



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda
Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Sentimentos e emoções do enfermeiro de pediatria perante o erro de medicação

Joana Patrícia Pais Cardoso Pereira

Guarda
dezembro, 2016



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda
Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Sentimentos e emoções do enfermeiro de pediatria perante o erro de medicação

Dissertação elaborada para obtenção do grau de Mestre
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Elaborado por:
Joana Patrícia Pais Cardoso Pereira

Orientadora:
Professora Doutora Fernanda Lopes

Guarda
dezembro, 2016

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer à Professora Doutora Fernanda Lopes pela sua orientação, disponibilidade e crítica ao longo desta investigação.

Agradeço a todos os enfermeiros que se disponibilizaram a participar neste estudo.

Aos meus amigos pelo apoio dado.

Um agradecimento muito especial aos meus pais, marido e filha, pela paciência, incentivo e apoio incondicional ao longo deste trabalho; sem vocês não teria conseguido!

Obrigada.

RESUMO

No contexto hospitalar, o uso de medicação é a forma mais comum de tratamento dos clientes. Os erros relacionados com o seu uso podem causar danos temporários ou permanentes, ou até a morte dos clientes. O enfermeiro é o principal responsável pela preparação e administração de terapêutica. As crianças são mais vulneráveis ao erro que os adultos, devido às suas características particulares. Quando o erro acontece, o enfermeiro vivencia sentimentos e emoções face ao sucedido.

Este estudo intitulado: “sentimentos e emoções do enfermeiro de pediatria perante o erro de medicação” tem como objetivos identificar os sentimentos/emoções que o enfermeiro de pediatria experiencia quando comete um erro de medicação, identificar o apoio de que necessita para ultrapassar o facto de ter cometido um erro de medicação quando daí resulte um trauma emocional, identificar as estratégias que adota para evitar os erros de medicação e identificar as estratégias/medidas institucionais que considera importantes e que propõe para a prevenção do erro de medicação no seu local de trabalho.

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com uma abordagem quantitativa e transversal. A colheita de dados foi feita com recurso a um questionário junto de uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 69 enfermeiros que trabalham nos serviços de pediatria, neonatologia, urgência pediátrica e consulta externa de pediatria do Hospital Sousa Martins, do Hospital Pêro da Covilhã e do Hospital Amato Lusitano.

Os resultados obtidos indicam que após cometer um erro de medicação os sentimentos/emoções mais vivenciados são a preocupação (25,6%), a ansiedade (21,8%) e a culpa (18,8%).

O enfermeiro considera o apoio emocional e o apoio psicológico igualmente importantes (48,8%) para ultrapassar o facto de ter cometido um erro de medicação, quando daí resultar um trauma emocional.

A dupla confirmação (pessoal e por outro colega) é a estratégia pessoal mais referida (24,7%) que o enfermeiro adota para evitar a ocorrência de erros de medicação.

A identificação correta da criança/jovem é a estratégia/medida institucional que o enfermeiro mais refere como importante (11,4%) para a prevenção do erro de medicação.

A prescrição eletrónica (implementação e uso correto) é a estratégia/medida mais referida (14,1%) que o enfermeiro propõe para prevenir a ocorrência de erros de medicação no serviço onde trabalha.

Palavras-chave: enfermeiro, erro, medicação, sentimentos, emoções

ABSTRACT

In a hospital context, the use of medication is the most common form of treatment of costumers. Mistakes related to its use can cause temporary or permanent damage, or even death of the costumers. The nurse is the main responsible for the preparation and therapeutic administration. Children are more vulnerable to error than adults because of their particular characteristics. When the error occurs, nurses experience feelings and emotions according to what happened.

This study, entitled “feelings and emotions of paediatric nurse towards the medication errors”, aims to identify the feelings/emotions that paediatric nurse experiences when he/she makes a medication mistake, identify the support he/she needs to overcome the fact of having committed a medication error which may result in an emotional trauma, identify the strategies adopted to avoid medication errors and identify strategies/institutional measures that he/she considers important and suggests to medication error prevention in his/her workplace.

This is an exploratory-descriptive study, with a quantitative and transversal approach. The data collection was done using a questionnaire with a non-probabilistic convenience sample, consisting of 69 nurses working in paediatric services, neonatology, paediatric emergency and outpatient paediatrics of Sousa Martins Hospital, Pêro da Covilhã Hospital and Amato Lusitano Hospital.

The results show that after committing a medication mistake, the feelings/emotions that are most experienced are: worry (25,6%), anxiety (21,8%) and guilt (18,8%).

Nurse considers the emotional support and the psychological support equally important (48,8%) to overcome the fact that they have committed a medication error, when it results in an emotional trauma.

Double confirmation, both by himself and by another colleague, is the most referred strategy (24,7%) that the nurse adopts to prevent the occurrence of medication errors.

The correct identification of the child/young is the strategy/institutional measure the nurse most refers (11,4%) as important for the prevention of the medication errors.

Electronic prescription (implementation and correct use) is the strategy/measure that the nurse proposes the most (14,1%) to prevent the occurrence of medication errors in the service where he/she works.

Key-words: nurse, error, medication, feelings, emotions.

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 1 - Distribuição da amostra de acordo com a idade.....	43
Tabela 2 - Distribuição da amostra de acordo com o gênero.....	43
Tabela 3 - Distribuição da amostra de acordo com a categoria profissional.....	44
Tabela 4 - Distribuição da amostra de acordo com a especialidade.....	44
Tabela 5 - Distribuição da amostra de acordo com o tempo de exercício profissional.....	44
Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com o tempo de exercício profissional em pediatria.....	45
Tabela 7 - Existência de erro de medicação.....	45
Tabela 8 - Sentimentos/emoções vivenciados pelo enfermeiro após cometer erro de medicação.....	46
Tabela 9 - Existência de trauma emocional após cometer erro de medicação.....	47
Tabela 10 - Influência do erro de medicação na vida do enfermeiro.....	48
Tabela 11 - Necessidade de apoio após cometer erro de medicação.....	48
Tabela 12 - Tipos de apoio que o enfermeiro considera importantes para ultrapassar o trauma emocional resultante de um erro de medicação.....	49
Tabela 13 - Estratégias/medidas pessoais utilizadas pelo enfermeiro para evitar cometer erros de medicação.....	50
Tabela 14 - Estratégias/medidas institucionais que o enfermeiro considera importantes para prevenir a ocorrência de erros de medicação.....	51
Tabela 15 - Outras estratégias/medidas institucionais que o enfermeiro considera importantes para prevenir a ocorrência de erros de medicação.....	52
Tabela 16 - Estratégias/medidas que o enfermeiro propõe para prevenir a ocorrência de erros de medicação no serviço onde trabalha.....	53

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	15
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1 - SENTIMENTO E EMOÇÃO	19
2 - ERRO DE MEDICAÇÃO	21
2.1 - ERRO DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA.....	23
2.2 - ESTRATÉGIAS PARA A PREVENÇÃO DO ERRO DE MEDICAÇÃO.....	24
3 - SENTIMENTOS/EMOÇÕES DO ENFERMEIRO DE PEDIATRIA PERANTE O ERRO DE MEDICAÇÃO	29
3.1 - RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO PERANTE O ERRO DE MEDICAÇÃO.....	31
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	33
1 - METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	35
1.1 - TIPO DE ESTUDO.....	35
1.2 - VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO.....	36
1.3 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	38
1.4 - POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	39
1.5 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS.....	40
1.6 - TRATAMENTO DOS DADOS.....	41
2 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	43
2.1 - CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	43
2.2 - SENTIMENTOS/EMOÇÕES DO ENFERMEIRO DE PEDIATRIA PERANTE O ERRO DE MEDICAÇÃO.....	45
2.3 - APOIO AO ENFERMEIRO PERANTE O ERRO DE MEDICAÇÃO E ESTRATÉGIAS PARA A SUA PREVENÇÃO.....	48
CONCLUSÕES	55
BIBLIOGRAFIA	59
ANEXOS	65
ANEXO I - AUTORIZAÇÕES PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	67
APÊNDICES	73

APÊNDICE I - Questionário.....	75
APÊNDICE II - Influência do erro de medicação na vida do enfermeiro.....	79
APÊNDICE III - Tipos de apoio que o enfermeiro considera importantes para ultrapassar o trauma emocional resultante de um erro de medicação.....	81
APÊNDICE IV - Estratégias/medidas pessoais utilizadas pelo enfermeiro para evitar cometer erros de medicação.....	83
APÊNDICE V - Outras estratégias /medidas institucionais que o enfermeiro considera importantes para prevenir a ocorrência de erros de medicação.....	87
APÊNDICE VI - Estratégias/medidas que o enfermeiro propõe para prevenir a ocorrência de erros de medicação no serviço onde trabalha.....	89

INTRODUÇÃO

O uso de medicamentos é um dos recursos que o homem mais utiliza na busca e na manutenção do seu bem-estar físico e mental (Da Silva, Barbosa, Do Prado e Dal Sasso, 2011). No entanto, o seu uso tem trazido também prejuízos consideráveis à sociedade, sendo hoje considerado um problema de saúde pública mundial (Anacleto, Rosa, Neiva e Martins, 2010).

Não basta que um medicamento tenha qualidade garantida; o seu processo de utilização também deve ser seguro (Rosa e Perini, 2003).

De acordo com Da Silva, Da Silva, Gobbo e Miasso (2007, citando Chiericato, Cassiani e Carvalho, 2001) na ocorrência de erros de medicação, muitos profissionais sentem-se culpados e manifestam reações emocionais que podem desencadear a demissão voluntária do emprego.

A problemática do erro de medicação é ainda mais importante de ser estudada em contexto pediátrico, uma vez que as crianças possuem características próprias que levam mais facilmente à ocorrência do erro.

Como enfermeira em pediatria, a preocupação com este tema surge da prática clínica diária, uma vez que é difícil eliminar todos os erros de medicação e a sua ocorrência é maior na população pediátrica. É uma questão atual, de interesse para o investigador, pertinente para a prática profissional dos enfermeiros.

