprendizagem individual e a menor percentagem foi a notificação da sua ocorrência, neste caso através da plataforma Notific@. Face a estes resultados consideramos que o enfermeiro gestor tem um papel relevante na estimulação dos enfermeiros para a adesão ao sistema e à notificação da sua ocorrência.

Os mecanismos que levam os profissionais a falhar são vários e complexos, sendo necessário que as organizações e os seus profissionais, nomeadamente a gestão se empenhem na adoção de medidas de prevenção. Os participantes evidenciaram o papel fundamental do enfermeiro gestor na resposta ao processo, intrínseco e extrínseco, que

o erro desencadeia, concluindo que consideram que há um trabalho a ser desenvolvido para a prevenção do erro. A identificação inequívoca do doente, a preparação da terapêutica antes da sua administração, o método individual de trabalho, o aumento da concentração e a formação em serviço foram algumas das medidas evidenciadas como forma de prevenir o erro de medicação.

Uma boa gestão dos erros é tão importante como reduzi-los. A experiência do erro pode desenvolver as capacidades adaptativas dos enfermeiros às diversas situações e, também, pode constituir uma forma de aprendizagem, com valor pedagógico e um marco para o desenvolvimento do conhecimento. Assim, é importante a implementação de estratégias pelo enfermeiro gestor de forma a diminuir a sua ocorrência. Considera-se necessária a continuação na mudança de uma cultura institucional tradicional para uma cultura de segurança, sendo esta mais aberta à discussão do erro e promotora dos processos de aprendizagem.

O número reduzido de elementos da amostra e o facto de pertencerem à mesma instituição, não permitiu extrapolar os resultados, pelo que se sugere a replicação do mesmo estudo noutras realidades com o intuito de aferir diferenças, ou não, de resultados.

Em suma, determinar as atitudes e perceções dos enfermeiros é a base para o processo de melhoria da segurança do doente. Urge identificar prioridades, implementar mudanças e avaliar resultados; é imperativo o reconhecimento da importância do enfermeiro gestor na equipa, assim como uma responsabilidade compartilhada entre todos os que nela atuam e que para ela contribuem. Nós, profissionais, somos concomitantemente prestadores, gestores e utilizadores dos cuidados de saúde.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, A. P. (2015). *Erro associado à gestão da terapêutica pelo enfermeiro: Percepção dos enfermeiros de um hospital da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal;
- Abreu, C., Rodrigues, M., & Paixão, M. P. (2013). Erros de medicação reportados pelos enfermeiros da prática clínica. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10), 63-68. doi: 10.12707/RIII1301;
- Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde*. Coimbra, Portugal: Formasau;
- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra, Portugal: Formasau;
- Agency for Healthcare Research and Quality (2003). *AHRQ's patient safety initiative: Building foundations, reducing risk: Interim report to the Senate Committee on Appropriations* (AHRQ Publication No. 04-RG005). Rockville, MD: Author;
- Agnew, C., & Flin, R. (2014). Comportamentos de liderança de enfermeiros seniores em relação à segurança da enfermagem hospitalar: Um estudo de método misto. *Revista Internacional de Estudos de Enfermagem*, 51(5), 768-780;
- Ajri-Khameslou, M., Abbaszadeh, A., & Borhani, F. (2017). Enfermeiros de emergência como segundas vítimas do erro: Um estudo qualitativo. *Jornal Avançado de Enfermagem de Emergência*, 39(1), 68-76;
- Almeida, R. A., Abreu, C. D., & Mendes, A. M. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: Contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 163-172. doi: 10.12707/RIII1016;
- Álvares, S. (2005). Errar é humano [Editorial]. *Nascer e Crescer*, 14(2), 71-72;
- Alves, A. I. (2020). *A aprendizagem a partir do erro em enfermagem* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal;
- Amaro, M. A., Schveitzer, M. C., & Bohamol, E. (2021). Near miss na atenção primária í saúde e segurança do paciente: Revisão integrativa. *Nursing (São Paulo)*, 24(273), 5279-5283. doi: 10.36489/nursing.2021v24i273p5279-5288;

- Ammouri, A. A., Tailakh, A. K., Muliira, J. K., Geethakrishnan, R., & Al Kindi, S. N. (2015). Cultura de segurança do paciente entre enfermeiros. *Revisão Internacional de Enfermagem*, 62(1), 102-110;
- Andrés, J. M., & Burillo, J. V. (2007). De la gestión de riesgos a la seguridad del paciente [Editorial]. *Revista de Calidad Asistencial*, 22(6), 270-271. doi: 10.1016/S1134-282X(07)71234-4;
- Athanasakis, E. (2019). A meta-synthesis of how registered nurses make sense of their lived experiences of medication errors. *Journal of Clinical Nursing*, 28(17-18), 3077-3095. doi: 10.1111/jocn.14917;
- Azevedo Filho, F. M., Pinho, D. L., Bezerra, A. L., Amaral, R. T., & Silva, M. E. (2015). Prevalência de incidentes relacionados à medicação em unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(4), 331-336. doi: 10.1590/1982-0194201500056;
- Azevedo, L., Sousa, A. S., & Coelho, S. P. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? Uma revisão integrativa. *Cadernos de Saúde*, 12(1), 12-22. doi: 10.34632/cadernosdesaude.2020.7277;
- Beccaria, L. M., Pereira, R. A., Contrin, L. M., Lobo, S. M., & Trajano, D. H. (2009). Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21(3), 276-282. doi: 10.1590/S0103-507X2009000300007;
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito* (2ª ed.). Coimbra, Portugal: Quarteto;
- Bezerra, A. L., Queiroz, E. S., Weber, J., & Paranaguá, T. B. (2012). Reacciones adversas: Indicadores de resultados según la percepción de las enfermeras de un hospital centinela. *Enfermería Global*, 11(3), 198-209. doi: 10.4321/S1695-61412012000300011;
- Bezerra, A. L., Silva, A. E., Branquinho, N. C., & Paranaguá, T. T. (2009). Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela. *Revista Enfermagem UERJ*, 17(18), 467-472;
- Biftu, B. B., Dachew, B. A., Tiruneh, B. T. & Beshah, D. T. (2016). Relatório de erros de administração de medicamentos e fatores associados entre enfermeiros que