Assim, delinearam-se as seguintes questões de investigação:

- Quais são os sentimentos/emoções que o enfermeiro de pediatria experiencia quando comete um erro de medicação?
- Quais são os apoios que o enfermeiro de pediatria considera importantes para ultrapassar o facto de ter cometido um erro de medicação, quando daí resultar algum trauma emocional?
- Quais são as estratégias que o enfermeiro de pediatria utiliza para evitar os erros de medicação?
- Quais são as estratégias /medidas institucionais que o enfermeiro de pediatria considera importantes e que propõe para a prevenção do erro de medicação?

De acordo com as questões de investigação delineadas foram definidos os seguintes objetivos para este estudo:

- Identificar os sentimentos/emoções que o enfermeiro de pediatria experiencia quando comete um erro de medicação;
- Identificar os apoios que o enfermeiro de pediatria considera importantes para ultrapassar o facto de ter cometido um erro de medicação, quando daí resultar algum trauma emocional;
- Identificar as estratégias que o enfermeiro de pediatria adota para evitar os erros de medicação;

- Identificar as estratégias /medidas institucionais que o enfermeiro de pediatria considera importantes e que propõe para a prevenção do erro de medicação no seu local de trabalho.

Para dar resposta às questões e objetivos delineados, optou-se por um estudo exploratório-descritivo, com uma abordagem quantitativa e transversal. A colheita de dados foi feita com recurso a um questionário junto de uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 69 enfermeiros que trabalham nos serviços de pediatria, neonatologia, urgência pediátrica e consulta externa de pediatria do Hospital Sousa Martins, do Hospital Pêro da Covilhã e do Hospital Amato Lusitano.

Estruturalmente este trabalho encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte refere-se ao enquadramento teórico deste trabalho onde se abordam aspetos relacionados com o erro de medicação, especificamente em pediatria, os sentimentos e emoções do enfermeiro perante o mesmo, as estratégias para evitar a sua ocorrência e tipos de apoio que poderão ser necessários para ajudar o enfermeiro a ultrapassar o facto de ter cometido um erro de medicação. A segunda parte refere-se ao estudo empírico onde é descrita a metodologia da investigação e é feita a apresentação dos dados e a análise e discussão dos resultados.

Por último apresentam-se as conclusões e a bibliografia que suportou a investigação.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - SENTIMENTO E EMOÇÃO

2 - ERRO DE MEDICAÇÃO

**3 - SENTIMENTOS/EMOÇÕES DO ENFERMEIRO DE PEDIATRIA PERANTE O
ERRO DE MEDICAÇÃO**

1 - SENTIMENTO E EMOÇÃO

O uso habitual da palavra emoção tende a incluir a noção de sentimento (Damásio, 2003). Embora estes dois conceitos tenham significados diferentes, eles são muitas vezes confundidos. No Dicionário da Língua Portuguesa (2012: 583) a palavra emoção é definida como a

reação psíquica e física (agradável ou desagradável) em face de determinada circunstância ou objeto, por vezes traduzindo-se em modificações da respiração, da circulação e até das secreções; alteração de ordem ou estabilidade; agitação; alvoroço; comoção; ato de deslocar.

Ainda segundo a mesma fonte (2012: 1453) a palavra sentimento define-se como o

ato ou efeito de sentir; estado afetivo que tem por antecedente imediato uma representação mental; disposição afetiva; sensibilidade; facto emocional; afeição; afeto; paixão; emoção; entusiasmo; mágoa; desgosto; intuição; pressentimento; palpite; consciência; juízo; opinião; ponto de vista; convicção; ideia; conhecimento resultante de experiência vivida; percepção; sensação; desejo; propósito; fim; desígnio.

Damásio (2013) refere que a emoção é um conjunto de respostas motoras que o cérebro faz aparecer no nosso corpo como resposta a algum evento e, por sua vez, o sentimento é a forma como a mente vai interpretar esse conjunto de movimentos. “As emoções desenrolam-se no teatro do corpo. Os sentimentos desenrolam-se no teatro da mente” (Damásio, 2003: 44). Damásio (2001) refere ainda que os sentimentos são privados, dirigidos para o interior, subjetivos, duradouros, acompanham-nos ao longo do tempo com maior ou menor intensidade. As emoções são públicas, e dirigidas para o exterior. Segundo o mesmo autor (2001: 62)

o termo sentimento deve ser reservado para a experiência mental e privada de uma emoção, enquanto o termo emoção deve ser usado para designar o conjunto de respostas que constitui uma emoção, muitas das quais são publicamente observáveis.

O que significa que os nossos próprios sentimentos e os dos outros não podem ser observados; apenas podemos observar as emoções que poderão estar na origem desses sentimentos.

Na formação da mente e do comportamento estão entre outros, ciclos de emoções que geram sentimentos que por sua vez geram novas emoções, num contínuo funcional (Damásio, 2001). As emoções precedem os sentimentos (Damásio, 2003).

É através dos sentimentos que as emoções iniciam o seu impacto na mente; o impacto das emoções na mente, depende dos sentimentos. Sentimentos e emoções caminham lado a lado; fazem parte da nossa vida, regulam o nosso estado interior na busca de equilíbrio, afetam o nosso organismo e orientam o nosso comportamento. Independentemente do sexo, idade, grau de instrução, nível económico e cultura, todas as pessoas têm emoções (Damásio, 2001).

Ao mesmo tempo que estamos atentos às emoções dos outros, vivemos a vida em busca de emoções agradáveis e tentamos evitar emoções desagradáveis (Damásio, 2001).

Apesar de considerar que os critérios de classificação de emoções são falíveis e criticáveis, Damásio (2010) divide as emoções em três grupos:

- Emoções universais - comuns a todas as pessoas de todas as culturas. São as que primeiro nos lembramos quando falamos em emoções. São facilmente reconhecidas, uma vez que muitas delas são identificadas sem dificuldade por expressões faciais muito características. Estas emoções incluem: receio, fúria, tristeza, felicidade, nojo e surpresa.

- Emoções sociais - desencadeadas em situações sociais e relacionadas com os aspetos socioculturais apreendidos, tais como: compaixão, embaraço, vergonha, culpa, desprezo, ciúme, inveja, orgulho e admiração.

- Emoções de fundo - desencadeadas quando refletimos sobre uma situação vivida ou quando pensamos numa situação que é ainda uma mera possibilidade. O estímulo que desencadeia as emoções de fundo, pode funcionar de forma encoberta, surgindo a emoção sem que nos apercebamos da presença do mesmo. O entusiasmo e o desencorajamento, entre outros exemplos, são duas emoções que podem ser ativadas por uma série de circunstâncias da nossa vida ou por estados internos como a doença ou a fadiga.

Goleman (2002: 310) define emoção como: “sentimento e raciocínios daí derivados, estados psicológicos e biológicos e o leque de propensões para a acção”. Apesar das centenas de emoções existentes e suas combinações não serem facilmente categorizáveis, Goleman (2003: 310) apresenta famílias básicas de emoções candidatas a um consenso:

Ira: fúria, ultraje, ressentimento, cólera, exasperação, indignação, vexação, acrimónia, animosidade, aborrecimento, irritabilidade, hostilidade e, talvez no extremo, ódio e violência patológicos.

Tristeza: dor, pena, desânimo, desalento, melancolia, autocomiseração, solidão, abatimento, desespero e, quando patológica, depressão profunda.

Medo: ansiedade, apreensão, nervosismo, preocupação, consternação, receio, precaução, aflição, desconfiança, pavor, horror, terror, como psicopatologias, fobia e pânico.

Prazer: felicidade, alegria, alívio, contentamento, satisfação, delícia, divertimento, orgulho, prazer sensual, excitação, êxtase, agrado, euforia, gratificação, bom humor, arrebatamento, entusiasmo e, no extremo, mania.

Amor: aceitação, amizade, confiança, bondade, afinidade, devoção, adoração, fascinação, ágape.

Surpresa: choque, espanto, assombro, admiração.

Aversão: desprezo, desdém, troça, repugnância, nojo, desagrado, repulsa.

Vergonha: culpa, embaraço, desgosto, remorso, humilhação, arrependimento, mortificação e contrição.

A consciência de que esta lista de famílias de emoções não suprime a dificuldade para categorizar as mesmas, faz com que o debate científico sobre a sua classificação continue (Goleman, 2002).

2 - ERRO DE MEDICAÇÃO

O uso de medicamentos é um dos recursos que o homem mais utiliza na busca e na manutenção do seu bem-estar físico e mental (Da Silva *et al.*, 2011). No entanto, o seu uso tem trazido também prejuízos consideráveis à sociedade, sendo hoje considerado um problema de saúde pública mundial (Anacleto *et al.*, 2010).

Não basta que um medicamento tenha qualidade garantida; o seu processo de utilização também deve ser seguro (Rosa e Perini, 2003).

No contexto hospitalar, ao longo dos anos, têm-se evidenciado erros relacionados com a administração de medicamentos que podem afetar os pacientes causando-lhes prejuízos, que vão desde a sua não administração à administração errada (Da Silva *et al.*, 2011). Os medicamentos administrados erradamente podem afetar os pacientes, causando-lhes danos, reações adversas, lesões temporárias, permanentes e até a morte dependendo da gravidade da ocorrência (Carvalho e Cassiani, 2002).

Os erros de medicação são um problema de saúde pública, levando a perdas de vidas e desperdício de recursos financeiros (Rosa e Perini, 2003).

Neste contexto, é importante clarificar o conceito de erro de medicação.

Para Rosa e Perini (2003) a existência de diferentes nomenclaturas dificulta a comparação dos estudos existentes e os profissionais não sabem classificar um evento que vivenciaram ou que irão notificar, o que constitui um obstáculo à visão real do problema.

Perante a dificuldade em encontrar terminologias consensuais, surgiu nos Estados Unidos da América, em 1995, a *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCCMERP). Esta organização pretende maximizar o uso seguro da medicação e aumentar os conhecimentos sobre os erros de medicação, através do uso de uma linguagem uniforme. Para a NCCMERP (1998) o erro de medicação é definido como qualquer evento evitável que pode causar ou conduzir ao uso inadequado da medicação ou causar dano ao paciente, enquanto a medicação está sob o controle do profissional de saúde, paciente ou consumidor. Esses eventos podem estar relacionados com a prática profissional, ou com os próprios medicamentos incluindo a prescrição, a rotulagem, embalagem, nomenclatura, composição, distribuição, administração, formação, monitorização e uso.

A partir desta primeira definição, outras surgiram na tentativa de clarificar cada vez melhor o conceito. Rosa e Perini (2003) definem erro de medicação como qualquer evento

evitável que de facto ou potencialmente pode levar ao uso inadequado do medicamento, podendo ou não lesar o paciente, independentemente do medicamento se encontrar sob o controle do profissional de saúde, do paciente ou do consumidor.

Partindo do conceito de erro de medicação é pertinente fazer a distinção entre este e o conceito de reação adversa, porque, por vezes, são confundidos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), reação adversa a um medicamento é definida como qualquer resposta prejudicial ou indesejável e não intencional que ocorre após a administração de um medicamento em doses normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico, tratamento de uma doença ou para modificação de funções fisiológicas. Enquanto que uma reação adversa, apesar da sua possibilidade de ocorrência, é inevitável, o erro de medicação é, por definição, evitável.

Nos Estados Unidos da América, o Instituto de Medicina fez uma estimativa de que 44000 a 98000 doentes morrem a cada ano, num total de 33,6 milhões de internamentos, devido a erros médicos que poderiam ter sido evitados (Kohn, Corrigan e Donaldson, 2000, citados por Abreu, Rodrigues e Paixão, 2013). Também Carvalho e Vieira (2002) referem que a maioria dos erros médicos está relacionada ao uso de medicações, o que significa que eles podem, muitas vezes, ser evitados. A sua incidência em pacientes pediátricos chega a 9% de todos os erros médicos nos Estados Unidos da América, sendo que 5% deles ocorrem em unidades de tratamento de emergência (Carvalho e Vieira, 2002).

Fragata e Martins (2004) referem que em Portugal, apesar da verdadeira dimensão deste problema ainda ser desconhecida quer na população adulta quer na população pediátrica e considerando que os nossos hospitais têm o mesmo nível de fiabilidade das instituições congéneres americanas, seria possível estimar que ocorrem entre 1300 e 2900 mortes anuais provocadas por erros médicos.

Rosa e Perini (2003: 340) referem que

o carácter prevenível, intrínseco aos erros de medicação, é intrigante: poderá o homem, algum dia, evitar todos os erros ou obter o chamado erro zero ou a perfeição? A condição humana, notadamente falível, não pode pretender isso; entretanto, é preciso ter humildade e sabedoria para aprender com os erros cometidos e usar este conhecimento para melhorar a assistência prestada aos pacientes.

A problemática do erro de medicação é ainda mais importante de ser estudada em contexto pediátrico, uma vez que as crianças possuem características próprias que levam mais facilmente à ocorrência do erro.

2.1 - ERRO DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA

Segundo Walsh, Kaushal e Chessare (2005) a probabilidade de ocorrência de eventos adversos relacionados com medicamentos é três vezes superior em doentes pediátricos do que em adultos.

As rápidas modificações físicas e fisiológicas das crianças e as suas características próprias de absorção, metabolização e excreção das drogas nem sempre são tidas em conta na seleção e utilização dos fármacos. As crianças possuem características próprias que implicam ajustes na prescrição, na preparação e administração de medicação. As diluições (quando necessárias) nem sempre têm em conta as peculiaridades de cada criança e muitos fármacos são elaborados sob a forma de solução extemporânea, tendo que ser manipulados pelos enfermeiros para administrar a dose correta a cada criança. Ao contrário do que se verifica no adulto, as doses de medicação pediátrica não são padronizadas e, por vezes, é necessário efetuar múltiplas operações matemáticas, que favorecem a ocorrência do erro (Belela, Pedreira e Pertelini, 2011).

Segundo a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO, 2008) as crianças estão mais predispostas a erros de medicação que a população adulta porque possuem vários fatores que revelam a sua vulnerabilidade ao erro de medicação, entre os quais:

- a maioria dos medicamentos usados em crianças são formulados para adultos; antes de os administrar às crianças é necessário preparar diferentes volumes e concentrações, o que requer muitas tarefas e cálculos, aumentando significativamente a possibilidade da ocorrência de erro;

- muitos locais para atendimento de crianças estão primeiramente orientados para as necessidades dos adultos e os profissionais não estão treinados para o cuidado à criança. Os serviços de emergência podem ser um ambiente de risco para a criança;

- as crianças mais novas, mais pequenas e doentes são, normalmente, menos capazes de, em termos fisiológicos, tolerar um erro de medicação, devido ao facto das suas funções renais, imunológicas e hepáticas se encontrarem ainda em desenvolvimento;

- as crianças muito novas não têm capacidade para comunicar possíveis efeitos adversos que a medicação possa estar a causar.

Aproximadamente 80% dos medicamentos comercializados para adultos não são destinados à população pediátrica, embora essa falta de indicação não signifique que esses medicamentos sejam ineficazes, perigosos ou contraindicados quando usados em crianças. Apesar do uso frequente de medicação na população pediátrica e da sua eficácia comprovada, a indústria farmacêutica ainda não criou formulações pediátricas que atendam às necessidades específicas de cada faixa etária, no que diz respeito à forma, concentração e quantidade de droga

comercializada, levando alguns autores a classificarem as crianças como “órfãs de terapia medicamentosa” (Peterlini, Chaud e Pedreira, 2003: 89, citando Kuhn, 1998).

Face a esta realidade torna-se fundamental a adoção de estratégias que previnam a ocorrência do erro de medicação na população pediátrica.

2.2 - ESTRATÉGIAS PARA A PREVENÇÃO DO ERRO DE MEDICAÇÃO

A segurança do cliente durante a hospitalização é um dos seus direitos e é também a prioridade dos profissionais de saúde (Athanasakis, 2012).

A administração segura de medicação requer muita atenção por parte dos profissionais, devido aos vários fatores que interferem durante a mesma, desde a preparação até à sua administração.

Existem várias estratégias usadas pelos profissionais de saúde e pelas instituições que promovem a segurança do doente minimizando a ocorrência do erro de medicação. Essas estratégias relacionam-se sobretudo com a implementação do uso de tecnologias e sistemas de informação, que possibilitam o acesso imediato às informações sobre o doente, reduzem a possibilidade de seleção incorreta do medicamento, garantem prescrições completas e em formato adequado, fornecem suporte para o cálculo de doses e volume para reconstituições e diluições e possibilitam a verificação de interações e incompatibilidades da medicação, contraindicações e alergias (Belela, *et al.*, 2011).

Ainda relativamente ao uso das novas tecnologias, existe atualmente um sistema sofisticado controlado por computador denominado *Pyxies* para distribuição e dispensa de medicamentos. Devido às limitações económicas atuais e escassez de recursos na saúde, dotar todos os serviços com o sistema *Pyxies* surge como uma utopia, uma vez que este sistema é dispendioso. Todavia, considera-se que não se deverá perder este objetivo de vista (Pereira, 2014). A literatura enumera ainda outras estratégias, tais como:

- Verificação dos “cinco certos” da medicação: medicamento certo, a via certa, a dose certa, o doente certo e a hora certa (Diz e Gomes, 2008; Athanasakis, 2012);
- Registo correto da administração de medicação (Anacleto, *et al.*, 2010);
- Uso da denominação comum internacional (DCI) ou do nome genérico (Oliveira, Camargo e Cassiani, 2005; *Paediatric Nursing Associations of Europe* (PNAE), 2012);
- Uso da dose unitária (Oliveira, *et al.*, 2005; Coimbra, 2006; Silva *et al.*, 2007; Anacleto *et al.*, 2010; Franco, Ribeiro, D’Innocenzo e Barros, 2010);

- Uso de sinaléticas para identificar medicamentos com nomes semelhantes e/ou potencialmente perigosos (Athanasakis, 2012);
- Uso da prescrição eletrônica (Carvalho e Vieira, 2002; Oliveira *et al.*, 2005; Coimbra, 2006; Silva *et al.*, 2007; Diz e Gomes, 2008; Anacleto *et al.*, 2010; Belela *et al.*, 2011; Abreu *et al.*, 2013, citando Evans, 2009);
- Uso de código de barras para a medicação e na pulseira de identificação do doente (Carvalho e Vieira, 2002; Oliveira *et al.*, 2005; Coimbra, 2006; Anacleto *et al.*, 2010; Teixeira e Cassiani, 2010; Belela *et al.*, 2011; PNAE, 2012; Abreu *et al.* 2013, citando Evans, 2009);
- Dupla verificação por dois profissionais, uma vez que a probabilidade de os dois cometerem o mesmo erro, na mesma prescrição medicamentosa e com o mesmo doente é baixa (Diz e Gomes, 2008; Anacleto *et al.*, 2010; Athanasakis, 2012; Abreu *et al.*, 2013, citando Evans, 2009);
- Administração apenas da medicação preparada pelo próprio enfermeiro (Diz e Gomes, 2008);
- Uso de seringas especiais para administração de medicação oral, com conexões que não se adaptem aos sistemas de administração endovenosa, de modo a evitar troca da via de administração (Diz e Gomes, 2008; Anacleto *et al.*, 2010; PNAE, 2012);
- Rotulagem correta das seringas e frascos após diluição ou preparação (Diz e Gomes, 2008);
- Limitação do número de apresentações e concentrações disponíveis (Anacleto *et al.*, 2010);
- Limitação das variedades de material tecnológico, como por exemplo as bombas de infusão, de modo a que todos os profissionais estejam familiarizados com os equipamentos e os utilizem sem dificuldade (Coimbra, 2006);
- Padronização dos procedimentos relativamente a administração de medicação: horário, dose, diluição e administração, sobretudo nas medicações de risco principalmente nos cuidados intensivos neonatais, pediatria e cuidados intensivos (Coimbra, 2006);
- Identificação das ampolas de medicamento que têm necessariamente que ser diluídas antes da administração e não armazenamento das mesmas nos *stocks* dos serviços de internamento de modo a evitar a administração endovenosa direta acidental (Anacleto *et al.*, 2010);
- Uso de protocolos que minimizem a via de prescrição oral/telefónica (Diz e Gomes, 2008; Belela *et al.*, 2011; Athanasakis, 2012);