- trabalham no hospital de referência da Universidade de Gondar, Noroeste da Etiópia: 2015. *BMC Enfermagem*, 15(1), 1-7;
- Bohomol, E., & Ramos, L. H. (2006). Percepções sobre o erro de medicação: Análise de respostas da equipe de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6), 887-892. doi: 10.1590/S0104-11692006000600009;
- Bohomol, E., & Ramos, L. H. (2007). Erro de segurança: Importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(1), 32-36. doi: 10.1590/S0034-71672007000100006;
- Brown, P., McArthur, C., Newby, L., Lay-Yee, R., Davis, P., & Briant, R. (2002). Cost of medical injury in New Zealand: A retrospective cohort study. *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(Suppl.), S29-34. doi: 10.1258/135581902320176449;
- Bruno, P. (2010). *Registo de incidentes e eventos adversos: Implicações jurídicas da implementação em Portugal: Erro em medicina*. Coimbra, Portugal: Coimbra Editora/Wolters Kluwer;
- Bulhões, I. (2001). *Os anjos também erram: Mecanismos e prevenção da falha humana no trabalho hospitalar*. Rio de Janeiro, Brasil: Autor;
- Campos, L. (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Roteiro de intervenção em cuidados de emergência e urgência*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde;
- Campos, L., Saturno, P. & Carneiro, A. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A qualidade dos cuidados e dos serviços*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde;
- Carneiro, A. V. (2010). O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: Uma análise baseada na evidência científica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. Temático(10)*, 3-10;
- Carrageta, M.; Graveto, J.; Neves, M.; Gonçalves, R. (2016). *Guia de elaboração de trabalhos escritos: Norma APA*. Recuperado de <https://www.esenfc.pt/pt/page/237/15>;
- Carvalho, M. D., & Vieira, A. A. (2002). Erro médico em pacientes hospitalizados. *Jornal de Pediatria*, 78(4), 261-268. doi: 10.1590/S0021-75572002000400004;
- Carvalho, V. T. D., Cassiani, S. H., Chiericato, C., & Miasso, A. I. (1999). Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(5), 67-76. doi: 10.1590/S0104-11691999000500009;

- Castilho, A. F. (2014). *Eventos adversos nos cuidados de enfermagem ao doente internado: Contributos para a política de segurança* (Tese de doutoramento). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal;
- Castilho, A., & Parreira, P. (2012). Construção e avaliação das propriedades psicométricas de uma escala de eventos adversos associados às práticas de Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26, 59-73;
- Coimbra, J. A. (2004). *Conhecimento dos conceitos de erros de medicação, entre auxiliares de enfermagem como fator de segurança do paciente na terapêutica medicamentosa* (Tese de doutoramento). Universidade de São Paulo, Brasil. doi: 10.11606/T.83.2004.tde-02062004-165118;
- Coli, R. D. , Anjos, M. F., & Pereira, L. L. (2010). Postura dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva frente ao erro: Uma abordagem à luz dos referenciais bioéticos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 324-330. doi: 10.1590/S0104-11692010000300005;
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Portugal: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses;
- Corbellini, V. L., Schilling, M. C., Frantz, S. F., Godinho, T. G., & Urbanetto, J. D. (2011). Eventos adversos relacionados a medicamentos: Percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(2), 241-247. doi: 10.1590/S0034-71672011000200004;
- Correia, T. S. (2017). *Segurança em serviços de saúde: Processos de gestão* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal;
- Correia, T. S., Martins, M. M. & Forte, E. C. (2017). Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(12), 75-83. doi: 10.12707/RIV16073;
- Correia, T., Martins, M. M, & Forte, E. C. (2020). Gestão de enfermagem: Áreas prioritárias na segurança de profissionais e clientes. *Revista ROL de Enfermería*, 43(1), 507-514;
- Costa, M. F. (2014). *Cultura de segurança do doente num hospital da região centro: Percepção dos profissionais* (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Portugal;

- Croteau, R. J. (2010). Avaliação de risco: Avaliação de risco. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(8), 348-350. doi: 10.1016/S1553-7250(10)36052-1;
- Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de maio. *Diário da República nº 101/2019*, 1º Série. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal;
- Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril. *Diário da República nº93/1998*- 1º- Série- A. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal;
- Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. *Diário da República nº28/2015*- 2.ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal;
- Despacho nº 727/2007 de 15 de janeiro de 2007. *Diário da República nº 10/2017*- 2ªSérie. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Lisboa, Portugal;
- Dias, J. D., Mekaro, K. S., Tibes, C. M., & Zem-Mascarenhas, S. H. (2014). Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(4), 866-880. doi: 10.5935/1415-2762.20140064;
- Direção Geral da Saúde (2001). *Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde;
- Direção Geral da Saúde (2011). *Estrutura concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente: Relatório técnico final*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf;
- Direção Geral da saúde (2011a). *Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses: Resultados do estudo piloto*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/em-destaque/avaliacao-da-cultura-de-seguranca-do-doente-numa-amostra-de-hospitais-portugueses-pdf.aspx>;
- Direção Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde;
- Direção Geral da Saúde (2015a). *Relatório segurança dos doentes: Avaliação da cultura nos hospitais*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais-pdf.aspx>;