- Uso de PDAs (*Personal Digital Assistants*) que acumulam um grande número de informações atualizadas e que providenciam informação rápida para a tomada de decisão clínica (Abreu *et al.*, 2013, citando Evans, 2009);

- Existência de manuais, em local acessível, com informação sobre todos os medicamentos em uso no hospital - estabilidade, interações, etc. (Oliveira *et al.*, 2005);

- Verificação da regularização das prescrições no sistema informático (Anacleto *et al.*, 2010);

- Inclusão de um farmacêutico na equipa multidisciplinar que verifica a adequação da prescrição e disponibilizar a sua assistência de forma contínua (Coimbra, 2006; Anacleto *et al.*, 2010, Belela *et al.*, 2011);

- Identificação correta do doente através de pulseira de identificação (Franco *et al.*, 2010; Teixeira e Cassiani, 2010);

- Identificação correta do doente com alergias conhecidas (Franco *et al.*, 2010; Teixeira e Cassiani, 2010);

- Formação contínua (Carvalho e Vieira, 2002; Diz e Gomes, 2008, Anacleto *et al.*, 2010; Belela *et al.*, 2011; PNAE, 2012; Abreu *et al.* 2013, citando Evans, 2009);

- Avaliação sistemática da capacidade dos profissionais de saúde para calcular doses de medicação (PNAE, 2012; Athanasakis, 2012);

- Promoção de um ambiente físico adequado: iluminação, ruído, espaço e privacidade (PNAE, 2012; Abreu *et al.* 2013, citando Mahmood, Chaudhury e Valente, 2011);

- Adequação da organização do trabalho: dimensionamento dos recursos humanos, da carga horária e do número de camas (Silva *et al.*, 2007; Diz e Gomes, 2008);

- Notificação dos erros (Diz e Gomes, 2008; Franco, *et al.* 2010; Belela *et al.*, 2011; Athanasakis, 2012; Abreu *et al.* 2013).

Além destas estratégias de âmbito geral, existem outras medidas adicionais a ter em conta relativamente à população pediátrica. A JCAHO (2008) recomenda um grupo de estratégias que visam a redução dos erros de medicação em pediatria e que incluem:

- Normalizar e identificar a medicação, bem como todo o processo de administração de fármacos;

- Estabelecer e manter um sistema de preenchimento de formulários pediátricos para avaliação de fármacos, seleção e uso terapêutico;

- Normalizar a forma de contagem de dias de medicação estabelecendo um protocolo de dia de início;

- Limitar o número de concentrações e as doses elevadas de medicação ao mínimo necessário;

- No caso de crianças que necessitem de tomar medicação oral ou necessitem de nutrição parentérica total após a alta, assegurar que as doses são iguais, àquelas que são administradas no hospital (isto é, o volume das doses a administrar no domicílio, deverá ser igual ao volume administrado no hospital);

- Uma vez que os fármacos em pediatria são calculados em função do peso, deve-se pesar a criança no momento da admissão ou nas 4 horas seguintes no caso de uma situação de emergência. O peso deve ser expresso em quilogramas;

- Não administrar medicamentos de alto risco à criança sem esta estar pesada, exceto no caso de emergência;

- As prescrições devem incluir a dose calculada, bem como a dose por quilo ou por área corporal, para facilitar a dupla confirmação por outros profissionais. As exceções a esta recomendação estão relacionadas com os medicamentos de aplicação tópica, oftálmica e vitaminas;

- Sempre que possível, usar medicação em formulações destinadas especificamente para as crianças;

- Armazenar em diferentes locais a medicação pediátrica e a medicação para adultos, de modo a evitar enganos;

- Os profissionais de saúde da área da pediatria devem ser treinados e ser-lhes facultados programas de formação sobre a medicação pediátrica, que deverá também incluir a forma como reportar os eventos adversos;

- Comunicar aos pais ou cuidadores de forma verbal e escrita, toda a medicação da criança e os seus efeitos secundários. Fazê-los repetir a informação dada e encorajá-los a colocarem questões sobre a medicação a efetuar;

- Ter sempre disponível um farmacêutico com experiência na área da pediatria;

- Estabelecer e implementar procedimentos com a medicação que incluam a prescrição de medicação pediátrica e práticas de administração.

Guilhoto (2013) efetuou um estudo qualitativo num serviço de pediatria de um hospital distrital português com uma amostra de 15 enfermeiros e identificou várias estratégias relevantes propostas pelos mesmos, no sentido de diminuir a ocorrência de erro de medicação. A “confirmação da prescrição a dois” destacou-se com 24% do total de respostas dadas. De seguida, e por ordem decrescente foram mencionadas. “quem prepara administra”, “correta identificação da medicação” e “aumento da concentração” com 12%; a implementação da prescrição eletrónica e a diminuição da carga de trabalho, com 8%; “não ter demasiada

confiança”, “outro elemento da equipa deve confirmar os cálculos”; “medicação identificada com código de barras”, “letra legível”, “aumentar a formação dos profissionais”, “acabar com os rótulos semelhantes ou com a armazenagem de medicamentos semelhantes em conjunto” com 4% cada uma.

Num estudo efetuado por Pereira (2014) num hospital central português, os enfermeiros apresentaram como medidas preventivas de erros o aumento da dotação de profissionais, a existência de um armário com sistema de unidose, o cumprimento do método individual de trabalho, a otimização do aplicativo informático de gestão do medicamento, a otimização na identificação do doente em cada unidade, maior concentração aquando da preparação e administração dos medicamentos, a existência de um espaço físico exclusivo para a preparação da medicação, a existência de rampas de oxigénio em todas as unidades (evitando a troca temporária dos doentes) e a criação de momentos de partilha em equipa para estimular a aprendizagem com erro.

Apesar do uso destas estratégias, os erros de medicação não podem ser totalmente eliminados e o profissional de saúde envolvido na sua ocorrência vivenciará esta experiência de forma própria.

3 - SENTIMENTOS/EMOÇÕES DO ENFERMEIRO DE PEDIATRIA PERANTE O ERRO DE MEDICAÇÃO

Quase todos os profissionais envolvidos na assistência aos pacientes já passaram pela experiência de serem responsáveis por algum erro que causou dano ou possibilidades de dano ao seu paciente. O impacto emocional é sempre grande, tipicamente uma mistura de medo, culpa, raiva, vergonha e humilhação, sendo, na maioria das vezes, vivenciado de forma solitária. (Carvalho e Vieira, 2002).

Um estudo realizado por Santos, Silva, Munari e Miasso (2007) concluiu que os sentimentos mais comuns vivenciados pelos profissionais de enfermagem quando cometem erros de medicação são: pânico, desespero, preocupação, culpa, vergonha, medo e insegurança, o que lhes causa instabilidade pessoal e profissional. Segundo as mesmas autoras (2007), os sentimentos vivenciados vão interferir no cuidado aos clientes e permanecem na lembrança dos profissionais que têm medo de errar novamente.

Padilha, Kitahara, Gonçalves e Sanches (2002) realizaram um estudo quantitativo sobre o mesmo tema e verificaram que, perante uma ocorrência iatrogênica com medicação numa unidade de cuidados intensivos, os sentimentos mais citados pelos profissionais foram: ansiedade (38,1%), impotência (14,6%), culpa (12,3%), raiva (10,4%), preocupação (7,7%), insegurança (6,9%), desespero (3,1%), nenhum (2,3%) e outros (4,6%).

Santos e Padilha (2005) desenvolveram um estudo sobre as condutas profissionais e os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros de serviços de Emergência frente a um evento adverso com medicação. Nesse estudo, o termo erro de medicação e evento adverso foram tratados como tendo igual significado. De um total de 318 sentimentos citados pelos enfermeiros a preocupação foi o sentimento mais mencionado (35%), seguida pela insegurança (16%), raiva e impotência (14% cada um), culpa (12%) e outros (9%).

Segundo Rosa e Perini (2003) os profissionais de saúde, devido à sua formação, não estão preparados para lidar com os erros, pois associam-nos à vergonha, ao medo e às punições.

A possibilidade de ser considerado relapso ou incompetente, de sofrer censuras ou aumento da vigilância, estimula a prática de se encobrir e negar os erros, ao invés de admiti-los. (Carvalho e Vieira, 2002).

O sentimento de culpa por ter causado dano ou até a morte é muito penoso para o profissional e esse sentimento é agravado pela censura do erro e pelas críticas da equipa de enfermagem (Silva *et al* 2007, citando Coimbra, 1999).

De acordo com Silva *et al.* (2007, citando Chiericato, Cassiani e Carvalho, 2001), na ocorrência de erros de medicação, muitos profissionais sentem-se culpados e manifestam reações emocionais que podem desencadear a demissão voluntária do emprego.

Praxedes e Filho (2008, citando Schelbred e Nord, 2007) mencionam que quando o erro grave acontece, o profissional que o cometeu passa por uma experiência traumática.

Na Enciclopédia da Psicologia (2003: 192) o trauma em psicologia é definido como

uma situação involuntária de perigo para a integridade física ou bem-estar de uma pessoa. Vulgarmente apresenta-se de maneira brusca e pouco duradoura, embora também possa prolongar-se. As suas consequências a nível psíquico podem aparecer de imediato (*stress* agudo) ou demorar algum tempo a verificar-se (*stress* pós-traumático) e costumam limitar o posterior funcionamento normal do indivíduo.

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (2012: 1580) o trauma, em psicologia, é “um acontecimento emocionalmente doloroso que torna o sujeito particularmente sensível em situações similares”.

Habitualmente, cada indivíduo possui mecanismos de defesa que utiliza para enfrentar o *stress* e os conflitos emocionais – mecanismos de *coping*. Este conjunto de mecanismos tem a finalidade de reduzir e suprimir qualquer modificação suscetível de colocar em perigo a estabilidade e integridade psicológica do indivíduo (Enciclopédia da Psicologia, 2003). O *coping* eficaz reduz o stress e aumenta o sentimento de mérito individual (Opperman e Cassandra, 2001). Quando tal não acontece, o indivíduo por si só, não é capaz de manter o equilíbrio e necessita de apoio vindo do exterior para o restabelecer. Este apoio pode assumir três formas: apoio emocional, apoio psicológico e apoio psiquiátrico.

Motta e Crepaldi (2005: 107, citando Sluzki, 1997) apresentam o seguinte conceito de apoio emocional: “intercâmbios que conotam uma atitude emocional positiva, clima de compreensão, simpatia, empatia, estímulo e apoio; é o poder contar com a ressonância (...) e a boa vontade do outro; é o tipo de função característica das amizades íntimas e das relações familiares próximas”.

Relativamente ao apoio psicológico, este é uma forma de terapia em que o psicólogo, dentro da clínica apresentada, “ensina a pessoa que o procura a modificar comportamentos inoperantes e a aprender outros que possam melhorar a sua qualidade de vida, dando ênfase aos processos mentais e emocionais” (Enciclopédia da Psicologia, 2003: 162).

Nalguns casos, perante um trauma, pode ser necessário recorrer ao apoio psiquiátrico. Este tipo de apoio é efetuado pelo psiquiatra, ou seja, um médico especializado em psiquiatria que “estuda as doenças mentais, pretendendo conhecer as suas origens, preveni-las e tratá-las

convenientemente” (Enciclopédia da Psicologia, 2003: 164) e que pode medicar o cliente, se necessário.

O psicólogo e o psiquiatra podem trabalhar em complementaridade e inclusive utilizar estratégias semelhantes no apoio ao cliente. A psicoterapia é uma técnica que pode ser usada por ambos e define-se como “qualquer tratamento das doenças psíquicas através de estratégias ou técnicas psicológicas que pode ser aplicada tanto a grupos de pessoas como de maneira individual (Enciclopédia da Psicologia, 2003: 164).

Os três tipos de apoio referidos podem ser usados em simultâneo ou isoladamente e têm como finalidade permitir o funcionamento adequado do indivíduo e ajudá-lo a restabelecer o seu equilíbrio.

3.1 – RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO PERANTE O ERRO DE MEDICAÇÃO

No exercício da profissão de enfermagem, a preparação e administração de medicação constituem grande parte da carga horária diária do enfermeiro, pelo que esta classe profissional está muito sujeita a cometer erros (Da Silva, De Faveri e Lorenzini, 2014).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, citando Clayton e Stock, 2006) o enfermeiro deve atender aos seis certos da medicação: a pessoa certa, o medicamento certo, a dose certa, o horário certo, a via correta e o registo / documentação correta (desde a transcrição da prescrição até à reação da pessoa ao fármaco).

A Ordem dos Enfermeiros (2003: 8) refere que o enfermeiro deve “proceder à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detém, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais”.

O enfermeiro deverá ser detentor de conhecimentos técnicos e científicos que lhe permitam compreender as prescrições médicas no caso de estas serem pouco explícitas ou entrarem em contradição. Apesar da administração de medicação ser uma atividade interdependente, não iliba o enfermeiro da responsabilidade em caso de erro (Alves, 2009).

Os enfermeiros são considerados elementos fulcrais na prevenção do erro de medicação, pois são os responsáveis pelo planeamento, preparação, administração e monitorização da mesma, podendo até intercalar algum tipo de erro de prescrição. Por isso, os enfermeiros são a última barreira entre o erro e o doente (Guilhoto, 2013).

Em 2012, a *Paediatric Nursing Associations of Europe* (PNAE) emite uma tomada de decisão reforçando a ideia de que os enfermeiros pediátricos deveriam ser líderes na redução de

erros clínicos e eventos adversos com medicamentos em crianças, uma vez que não são apenas responsáveis por alguns deles, mas principalmente porque os enfermeiros são como a última linha de defesa para a sua prevenção.

Assim, quando um erro de medicação acontece, há a tendência para culpabilizar o enfermeiro que administra o fármaco.

O erro de medicação pode acontecer em qualquer etapa do processo de administração de fármacos e pode ser cometido por qualquer um dos profissionais envolvidos nesse processo sendo por isso um problema multifatorial. Apesar da responsabilização pessoal do enfermeiro não poder ser excluída, o erro deve analisar-se numa perspetiva sistémica, o que permite conhecer as causas para a sua ocorrência, procurando assim construir um sistema seguro (Alves, 2009).

Os profissionais de saúde que lidam com vidas humanas são formados sob lema da infalibilidade. Assim, quando um erro ocorre a tendência é omiti-lo, uma vez que a culpa é normalmente dirigida ao profissional que está no fim da linha, negligenciando a procura das causas sistémicas do problema (Rosa e Perini, 2003).

A presença de uma cultura punitiva perante o profissional que comete o erro leva à subnotificação do mesmo e reflete que esta responsabilidade não é partilhada entre o profissional e a instituição (Praxedes e Filho, 2008).

Carvalho e Cassiani (2002: 524) referem que “o medo de punições, demissão, o sentimento de culpa e as preocupações com a gravidade do erro podem levar os indivíduos envolvidos a subnotificarem o erro”.

Abreu *et al.* (2013, citando Evans 2009) referem que a notificação dos erros de medicação é fundamental porque através da exploração das suas causas se pode verificar a necessidade de formação e treino dos profissionais. A notificação dos erros remete para uma cultura de aprendizagem com o erro e não para uma cultura de culpabilização e penalização do profissional envolvido.

Segundo Diz e Gomes (2008: 6) “para a génese de um qualquer erro contribuem não só as atitudes e/ou práticas de atuação individual, mas sobretudo os elementos de vulnerabilidade que residem na própria estrutura do sistema organizacional e que facilitam ou potenciam a ocorrência de erros”, ou seja, na análise de uma situação de erro é fundamental considerar não só a atitude das pessoas envolvidas, como também o sistema em que os mesmos se inserem e atuam. Dessa maneira os erros poderão ser relatados e notificados, de modo a que ocorra a investigação das suas causas (Teixeira e Cassiani, 2010) e se possa aprender com eles, tendo em vista a prestação de cuidados mais seguros.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1 - METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

2 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1 - METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

Fortin (1999: 372) define metodologia como o “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”.

Como enfermeira em pediatria e consciente que os erros de medicação não podem ser eliminados sendo a sua ocorrência maior na população pediátrica, optou-se por realizar um estudo que permitisse explorar esta realidade. É um assunto atual, de interesse para o investigador e pertinente para a prática profissional dos enfermeiros.

Neste sentido, delinearão-se as seguintes questões de investigação:

- Quais são os sentimentos/emoções que o enfermeiro de pediatria experiencia quando comete um erro de medicação?
- Quais são os apoios que o enfermeiro de pediatria considera importantes para ultrapassar o facto de ter cometido um erro de medicação, quando daí resultar algum trauma emocional?
- Quais são as estratégias que o enfermeiro de pediatria utiliza para evitar os erros de medicação?
- Quais são as estratégias/medidas institucionais que o enfermeiro de pediatria considera importantes e que propõe para a prevenção do erro de medicação?

De acordo com as questões de investigação delineadas foram definidos os seguintes objetivos para este estudo:

- Identificar os sentimentos/emoções que o enfermeiro de pediatria experiencia quando comete um erro de medicação;
- Identificar os apoios que o enfermeiro de pediatria considera importantes para ultrapassar o facto de ter cometido um erro de medicação, quando daí resultar algum trauma emocional;
- Identificar as estratégias que o enfermeiro de pediatria adota para evitar os erros de medicação;
- Identificar as estratégias /medidas institucionais que o enfermeiro de pediatria considera importantes e que propõe para a prevenção do erro de medicação no seu local de trabalho.

O tipo de estudo a realizar depende não só das questões de investigação como também dos objetivos do estudo.

1.1 - TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo definido para a realização desta investigação é exploratório-descritivo, com uma abordagem quantitativa e transversal.

Os estudos exploratório-descritivos consistem em “descrever, nomear ou caracterizar um fenômeno, uma situação ou um acontecimento, de modo a torná-lo conhecido (...) quando existem poucos ou nenhuns conhecimentos sobre um fenômeno” (Fortin, 1999: 52).

Serapioni (2000: 188) refere que: “a investigação quantitativa (...) tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis”.

Este estudo insere-se no âmbito da pesquisa transversal uma vez que “o estudo transversal serve para medir a frequência da aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento” (Fortin, Côté e Fillion, 2009: 252).

Para a realização de qualquer estudo é necessário definir as variáveis que vão ser estudadas.

1.2 - VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

Uma variável é uma qualidade, propriedade ou característica de um objeto, de uma pessoa ou de uma situação que é estudada numa investigação (Fortin, 1999).

Pocinho (2012) refere que nos estudos exploratórios, descritivos e, em alguns casos, descritivo-correlacionais podem definir-se as variáveis como primárias, secundárias e complementares. As primeiras são consideradas como as principais no estudo e as únicas que têm peso na conclusão; as segundas são importantes para avaliar a situação em estudo, mas raramente são determinantes na conclusão do mesmo; as últimas são utilizadas para caracterizar a população ou amostra.