- Direção Geral da Saúde (2020). *Plano Estratégico 2020-2022*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/a-direccao-geral-da-saude/instrumentos-de-gestao/ficheiros-externos/plano-estrategico-dgs-2020-2022-pdf.aspx>;
- Direção Geral da Saúde (2021). *Departamento da Qualidade na Saúde: Atribuições e competências*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/a-dgs/direcao-e-organica/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx>;
- Donaldson, L. & Philip, P. (2004). Patient safety: A global priority. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(12), 892;
- Donaldson, M. S., Corrigan, J. M., & Kohn, L. T. (Eds.). (2000). *To err is human: Building a safer health system*. doi: 10.17226/9728;
- Eiras, M. (2011). *Avaliação da cultura de segurança do doente em meio hospitalar: Investigação ação numa unidade de radioterapia* (Tese de doutoramento). Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, Portugal;
- Farokhzadian, J., Nayeri, ND, & Borhani, F. (2015). Avaliação do sistema de gestão de risco clínico em hospitais: Uma abordagem para a melhoria da qualidade. *Revista Global de Ciências da Saúde*, 7(5), 294;
- Fernandes, A. M., & Queirós, P. J. (2011). Cultura de segurança do doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 37-48. doi: 10.12707/RIII1040;
- Filho, F. M., Martins, I. M., Soares, C. S., Fazendeiro, P. G., Paranaguá, T. T., & Bezerra, A. L. (2012). Administração de medicamentos: Conhecimento de enfermeiros do cenário de urgência e emergência. *Enfermería Global*, 11(26), 54-69. doi: 10.4321/S1695-61412012000200005;
- Flynn, L., Liang, Y., Dickson, G. L., Xie, M., & Suh, D. C. (2012). Ambientes de prática dos enfermeiros, práticas de interceptação de erros e erros de medicação em pacientes internados. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(2), 180-186. doi: 10.1111/j.1547-5069.2012.01443.x;
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta;
- Fortin, M. F., Côté, J., & Vissandjée, B. (2009). *O processo de investigação: Da conceção à investigação*. Loures, Portugal: Lusociência;

- Fradique, M. J., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10), 45-53. doi: 10.12707/RIII12133;
- Fragata, J. & Martins, L. (2008). *O Erro em medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade* (3ª ed.). Coimbra, Portugal: Almedina;
- Fragata, J. (2009). *Gestão de risco – Governação dos hospitais*. Alfragide, Portugal: Casa das Letras;
- Fragata, J. (2009a). Gestão do risco. In Ministério da Saúde, Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo (Ed.), *Governação dos hospitais: Conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT* (pp. 16-18). Lisboa, Portugal: Autor;
- Fragata, J. (2010). Erro médico: A segurança dos doentes: Indicador de qualidade em saúde. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 26(6), 564-570. doi: 10.32385/rpmgf.v26i6.10799;
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes: Uma abordagem prática*. Lisboa, Portugal: Lidel;
- Fragata, J., & Santos, S. (2006). *Risco clínico: Complexidade e performance*. Coimbra, Portugal: Almedina;
- Fragata, J., Martins, L. D., Carvalho, C., Carvalho, P., Antunes, J. L., & Reto, L. (2004). *O erro em medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra, Portugal: Almedina;
- Franco, J. N., Ribeiro, G., D'Innocenzo, M., & Barros, B. P. (2010). Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 927-932. doi: 10.1590/S0034-71672010000600009;
- Françolin, L., Gabriel, C. S., Bernardes, A., Silva, A. E., Brito, M. D., & Machado, J. P. (2014). Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(2), 277-283. doi: 10.1590/S0080-623420150000200013;
- Frederico, M., & Castilho, A. (2006). Percepção de liderança em enfermagem: Validação de uma escala. *Revista Psychologica*, 43, 259-270;

- Freire, R. N. (2017). *Percepção dos enfermeiros acerca da cultura de segurança do doente hospitalizado* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal;
- Geravandi, S., Adhami Moghadam, F., Sahebalzamani, M., & Mohammadi, M. (2016). Recusando-se a notificar os erros de medicação e seus efeitos na segurança do paciente no hospital universitário Razi durante 2014-2015. *Archives of Hygiene Sciences*, 5(3), 214-220;
- Gonçalves, V. C. (2008). *Gestão do risco nas organizações de saúde: Percepção dos profissionais face ao papel do gestor de risco* (Dissertação de mestrado). Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, Portugal;
- Guzzo, G. M., Magalhães, A. M., Moura, G. M., & Wegner, W. (2018). Medication safety in neonatology: Nursing in the perspective of the ecological restorative approach. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(3), e4500016. doi: 10.1590/0104-070720180004500016;
- Hermanspann, T., van der Linden, E., Schoberer, M., Fitzner, C., Orlikowsky, T., Marx, G., & Eisert, A. (2019). Avaliação para melhorar a qualidade do preparo e administração de medicamentos em unidades de terapia intensiva pediátrica e adulto. *Medicamentos, Saúde e Segurança do Paciente*, 11, 11-18. doi: 10.2147/DHPS.S184479;
- Hicks, R. W., Becker, S.C. & Cousins, D.D. (Eds.). (2008). *MEDMARX Data Report: A report on the relationship of drug names and medication errors in response to the Institute of Medicine's call for action*. Rockville, MD: US Pharmacopeia, center for the Advancement of Patient Safety;
- Hill, M. M., & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário* (2ªed.). Lisboa, Portugal: Edições Silabo;
- Hoonhout, L. H., Bruijne, M. C., Wagner, C., Zegers, M., Waaijman, R., Spreeuwenberg, P., ... & van Tulder, M. W. (2009). Direct medical costs of adverse events in Dutch hospitals. *BMC Health Services Research*, 9(1), 1-10. doi: 10.1186/1472-6963-9-27;
- Hulley, S., Cummings, S., Browner, W., Grady, D., & Newman, T. (2015). *Delineando a pesquisa clínica: Uma abordagem epidemiológica*. (4ª ed.). São Paulo, Brasil: Artmed;

- International Council of Nurses (2012). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Recuperado de https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf;
- Jepson, Z. K., Darling, C. E., Kotkowski, K. A., Bird, S. B., Arce, M. W., Volturo, G. A., & Reznick, M. A. (2014). Emergency department patient safety incident characterization: An observational analysis of the findings of a standardized peer review process. *BMC Emergency Medicine*, 14(1), 1-7. doi: 10.1186/1471-227X-14-20;
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2008) - *Preventing pediatric medication errors*. Recuperado de http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_39.pdf;
- Keszei, A. P., Novak, M., & Streiner, D. L. (2010). Introduction to health measurement scales. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(4), 319-323. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.01.006;
- Kim, M. Y.; Kim, Y. M. & Kang, S. W. (2016). A survey and multilevel analysis of nursing unit tenure diversity and medication errors. *Journal of Nursing Management*, 24(5), 634-645. doi: 10.1111/jonm.12366;
- Koehn, A. R., Ebricht, P. R. & Draucker, C. B. (2016). Experiências de enfermeiros com erros em enfermagem. *Perspectivas de Enfermagem*, 64(6), 566-574;
- Lage, M. J. (2010). Segurança do doente: da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. Temático(10)*, 11-16;
- Landeiro, M. J. (2005). *O problema da transcrição das prescrições médicas num sistema de informação em suporte de papel* (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal;
- Leicher, V., Mulder, R., & Bauer, J. (2013). Learning from errors at work: A replication study in elder care nursing. *Vocations and Learning*, 6, 207-220. doi: 10.1007/S12186-012-9090-0;
- Lima, F. D. (2014). A segurança do paciente e intervenções para a qualidade dos cuidados de saúde. *Revista Espaço para a Saúde*, 15(3), 22-29. doi: 10.22421/15177130-2014v15n3p22;
- Lima, L. F., Leventhal, L. C., & Fernandes, M. D. (2008). Identificando os riscos do paciente hospitalizado. *Einstein*, 6(4), 434-438. Recuperado de <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/992-Einsteinv6n4port434-438.pdf>;

- Lima, S. S. (2011). *Sistema de notificação de eventos adversos: Contributos para a melhoria da segurança do doente* (Dissertação de mestrado). Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, Portugal;
- Lobo, A. C. (2008). *O erro na administração de medicação: Causas e fatores contributivos e atitudes dos enfermeiros* (Dissertação de mestrado). Universidade Aberta, Lisboa, Portugal;
- Mangilli, D. C., Assunção, M. T., Zanini, M. T., Dagostin, V. S., & Soratto, M. T. (2017). Atuação ética do enfermeiro frente aos erros de medicação. *Enfermagem em Foco*, 8(1), 62-66. doi: 10.21675/2357-707X.2017.v8.n1.878;
- Mansoa, A. L. (2011). *O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos: Estudo de caso sobre as representações dos actores de uma unidade pós cirúrgica de um hospital português* (Dissertação de mestrado). Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Portugal;
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (7ª ed.). Sintra, Portugal: ReportNumber;
- Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach?: Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90. doi: 10.14417/lp.763;
- Metules, T. J., & Bauer, J. (2007). Part 2. JCAHO's Patient safety goals: Preventing Medical Errors. *Rn*, 70(1), 39-44;
- Miasso, A. I., & Cassiani, S. H. (2000). Erros na administração de medicamentos: Divulgação de conhecimentos e identificação do paciente como aspectos relevantes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(1), 16-25. doi: 10.1590/S0080-62342000000100003;
- Miasso, A. I., Silva, A. E., Cassiani, S. H., Grou, C. R., Oliveira, R. C., & Fakh, F. T. (2006). O processo de preparo e administração de medicamentos: Identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(3), 354-363. doi: 10.1590/S0104-11692006000300008;