Segundo Freixo (2000) a definição conceptual das variáveis serve de orientação para a definição operacional das mesmas. Por sua vez, a definição operacional atribui um significado a um conceito ou a uma variável precisando também as operações necessárias à sua medida. Freixo (2000: 175) refere que: “dado que o processo de investigação consiste numa série de operações, é necessário converter as variáveis, consideradas em abstrato ou na sua forma conceptual, em formas operacionais”. Operacionalizar as variáveis consiste em torná-las mensuráveis.

Neste estudo, optou-se por usar a nomenclatura definida por Pocinho (2012), definindo-se as seguintes variáveis:

- **Variável primária:** *sentimentos e emoções* do enfermeiro de pediatria que comete o erro de medicação.

Os sentimentos/emoções caminham lado a lado; fazem parte da nossa vida, regulam o nosso estado interior na busca de equilíbrio, afetam o nosso organismo e orientam o nosso comportamento (Damásio, 2001). Damásio (2013) refere que a emoção é um conjunto de respostas motoras que o cérebro faz aparecer no nosso corpo como resposta a algum evento e que, por sua vez, o sentimento é a forma como a mente vai interpretar esse conjunto de movimentos. Esta variável foi operacionalizada em: “nenhum”, “medo”, “ansiedade”, “vergonha”, “culpa”, “impotência”, “raiva”, “pânico”, “desespero”, “insegurança”, “preocupação” e “outro”.

- **Variáveis secundárias:** *erro de medicação, trauma emocional, apoio e estratégias do enfermeiro.*

O erro de medicação é qualquer evento evitável que de facto ou potencialmente pode levar ao uso inadequado do medicamento, podendo ou não lesar o paciente, independentemente do medicamento se encontrar sob o controle do profissional de saúde, do paciente ou do consumidor (Rosa e Perini, 2003). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, citando Clayton e Stock, 2006) o enfermeiro deve atender aos seis certos da medicação: a pessoa certa, o medicamento certo, a dose certa, o horário certo, a via correta e o registo / documentação correta (desde a transcrição da prescrição até à reação da pessoa ao fármaco). Foi operacionalizado em “sim e “não” consoante a perceção individual de ter cometido erro ou não.

O trauma, em psicologia, é “um acontecimento emocionalmente doloroso que torna o sujeito particularmente sensível em situações similares” (Dicionário da Língua Portuguesa, 2012: 1580). Foi operacionalizado em “sim” e “não” consoante a perceção individual da sua existência, ou não, após cometer um erro de medicação.

O apoio resulta de uma ajuda vinda do exterior quando o indivíduo não consegue por si só manter o seu equilíbrio interior. Foi operacionalizado em “sim” e “não” consoante a perceção de cada enfermeiro da sua necessidade e em “psicológico”, “emocional” ou “outro”, conforme o tipo de apoio considerado adequado. O local onde obteve esse apoio refere-se à pessoa ou grupo de pessoas capazes de proporcionar o tipo de apoio de que necessita. Foi operacionalizado em: “família”, “amigos”, “colegas de trabalho”, “instituição onde trabalha”, “noutro local” e “não encontrei o apoio de que necessitava”.

As estratégias que minimizam a ocorrência do erro de medicação são medidas adotadas pelos profissionais de saúde e pelas instituições que visam a promoção da segurança do doente. Foram operacionalizadas em: “prescrição eletrónica”; “dose unitária”; “uso da denominação comum internacional (DCI) ou do nome genérico”; “uso de sinaléticas para identificar medicamentos com nomes semelhantes e/ou potencialmente perigosos”; “existência de manuais, em local acessível, com informação sobre todos os medicamentos em uso no hospital

(estabilidade, interações, etc.)”; “uso de protocolos que minimizem a via de prescrição oral/ telefónica”; “verificação da regularização das prescrições orais no sistema informático”; “identificação correta da criança/jovem; identificação correta da criança/jovem com alergias conhecidas”; “formação contínua”; “ambiente físico e organização do trabalho”; “registo correto da administração de medicação”; “notificação dos erros” e “outras”, onde o enfermeiro poderá identificar outras estratégias que não foram sugeridas pelo investigador.

- **Variáveis complementares:** *dados sociodemográficos da amostra* - idade, género, categoria profissional, tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional em pediatria.

A idade corresponde ao número de anos que uma pessoa conta desde o seu nascimento até à época de que se fala (Dicionário da Língua Portuguesa, 2012). Foi operacionalizada em quatro classes: “20-30 anos”, “31-40 anos”, “41-50 anos” e “maior que 50 anos”.

O género relaciona-se com os papéis masculino e feminino, que estão mais ou menos estereotipados e contêm uma forte conotação cultural e social (Enciclopédia da Psicologia, 2003). A sua operacionalização fez-se em “feminino” e “masculino”.

A categoria profissional corresponde à categoria que o enfermeiro detém à data da colheita de dados. Esta variável foi operacionalizada em quatro categorias de acordo com a antiga carreira de enfermagem: “enfermeiro”, “enfermeiro graduado”, “enfermeiro especialista” e “enfermeiro-chefe”.

O tempo de exercício profissional e o tempo de exercício profissional em pediatria são duas variáveis operacionalizadas em números absolutos. A primeira refere-se ao número de anos a trabalhar como enfermeiro e a segunda refere-se ao número de anos a trabalhar como enfermeiro na área de pediatria.

As variáveis foram organizadas num instrumento de colheita de dados de forma a dar resposta às questões de investigação e permitir a recolha de informação.

1.3 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Cabe ao investigador escolher o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao seu estudo.

“O questionário é o instrumento mais usado para a recolha de informação (...) sendo constituído por um conjunto de enunciados ou de questões que permitem avaliar atitudes, opiniões dos sujeitos ou colher qualquer outra informação junto desses mesmos sujeitos” (Freixo, 2011: 197).

Neste caso escolheu-se o questionário como instrumento de colheita de dados (apêndice I), pelas vantagens que apresenta: é pouco dispendioso, permite o anonimato, não exige a presença do investigador para o seu preenchimento e dá liberdade aos inquiridos para responder quando lhes for mais conveniente. Além disso, limita-os às questões formuladas, sem que estes as possam alterar, daí ser mais fácil obter resposta ao que se pretende conhecer (Fortin, 1999).

O questionário é uma das formas de colheita de dados dos estudos descritivos. Na sua elaboração devem ter-se em conta os aspetos relacionados com o anonimato e confidencialidade, bem como com a sua apresentação gráfica e linguagem utilizada. As instruções de preenchimento, a introdução e as questões deverão ser claras e de fácil compreensão. A capacidade de compreensão e de escrita dos inquiridos podem comprometer a aplicação do questionário (Fortin, 1999). Uma forma de tentar evitar essa lacuna é aplicar um pré-teste do mesmo.

O pré-teste tem como objetivo principal avaliar a eficácia e a pertinência do questionário ao mesmo tempo que verifica se os termos utilizados são claros, compreensíveis, se as questões permitem colher as informações desejadas e se o questionário não é muito longo provocando desinteresse. Realiza-se a pelo menos 10 sujeitos e permite descobrir as falhas ou dificuldades que sentiram durante o preenchimento (Fortin, 1999).

No caso deste estudo, foi feito um pré-teste a 10 enfermeiros, após o qual houve necessidade de efetuar uma pequena alteração numa questão. O questionário ficou constituído por duas partes: a primeira parte refere-se à caracterização da amostra: idade, género, categoria profissional, tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional em pediatria; a segunda parte refere-se à problemática do erro de medicação e é constituída por perguntas fechadas e abertas, cujas respostas pretendem conhecer os sentimentos e atitudes de cada enfermeiro face ao erro de medicação. Este questionário foi posteriormente fornecido aos enfermeiros que constituem a população do estudo.

1.4 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

Fortin (1999: 41) define população como sendo constituída por “todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”.

Na impossibilidade de estudar toda a população é necessário selecionar uma amostra.

A amostra é “um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados de uma população que são convidados a participar no estudo. É uma réplica, em miniatura, da população-alvo” (Fortin, 1999: 41).

Há vários tipos de técnicas de amostragem, entre elas a não probabilística e acidental (ou por conveniência) uma vez que cada elemento da população tem probabilidade diferente de ser escolhido para fazer parte da amostra (Freixo, 2011), estando facilmente acessível, num local e momento determinado (Fortin, 1999).

A população deste estudo é constituída pelos enfermeiros que trabalham na área da pediatria. Por limitações de tempo e recursos do investigador, a amostra é constituída pelos enfermeiros que trabalham nos serviços de pediatria, neonatologia, urgência pediátrica e consulta externa de pediatria do Hospital Sousa Martins, do Hospital Pêro da Covilhã e do Hospital Amato Lusitano, no momento da colheita e dados e que aceitaram participar no estudo, devolvendo o questionário preenchido.

Distribuíram-se 117 questionários pelos hospitais referidos anteriormente.

Qualquer investigação efetuada com seres humanos levanta questões éticas e morais que não podem ser descuradas pelo investigador.

1.5 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

Para efetuar a colheita de dados no Hospital Sousa Martins, no Hospital Pêro da Covilhã e no Hospital Amato Lusitano, foi solicitada autorização ao Conselho de Administração das três instituições referidas. Juntamente com o pedido de autorização para a colheita de dados, que foi assinado pela orientadora, foi anexado o resumo do projeto de investigação e um exemplar do questionário.

Na folha de rosto do questionário foram mencionados os aspetos relacionados à identificação do investigador, âmbito do estudo, tema, objetivos e garantia de anonimato e confidencialidade.

Todos os pedidos receberam resposta favorável (anexo I).

Seguiu-se a deslocação a todos os serviços onde se pretendia efetuar a colheita de dados e deu-se a conhecer aos enfermeiros chefes/responsáveis dos serviços o estudo em questão. Em todos os locais os enfermeiros-chefes/responsáveis prontificaram-se a promover a distribuição dos questionários no seio da equipa de enfermagem. Tal como predefinido, a colheita de dados foi feita durante um mês após a autorização da mesma.

Os dados colhidos através do questionário foram sujeitos a análise e tratamento estatístico.