- Montalvo, I. (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI®). *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3), Manuscript 2. doi: 10.3912/OJIN.Vol12No03Man02;
- Muiño Míguez, A., Jiménez Muñoz, A. B., Pinilla Llorente, B., Durán García, M. E., Cabrera Aguilar, F. J., & Rodríguez Pérez, M. P. (2007). Seguridad del paciente. *Anales de Medicina Interna*, 24(12), 602-606;
- Nazarko, L. (2015). Gerenciamento de medicação: Eliminando erros. *Enfermagem e Cuidados Residenciais*, 17(3), 150-154;
- Néri, E. D. , Oliveira, S. G., Rodrigues, J. L., Medeiros, M. M., & Fonteles, M. M. (2006). Erros na área da saúde: Culpado ou inocente. *Infarma*, 18(3/4), 5-8;
- Nunes, L. (2006). *A segurança do doente deve ser uma componente crítica da qualidade*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros;
- Nunes, L. (2006a). Perspetiva ética da gestão do risco: Caminhos para cuidados seguros. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 5, 53-58;
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros;
- Okafor, N. G., Doshi, P. B., Miller, S. K., McCarthy, J. J., Hoot, N. R., Darger, B. F., ... & Chathampally, Y. G. (2015). Voluntary medical incident reporting tool to improve physician reporting of medical errors in an emergency department. *Western Journal of Emergency Medicine*, 16(7), 1073. doi: 10.5811/westjem.2015.8.27390;
- Oliveira, L. M., Queirós, P. J. & Castro, F. V. (2015). A competência profissional dos enfermeiros. Um estudo em hospitais portugueses. *Revista INFAD de Psicologia. Revista Internacional de Psicologia do Desenvolvimento e da Educação*, 1(2), 143-158. Doi: 10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331;
- Oliveira, R. M., Leitão, I. M., Aguiar, L. L., Oliveira, A. C., Gazos, D.M., Silva, L. M., ... & Sampaio, R. L. (2015). Avaliando os fatores intervenientes na segurança do paciente: Enfoque na equipe de enfermagem hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1), 104-113. doi: 10.1590/S0080-623420150000100014;
- Ordem dos Enfermeiros (2005). A enfermagem conta. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 17, 44-46. Recuperado de <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/roe17/full-view.html>;

- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Tomada de posição sobre a segurança do cliente*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Parecer Conselho Jurisdicional 248/2010: Condições do exercício*. Lisboa, Portugal: Autor;
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Estatística de enfermeiros: Anuário Estatístico 2021*. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>;
- Paulino, G. M., Matsuda, L. M., Matta, A. C., Ferreira, A. M., Dias, A. D. & Silva, L. F. (2021). Custos e causas-raízes de erros de medicação e quedas em hospital de ensino: Estudo transversal. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 30, e20200045. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2020-0045;
- Pelliciotti, J. D., & Kimura, M. (2010). Erros de medicação e qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), 9 Telas. doi: 10.1590/S0104-11692010000600004;
- Peralta, T. J. (2012). *Segurança do doente: Perspetiva dos profissionais de um Hospital da Região Centro* (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal;
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa, Portugal: Sílabo;
- Pimenta, L. C. (2013). *Avaliação da cultura de segurança do doente e propostas de melhoria* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Portugal;
- Pina, M. E. (2001). *Qualidade! Para que te quero*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros;

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. Porto Alegre, Brasil: Artmed;
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). Fundamentos de pesquisa em enfermagem. In *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed., pp. 5-22). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas;
- Pratas, A. R. (2017). *Fatores que influenciam a ocorrência de erros de medicação, enquanto esta está sob gestão do enfermeiro, no Serviço de Urgência* (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal;
- Ramos, S., & Trindade, L. (2011). Gestão do risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. *Tecno Hospital*, 48, 16-20;
- Rausch, A., Seifried, J., & Harteis, C. (2017). Emoções, enfrentamento e aprendizado em situações de erro no ambiente de trabalho. *Journal of Workplace Learning*, 29(5), 374-393. DOI: 10.1108/JWL-01-2017-0004;
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ Quality & Safety*, 320(7237), 768-770. doi: 10.1136/bmj.320.7237.768;
- Reason, J. (2008) – *Human error* (19nd ed.). New York, NY: Cambridge University Press;
- Regulamento n.º 101/2015 de 10 março. *Diário da República n.º 48/2015- 2ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf;
- Regulamento n.º 76/2018 de 30 janeiro. *Diário da República n.º 21/2018- 2º Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>;
- Rodrigues, M. L. (2004). Prescrição eletrónica de medicamentos. In S.H. Cassiani & J. Ueta (Orgs.), *A segurança de pacientes na utilização da medicação*. São Paulo, Brasil: Artes Médicas;
- Roehrs, C., Masterson, A., Alles, R., Witt, C., & Rutt, P. (2008). Caring for families coping with perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37(6), 631-639. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00290.x;
- Roque, K. E., & Melo, E. C. (2010). Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital público no Estado do Rio de

- Janeiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(4), 607-619. doi: 10.1590/S1415-790X2010000400006;
- Rosa, M. B., & Perini, E. (2003). Erros de medicação: Quem foi? *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49(3), 335-341. doi: 10.1590/S0104-42302003000300041;
- Rosa, R. T.; Gehlen, M. H. Ilha, S.; Pereira, F. W.; Cassola, T. & Backes, D. S. (2015). Segurança do paciente na práxis do cuidado de enfermagem: Percepção de enfermeiros. *Ciencia y Enfermería*, 21(3), 37-47. doi: 10.4067/S0717-95532015000300004;
- Sale, D. (1998). *Garantia da qualidade nos cuidados de saúde: Para os profissionais da equipa de saúde*. Lisboa, Portugal: Principia;
- Samico, C. S., Henriques, A., & Lucas, P. (2021). Ocorrência de erros na administração de medicação: Revisão Integrativa. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 496-504. doi: 10.36367/ntqr.8.2021.496-504;
- Santana, J. C., Sousa, M. A., Soares, H. C., & Avelino, K. S. (2012). Fatores que influenciam e minimizam os erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. *Enfermagem Revista*, 15(1), 122-137;
- Santos, J. O., Silva, A. E., Munari, D. B., & Miaso, A. I. (2007). Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 483-488. doi: 10.1590/S0103-21002007000400016;
- Santos, P. R., Rocha, F. L., & Sampaio, C. S. (2019). Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40(Esp.), e20180347. doi: 10.1590/1983-1447.2019.20180347;
- Silva, D. S., Vieira, C. M., Lira, M. D., Damázio, S. L., Silva, W. M., & Araújo Gouveia, V. (2022). Estratégias para segurança do paciente em erros de administração de medicamentos: Uma revisão integrativa. *Recima21: Revista Científica Multidisciplinar*, 3(2), e321150. doi: 10.47820/recima21.v3i2.1150;
- Silva, L. A., Terra, F. S., Macedo, F. R., Santos, S. V., Maia, L. G., & Batista, M. H. (2014). Notificação de eventos adversos: Caracterização de eventos ocorridos em uma instituição hospitalar. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 8(9), 3015-3023. doi: 10.5205/1981-8963-v8i9a10020p3015-3023-2014;

- Silvério, A. S., Silva, B. F., Benito, P. M., Santos, S. L., & Lucas, P. B. (2012). O enfermeiro na gestão do risco clínico nas unidades de cuidados continuados integrados: Uma reflexão teórica e conceptual. *Journal of Aging and Innovation*, 1(2), 4-19;
- Sorra, J., & Nieva, V. (2004). *Hospital survey on patient safety culture: Surveys users guide*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality;
- Sousa, A. M. (2013). *Avaliação da cultura de segurança do doente num centro hospitalar da região centro* (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Portugal;
- Sousa, M. & Baptista, C. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha*. Lisboa, Portugal: Lidel;
- Sousa, P. (2006). Patient safety: A necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19(4), 309-318;
- Sousa, P., Uva, A. D., Serranheira, F., Leite, E. S. & Nunes, C. (2011). Segurança do doente: Eventos adversos em hospitais portugueses: Estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade. *Screening*, 1, 0-76;
- Streubert, H. J. (2002). A produção da Investigação qualitativa: Elementos comuns essenciais. In H. J. Streubert & D. R. Carpenter (Auts.), *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. (2^a ed., pp.17-34). Loures, Portugal: Lusociência;
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics* (3rd ed.). New York, NY: HarperCollins College Publishers;
- Tang, F. I., Sheu, S. J., Yu, S., Wei, I. L., & Chen, C. H. (2007). Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 447-457. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01540.x;
- Tartaglia, R., Albolino, S., Bellandi, T., Bianchini, E., Biggeri, A., Fabbro, G. & Sommella, L. (2012). Eventi avversi e conseguenze prevenibili: Studio retrospettivo in cinque grandi ospedali italiani. *Epidemiologia & Prevenzione*, 36(3-4), 151-161;
- Tsegaye, D., Alem, G., Tessema, Z., & Alebachew, W. (2020). Medication administration errors and associated factors among nurses. *International Journal of General Medicine*, 13, 1621. doi: 10.2147/IJGM.S289452;

- Uva, A. D., Serranheira, F., & Sousa, P. (2010). Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. Temático*(10), 89-95;
- Volpe, C. R., Aguiar, L. B., Pinho, D. L., Stival, M. M., Funghetto, S. S., & Lima, L. R. (2016). Erros de medicação divulgados na mídia: Estratégias de gestão do risco. *RAHIS-Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, 13*(2), 97-110. doi: 10.21450/rahis.v13i2.3499;
- Volpe, C. R., Pinho, D. L., Stival, M. M., & Karnikowski, M. G. (2014). Medication errors in a public hospital in Brazil. *British Journal of Nursing, 23*(11), 552-559. doi: 10.12968/bjon.2014.23.11.552;
- Wagner, C., Merten, H., Zwaan, L., Lubberding, S., Timmermans, D., & Smits, M. (2016). Unit-based incident reporting and root cause analysis: Variation across three types of hospital units. *BMJ Quality & Safety, 6*(6), e011277. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011277;
- Watson, R., & Thompson, D. R. (2006). Uso da análise fatorial no Journal of Advanced Nursing: Revisão de literatura. *Jornal de Enfermagem Avançada, 55*(3), 330-341. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03915.x;
- Wegner, W., Silva, S. C., Kantorski, K. J., Predebon, C. M., Sanches, M. O. & Pedro, E. N. (2016). Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. *Escola Anna Nery, 20*(3), e20160068. doi: 10.5935/1414-8145.20160068;
- World Health Organization (2000). *The World Health Report 2000, Health systems: Improving performance.* Recuperado de https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf;
- World Health Organization (2004). *World alliance for patient safety: Forward programme 2005.* Recuperado de http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf;
- World Health Organization (2005). *WHO draft Guidelines for adverse event reporting and learning systems: From information to action.* Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>;
- World Health Organization (2007). *Global patient safety research priorities. Establishing a set of global research priorities with the support of an international expert working group.* Recuperado de

https://www.who.int/patientsafety/research/priorities/global_priorities_patient_safety_research.pdf;

World Health Organization (2008). *Guidance on developing quality and safety strategies with a health system*. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/96473/E91317.pdf;

World Medical Association (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. World Medical Association. Recuperado de <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>;

Zegers, M., Bruijne, M. C., Wagner, C., Hoonhout, L. H., Waaijman, R., Smits, M., & Van der Wal, G. (2009). Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: Results of a retrospective patient record review study. *BMJ Quality & Safety*, 18(4), 297-302. doi: 10.1136/qshc.2007.025924.