1.6 - TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados obtidos nas perguntas fechadas do questionário foram tratados estatisticamente através do programa informático *SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 23* e inseridos de forma codificada numa matriz de dados.

Os dados obtidos nas perguntas abertas do questionário foram abordados recorrendo ao método de análise de conteúdo, de forma manual e com recurso a aconselhamento de peritos.

Segundo Krippendorff (1980) para averiguar a validade da análise de conteúdo é necessário recorrer a três peritos e encontrar uma concordância de cerca de 90% entre eles.

Segundo Amado (2000: 61) “a análise de conteúdo é um processo adequado à análise de dados qualitativos, em que o investigador quer apreender e aprender algo a partir do que os sujeitos lhe confiam, nas suas próprias palavras.” A análise de conteúdo permite uma rigorosa e objetiva representação dos conteúdos das mensagens (Amado, 2000).

Para a utilização deste método é necessária a transcrição das respostas dadas e a posterior criação de categorias. Estas, por sua vez, correspondem ao agrupamento das unidades de registo sob um título geral, devido ao facto de possuírem características comuns, procurando simplificar os dados em bruto (Bardin, 1991). Uma unidade de registo é um fragmento indicativo de uma característica “é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como uma unidade de base, visando a categorização” (Bardin, 1991: 135).

O tratamento dos dados permitiu passar à fase seguinte do estudo – a apresentação dos dados, análise e discussão dos resultados.

2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo é feita a apresentação dos dados, a análise e discussão dos resultados obtidos.

A ordem pela qual os dados são apresentados respeita a ordem do questionário.

Intencionalmente não foi feita a identificação da proveniência dos questionários de modo a garantir a confidencialidade dos dados obtidos, bem como o anonimato dos inquiridos.

Dos 117 questionários entregues nos vários serviços foram rececionados 69, o que corresponde a uma taxa de resposta de 58,97%.

2.1 – CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Como se pode constatar pela tabela 1, relativamente à idade da amostra deste estudo, a classe modal é no intervalo de idades compreendidas entre 41-50 anos, representando 47,8% da amostra. Seguem-se as classes de idades compreendidas entre 31- 40 anos com 33,3%, a classe de idades superior a 50 anos com 14,5% e, por último, a classe de idades compreendidas entre 20-30 anos com 4,4%.

Tabela 1 – Distribuição da amostra de acordo com a idade

Idade (anos)	F	%
20-30	3	4,4
31-40	23	33,3
41-50	33	47,8
>50	10	14,5
Total	69	100,0

Através da tabela 2 pode verificar-se que o género feminino é o mais frequente, correspondendo a 85,5% da amostra, o que era previsível uma vez que a profissão de enfermagem esteve sempre mais associada ao género feminino, sobretudo na área de pediatria.

Tabela 2 – Distribuição da amostra de acordo com o género

Género	F	%
Feminino	59	85,5
Masculino	10	14,5
Total	69	100,0

Quanto à categoria profissional, 49,3% da amostra é constituída por enfermeiros especialistas, 33,3% por enfermeiros graduados, 14,5% por enfermeiros e 2,9% por enfermeiros chefes, conforme demonstrado na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição da amostra de acordo com a categoria profissional

Categoria profissional	F	%
Enfermeiro	10	14,5
Enfermeiro graduado	23	33,3
Enfermeiro especialista	34	49,3
Enfermeiro chefe	2	2,9
Total	69	100,0

Relativamente aos 34 enfermeiros especialistas da amostra, houve 1 que não especificou a especialidade que detém. Dos 33 enfermeiros especialistas restantes 91,0% são especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, 3,0% em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 3,0% em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, conforme demonstrado na tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição da amostra de acordo com a especialidade

Especialidade	F	%
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria	31	91,0
Enfermagem Médico-Cirúrgica	1	3,0
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria	1	3,0
Não respondeu	1	3,0
Total	34	100,0

Relativamente ao tempo de exercício profissional, 29,0% da amostra exerce a profissão há mais de 21 e menos de 25 anos, 20,3% entre os 16-20 anos e 17,4% entre os 6-10 anos, conforme tabela 5. Apresentam uma média de 19,55 anos de tempo de exercício profissional, desvio padrão de 7,535, com mínimo de 3 anos e máximo de 34 anos de tempo de exercício profissional.

Tabela 5 – Distribuição da amostra de acordo com o tempo de exercício profissional

Tempo de exercício profissional (em anos)	F	%
0-5	2	2,9
6-10	12	17,4
11-15	6	8,7
16-20	14	20,3
21-25	20	29,0
26-30	9	13,0
> 30	6	8,7
Total	69	100,0

Relativamente ao tempo de exercício profissional em pediatria, 23,2% da amostra exerce a sua profissão há mais de 11 e menos de 15 anos, 20,3% entre os 21-25anos, 18,8% entre os 16-20anos e 16,0% entre os 6-10 anos, conforme tabela 6. Apresentam uma média de 15,91 anos de exercício profissional na área da pediatria, desvio padrão de 7,933, com mínimo de 0 anos (só alguns meses) e máximo de 33 anos de exercício profissional na área da pediatria.

Tabela 6 – Distribuição da amostra de acordo com o tempo de exercício profissional em pediatria

Tempo de exercício profissional em pediatria (em anos)	F	%
0-5	7	10,1
6-10	11	16,0
11-15	16	23,2
16-20	13	18,8
21-25	14	20,3
26-30	6	8,7
> 30	2	2,9
Total	69	100,0

A amostra é constituída sobretudo por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (91,0%), que trabalham em enfermagem em média há 19,55 anos, e na área de pediatria, em média, há 15,91 anos, o que indica que a amostra é constituída sobretudo por enfermeiros com vasta experiência na área da pediatria.

2.2 - SENTIMENTOS/EMOÇÕES DO ENFERMEIRO DE PEDIATRIA PERANTE O ERRO DE MEDICAÇÃO

Dos 69 elementos da amostra, 65,2% referiu já ter cometido um erro de medicação e 34,8% referiu que não, de acordo com o exposto na tabela 7.

Tabela 7 – Existência de erro de medicação

Erro de medicação	F	%
Sim	45	65,2
Não	24	34,8
Total	69	100,0

A Ordem dos Enfermeiros (2010, citando Clayton e Stock, 2006) refere que o enfermeiro deve atender aos seis certos da medicação: a pessoa certa, o medicamento certo, a dose certa, o horário certo, a via correta e o registo / documentação correta (desde a transcrição da prescrição até à reação da pessoa ao fármaco).

Segundo Carvalho e Vieira (2002), quase todos os profissionais envolvidos na assistência aos pacientes já passaram pela experiência de serem responsáveis por algum erro que causou dano ou possibilidades de dano ao seu paciente. Neste estudo isso não se verificou, uma vez que mais de 1/3 da amostra respondeu que não cometeu erro de medicação.

Ao longo da vida de cada indivíduo as experiências vividas provocam-lhe um conjunto de sentimentos e emoções. Nesse sentido, é natural que perante o erro de medicação o enfermeiro vivencie sentimentos e emoções face ao sucedido.

Os sentimentos/emoções vivenciados pelos 45 enfermeiros que cometeram um erro de medicação, encontram-se mencionados na tabela 8. Cada enfermeiro pôde selecionar todos os sentimentos/emoções da lista apresentada e, eventualmente, acrescentar outros. Optou-se por permitir a escolha de vários sentimentos/emoções uma vez que, tal como refere Carvalho e Vieira (2002: 265) “o impacto emocional provocado pelo erro é sempre grande, tipicamente uma mistura de medo, culpa, raiva, vergonha e humilhação (...).

De um total de 133 registos de sentimentos/emoções, a preocupação foi o sentimento/emoção com maior frequência (25,6%). De seguida, e por ordem decrescente, foi referida a ansiedade (21,8%), a culpa (18,8%), o medo (9,0%), a vergonha (6,8%), a impotência (6,0%), a raiva (3,7%), a insegurança (3,0%), o pânico e o desespero (2,3% cada um).

Um dos inquiridos referiu não ter experienciado nenhum tipo de sentimento/emoção após cometer um erro de medicação (0,7%).

Tabela 8 – Sentimentos/emoções vivenciados pelo enfermeiro após cometer erro de medicação

Sentimentos/emoções	F	%
Preocupação	34	25,6
Ansiedade	29	21,8
Culpa	25	18,8
Medo	12	9,0
Vergonha	9	6,8
Impotência	8	6,0
Raiva	5	3,7
Insegurança	4	3,0
Pânico	3	2,3
Desespero	3	2,3
Nenhum	1	0,7
Total	133	100,0

Um estudo realizado por Santos, *et al.* (2007) concluiu que os sentimentos mais comuns vivenciados pelos profissionais de enfermagem quando cometem erros de medicação são: pânico, desespero, preocupação, culpa, vergonha, medo e insegurança, o que lhes causa instabilidade pessoal e profissional. Esses sentimentos também foram mencionados pela amostra deste estudo, embora tenham sido ainda referidos outros, com grande frequência, sobretudo a ansiedade (21,8%).

No estudo de Santos e Padilha (2005) sobre as condutas profissionais e os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros de serviços de Emergência frente a um evento adverso com medicação, a preocupação foi o sentimento mais mencionado (35%), tal como se verificou na presente investigação em que a preocupação foi o sentimento/emoção dominante (25,6%). A insegurança (16%), raiva e impotência (14% cada um), culpa (12%) e outros (9%) também foram mencionados no estudo de Santos e Padilha (2005), por ordem decrescente. Verificou-se exatamente o oposto relativamente à amostra em estudo, uma vez que esses sentimentos/emoções são mencionados de forma crescente, ou seja, insegurança (3%), raiva (3,7%), impotência (6%) e culpa (18,8%).

É importante mencionar que um dos inquiridos referiu não ter experienciado nenhum tipo de sentimento/emoção após cometer um erro de medicação. Este resultado pode significar que o enfermeiro não considerou grave o erro que cometeu ou que não refletiu sobre a resposta.