APÊNDICES

APÊNDICE I. Instrumento de colheita de dados

1. Idade

20-30 anos

31-40 anos

41-50 anos

51-60 anos

≥ 61 anos

2. Género

Masculino

Feminino

3. Habilitações Académicas

Licenciatura

Pós-Graduação

Pós-Licenciatura de especialização

Mestrado

Doutoramento

4. Tempo de experiência profissional no SU

_____ (anos)

5. Certamente que, na sua prática profissional, já vivenciou ou presenciou um erro de medicação. Qual o tipo de erro?

Near miss – Incidente que não atingiu o doente

Incidente sem dano - Atingiu o doente, mas não causou dano discernível

Incidente com dano (Evento adverso) - Atingiu o doente e causou dano

6. Qual foi o contexto da sua ocorrência (em que fase ocorreu)?

Prescrição

Dispensa/transporte/armazenamento do medicamento

Preparação

Administração

7. Como caracteriza o erro?

Doente errado

Dose errada

Erro de administração

Erro de preparação

Medicamento errado

Momento errado

Monitorização inadequada

Omissão

Outra

Se respondeu outra, Qual?

8. Quais as causas precipitantes do erro de medicação?

Instituição (ambiente, segurança)

Ambiente de Trabalho (dotação segura, circuito do doente, sobrelotação no SU)

Equipa (falta de comunicação, supervisão, rotatividade das equipas)

Fatores individuais (cansaço, falta de tempo, distração, falta de conhecimento)

Fármaco (etiquetagem, design de invólucro, medicamento com nome semelhante)

Equipamento (desconhecimento do modo de funcionamento, falha na monitorização)

9. Qual(ais) a(s) medida(s) de mitigação de dano realizadas?

O profissional vivenciou e aprendeu com a situação individualmente

Informar o enfermeiro responsável de turno ou enfermeiro chefe de serviço

Notificar na plataforma da DGS Notific@

Solicitar intervenção médica

Aumentar a vigilância do doente

Outra

Se respondeu outra, Qual?

10. Das opções seguintes diga qual(ais) a(s) medida(s) preventiva(s) que acha que contribui(em) para a redução de erros de medicação? Selecione no máximo 3 opções.

Método individual de trabalho

Aumento da concentração

Preparação da terapêutica imediatamente antes da sua administração

Identificação inequívoca do doente

Existência de elementos mais experientes na equipa/Supervisão

Circuito do doente no SU

Formação em serviço

Relativamente ao papel do enfermeiro gestor na garantia das melhores práticas profissionais assinale o seu grau de concordância sobre cada uma das afirmações seguintes:

(1. Discordo Totalmente; 2. Discordo; 3. Não concordo nem discordo; 4. Concordo; 5. Concordo Totalmente)

11. O enfermeiro gestor tem um papel importante na equipa no sentido de desenvolver uma cultura de segurança promotora de sistemas e práticas profissionais mais seguras.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

12. O enfermeiro gestor assegura o cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, gerais e especializados de acordo com as competências dos enfermeiros da equipa.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

13. O enfermeiro gestor garante e contribui para o desenvolvimento da prática profissional baseada na evidência.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

14. O enfermeiro gestor garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

15. O enfermeiro gestor promove o planeamento e assegura a organização, a coordenação e a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem, prestados pelos enfermeiros integrados na equipa.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

16. O enfermeiro gestor promove a utilização e garante a atualização das normas de boas práticas.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

17. O enfermeiro gestor promove a integração de sistemas de informação e incentiva a utilização de tecnologias de informação.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

18. O enfermeiro gestor promove ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

19. O enfermeiro gestor promove a formação e o desenvolvimento de competências e da prática de enfermagem.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

20. Que estratégias considera que poderão ser implementadas pelo enfermeiro gestor de forma a diminuir a ocorrência de erros de medicação no SU?

Implementação de políticas, diretrizes e protocolos clínicos

Obrigatoriedade de prescrição eletrónica

Introdução do método da dose unitária

Implementação de um sistema automatizado de apoio à gestão de medicação no SU

Introdução de um sistema de código de barras/ QR Code

Incentivar a formação em serviço na área segurança e qualidade

Estímulo à cultura não punitiva do erro

Outra

Se respondeu outra, Qual?

Obrigado pela sua participação!

APÊNDICE II e III Pedido de autorização ao Conselho de Administração da Instituição e à Comissão de Ética da Instituição

Exmo. Sr. Presidente
da Comissão de Ética e Saúde da ULSM

Assunto: Pedido de autorização

Telma Maria Barbosa Alves Pinto, Enfermeira a exercer funções no Serviço de Urgência Geral do Hospital Pedro Hispano, com o número mecanográfico 7647 e contacto telefónico 919073737 extensão 8268, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vem solicitar a Vossa Excelência a autorização para a realização de um questionário aos enfermeiros do mesmo serviço, com o objetivo de realizar um estudo de investigação intitulado "Papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação, num Serviço de Urgência". Com este estudo pretende-se elaborar a Dissertação de Mestrado, sob a orientação pedagógica do Professor Doutor Alfredo Cruz Lourenço.

A segurança do doente é uma temática de vital importância na prestação de cuidados de enfermagem de forma a alcançar qualidade e fiabilidade, conduzindo a uma melhoria contínua, destacando o erro relacionado com a medicação um dos temas prioritários. São muitos os fatores que influenciam a segurança do doente e de acordo com o Decreto-lei 71/2019 o enfermeiro gestor deve promover uma cultura de segurança na prestação de cuidados de saúde.

O presente trabalho tem como objetivo geral perceber quais as estratégias adotadas pelo enfermeiro gestor para diminuir a ocorrência de erros de medicação, percecionados pelos enfermeiros do SU do HPH. Como objetivos específicos pretendo explorar a perceção dos enfermeiros sobre a ocorrência de erros durante o processo de gestão de medicação no SU; compreender quais os fatores associados ao erro de medicação, durante o processo de gestão da mesma; compreender as causas precipitantes do erro na gestão de medicação; descrever as dificuldades dos enfermeiros no processo de gestão de medicação no SU; identificar as medidas de mitigação de dano realizadas pelos profissionais; e verificar se ocorreu a notificação do erro.

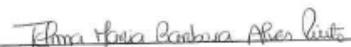
Para operacionalizarmos esta pesquisa, vamos proceder a um estudo exploratório, descritivo, e transversal, inserido no paradigma quantitativo. Como instrumento da colheita de dados recorreremos a um questionário, que segue em anexo, que foi elaborado pela investigadora, com base na revisão bibliográfica efetuada.

Mais informo que tenho autorização do Diretor de Serviço onde vai ser realizado o estudo, Dr. Fernando Rosa e Enfermeiro Chefe de Serviço, Enfermeiro Arlindo Cruz.

Pretendo concluir esta dissertação em julho de 2021 e por isso planeio fazer investigação e pedido à Comissão de Ética da Instituição entre março e abril, aplicação do questionário em maio, análise e discussão dos resultados entre junho e julho. Solicito deferimento.

Apresento os meus melhores cumprimentos,


(Professor Doutor Alfredo Cruz Lourenço)


(Enfermeira Telma Pinto)

*Teve a reunião
Nada a operar.*

Alfredo (2021)

*Nada a operar
Ferreira
23.03.2021*

Dr. FERNANDO ROSA
Diretor Serviço Urgência
Nº Mec. 494 - C.J. 28955

APÊNDICE IV. Consentimento informado aos Participantes do estudo

Caros colegas,

No âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem com especialização em Gestão de Unidade de Cuidados, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra venho convidá-lo(a) a participar no estudo de investigação intitulado "Papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação, num Serviço de Urgência", através do preenchimento do formulário que se segue.

A segurança do doente é uma temática de vital importância na prestação de cuidados de enfermagem, constituindo o erro relacionado com a medicação um dos temas prioritários. São muitos os fatores que influenciam a segurança do doente e de acordo com o Decreto-lei 71/2019 o enfermeiro gestor deve promover uma cultura de segurança na prestação de cuidados de saúde.

O presente trabalho tem como objetivo geral perceber quais as estratégias adotadas pelo enfermeiro gestor para diminuir a ocorrência de erros de medicação, percecionados pelos enfermeiros do SU Geral do Hospital Pedro Hispano.

Este questionário é de natureza confidencial. A sua participação é voluntária, podendo recusar-se a participar a qualquer momento. A recolha de dados será efetuada através de plataforma online, e os resultados obtidos serão exclusivamente para este estudo e publicações científicas que dele decorrerem, o que significa que o seu anonimato é respeitado.

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

Se tiver necessidade de informações suplementares poderá contactar, agora ou a qualquer momento, a investigadora através do número de telemóvel 919073737 ou do endereço eletrónico telmapinto.enf@gmail.com.

Com os melhores cumprimentos,
Telma Maria Barbosa Alves Pinto

Consentimento Informado

Ficaram claros, para mim, os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, a garantia de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Aceito participar voluntariamente neste estudo, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem necessidade de me justificar e sem qualquer prejuízo para mim.

Compreendi o que me foi explicado e pretendo participar no estudo

Não pretendo participar no estudo

ANEXOS

ANEXO I e II. Parecer do Conselho de Administração da Instituição e da Comissão de Ética da Instituição

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS HOSPITAL PEDRO HISPANO	INFORMAÇÃO	Nº 52/CES/JAS Data: 16-04-2021
--	-------------------	---

Para: Serviço de Gestão do Conhecimento
De: Comissão de Ética para a Saúde da ULSM

Pedido de autorização para realização de estudo intitulado "O papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação num Serviço de Urgência"

INFORMAÇÃO

Exmo. Senhor,

A Comissão de Ética para a Saúde apreciou o pedido de autorização para realização de estudo intitulado "O papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação num Serviço de Urgência", cuja autora é a aluna, Telma Barbosa Alves Pinto, Enfermeira do Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano, no âmbito de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

A Comissão de Ética para a Saúde da ULSM deliberou, por unanimidade, nada opor à realização deste estudo, sugerindo-se que a idade, seja referida por intervalos para melhor preservar a confidencialidade dos dados.

Com os melhores cumprimentos


Dr. José Alberto Silva
Presidente da Comissão de Ética
da ULSM Matosinhos

Dr. José Alberto Silva
(Presidente da Comissão de Ética da ULSM, E.P.E.)