Nem todos os sentimentos e emoções vivenciados têm a mesma carga emocional, alguns podem provocar maior sofrimento ao indivíduo que outros.

Dos 44 enfermeiros que experienciaram algum tipo de sentimento/emoção após cometer um erro de medicação, 15,9% referiu ter vivenciado algum trauma emocional e 84,1% referiu que não, conforme exposto na tabela 9.

Tabela 9 – Existência de trauma emocional após cometer erro de medicação

Trauma emocional	F	%
Sim	7	15,9
Não	37	84,1
Total	44	100,0

Praxedes e Filho (2008, citando Schelbred e Nord, 2007) mencionam que quando o erro grave acontece, o profissional que o cometeu passa por uma experiência traumática.

O facto de nesta amostra 84,1% dos 44 enfermeiros ter respondido que os sentimentos/emoções que vivenciaram não lhe provocaram um trauma emocional, pode significar que o erro não foi considerado grave, ou que não provocou dano significativo no cliente pediátrico.

Os 7 enfermeiros que vivenciaram um trauma emocional responderam à questão aberta: “de que forma o erro que cometeu influenciou a sua vida?”, identificando-se 4 categorias e 8 unidades de registo (apêndice II e tabela 10). A categoria com mais unidades de registo foi a atenção (62,5%), em que o enfermeiro refere, por exemplo, “redobrar a atenção” (Q₄₃) com 5 unidades de registo. Observou-se, 1 unidade de registo (12,5%) em cada uma das restantes categorias: na categoria da insegurança “durante algum tempo senti muita insegurança na preparação da medicação” (Q₃₈), na categoria da vergonha “senti-me mal no sentido profissional, pois a criança teve uma reação imediata ficando com rubor/ardor no braço” (Q₁₆) e na categoria da mudança de comportamento “estar consciente que errar é humano e é importante adotar estratégias para minimizar o erro” (Q₆₄).

Tabela 10 - Influência do erro de medicação na vida do enfermeiro

Categoria	F	%
Atenção	5	62,5
Insegurança	1	12,5
Vergonha	1	12,5
Mudança de comportamento	1	12,5
Total	8	100,0

Este resultado indica que os enfermeiros ficaram sobretudo mais atentos após o sucedido. Provavelmente, a lembrança do erro diminuirá a probabilidade de errar novamente, uma vez que o enfermeiro estará mais atento enquanto prepara e administra a medicação.

2.3 – APOIO AO ENFERMEIRO PERANTE O ERRO DE MEDICAÇÃO E ESTRATÉGIAS PARA A SUA PREVENÇÃO

Dos 7 enfermeiros que referiram ter vivenciado um trauma emocional 28,6% referiu ter necessitado de apoio e 71,4% referiu que não (tabela 11).

Tabela 11 – Necessidade de apoio após cometer erro de medicação

Necessidade de apoio	F	%
Sim	2	28,6
Não	5	71,4
Total	7	100,0

Este resultado pode indicar que os enfermeiros desta amostra possuem mecanismos internos eficazes para ultrapassar o trauma vivido, não sentindo necessidade de apoio de outros para o fazer.

Os dois elementos da amostra que necessitaram de apoio após cometer erro de medicação referiram que necessitaram de apoio emocional; um deles obteve esse apoio junto dos colegas de trabalho e o outro obteve esse apoio junto da família e dos colegas de trabalho.

De modo a conhecer a opinião de todos os enfermeiros da amostra, independentemente de terem cometido erro de medicação ou não, foi colocada a questão aberta: “*que tipo (s) de apoio considera importante (s) para ajudar o enfermeiro que comete um erro de medicação, quando daí resultar um trauma emocional?*”. A esta questão responderam 59 inquiridos, ou seja, 85,5% da amostra e identificaram-se 3 categorias e 82 unidades de registo (apêndice III e tabela 12). A categoria do apoio psicológico em que o enfermeiro refere, por exemplo, “apoio psicológico” (Q₂₄) e a categoria do apoio emocional em que o enfermeiro refere, por exemplo, “apoio dos colegas de trabalho” (Q₁₁) são referidas com a mesma frequência (48,8%), correspondendo a 40 unidades de registo cada uma. Por fim, a categoria do apoio psiquiátrico com 2,4% correspondendo a 2 unidades de registo onde é referido, por exemplo, “apoio psiquiátrico” (Q₆₅).

Tabela 12 – Tipos de apoio que o enfermeiro considera importantes para ultrapassar o trauma emocional resultante de um erro de medicação

Categoria	F	%
Apoio psicológico	40	48,8
Apoio emocional	40	48,8
Apoio psiquiátrico	2	2,4
Total	82	100,0

Na sua prática diária o enfermeiro adota estratégias que lhe permitem evitar os erros e manter a segurança dos cuidados. Nesse sentido, foi elaborada uma questão aberta: “*que estratégias/medidas pessoais utiliza para evitar cometer erros de medicação?*” à qual responderam 65 inquiridos, ou seja, 94,2% da amostra tendo-se identificado 11 categorias e 93 unidades de registo (apêndice IV e tabela 13). A categoria com maior frequência foi a dupla confirmação (24,7%) com 23 unidades de registo, em que é referido “dupla confirmação pessoal e, se possível, por um colega também” (Q₆₇). Segue-se a categoria da atenção/concentração (21,5%) com 20 unidades de registo: “estar atenta e com muita concentração no que se está a fazer” (Q₂₈), a categoria da confirmação dos 6 “certos” da medicação (13,0%) com 12 unidades de registo: “verificação dos 6 certos da medicação” (Q₄₀), a categoria da confirmação dos 3

“certos” da medicação (8,6%) com 8 unidades de registo: “confirmar o utente, dose, via de administração” (Q₈), a categoria da confirmação dos 5 “certos” da medicação (7,5%) com 7 unidades de registo: “verificar os 5 certos” (Q₄) e a categoria da identificação da medicação (5,4%) com 5 unidades de registo: “identifico tudo o que preparo” (Q₇). Com igual frequência (4,3%) e com 4 unidades de registo cada uma, surgem a categoria da identificação do doente: “identificação correta da criança/jovem” (Q₅₈), a categoria da confirmação dos 2 “certos” da medicação: “verificação do nome do utente e do fármaco” (Q₆) e a categoria da informação sobre o medicamento a administrar: “consulta de informação sobre o medicamento, quando necessário” (Q₄₅). Por fim, com igual frequência (3,2%) e com 3 unidades de registo cada uma surgem a categoria da confirmação dos 4 “certos” da medicação: “confirmar o nome, o medicamento, a dose e a via de administração” (Q₄₇) e a categoria da organização do trabalho: “normalmente preparo a medicação de cada doente de cada vez e administro de imediato” (Q₄₄).

Tabela 13 - Estratégias/medidas pessoais utilizadas pelo enfermeiro para evitar cometer erros de medicação

Categoria	F	%
Dupla confirmação (pessoal e por outro colega)	23	24,7
Atenção/ Concentração	20	21,5
Confirmação dos 6 “certos” da medicação	12	13,0
Confirmação dos 5 “certos” da medicação	7	7,5
Confirmação dos 4 “certos” da medicação	3	3,2
Confirmação dos 3 “certos” da medicação	8	8,6
Confirmação dos 2 “certos” da medicação	4	4,3
Identificação da medicação	5	5,4
Identificação do doente	4	4,3
Informação sobre o medicamento a administrar	4	4,3
Organização do trabalho	3	3,2
Total	93	100,0

As estratégias /medidas institucionais que os 69 enfermeiros constituintes da amostra consideram importantes para prevenir a ocorrência de erros de medicação encontram-se mencionados na tabela 14. Cada enfermeiro selecionou, de entre a lista apresentada, todas as estratégias que considera importantes e poderia ainda acrescentar outras não mencionadas.

De um total de 554 registos de estratégias/medidas institucionais, a identificação correta da criança/jovem foi a estratégia/medida institucional mais referida (11,4%). De seguida, e por ordem decrescente, foi referida a identificação correta da criança/jovem com alergias conhecidas (8,9%), o registo correto da administração de medicação (8,7%), a dose unitária (8,3%) o uso de protocolos que minimizem a via de prescrição oral/ telefónica e o ambiente

físico e organização do trabalho (8,1% cada uma), a existência de manuais, em local acessível, com informação sobre todos os medicamentos em uso no hospital (7,9%), a prescrição eletrónica (7,7%), o uso de sinaléticas para identificar medicamentos com nomes semelhantes e/ou potencialmente perigosos (7,2%), a formação contínua (7,0%), o uso da denominação comum internacional (DCI) ou nome genérico (6,2%), a notificação dos erros (6,0%), a verificação da regularização das prescrições orais no sistema informático (3,8%), e por fim outras estratégias (0,7%).

Tabela 14 - Estratégias/medidas institucionais que o enfermeiro considera importantes para prevenir a ocorrência de erros de medicação

Estratégias /medidas institucionais	F	%
Identificação correta da criança/jovem	63	11,4
Identificação correta da criança/jovem com alergias conhecidas	49	8,9
Registo correto da administração de medicação	48	8,7
Dose unitária	46	8,3
Uso de protocolos que minimizem a via de prescrição oral/ telefónica	45	8,1
Ambiente físico e organização do trabalho	45	8,1
Existência de manuais, em local acessível, com informação sobre todos os medicamentos em uso no hospital (estabilidade, interações, etc.)	44	7,9
Prescrição eletrónica	43	7,7
Uso de sinaléticas para identificar medicamentos com nomes semelhantes e/ou potencialmente perigosos	40	7,2
Formação contínua	39	7,0
Uso da denominação comum internacional (DCI) ou nome genérico	34	6,2
Notificação dos erros	33	6,0
Verificação da regularização das prescrições orais no sistema informático	21	3,8
Outras estratégias	4	0,7
Total	554	100,0

Relativamente às outras estratégias responderam 4 inquiridos, ou seja, 5,8% da amostra e identificaram-se 3 categorias e 5 unidades de registo (apêndice V e tabela 15). A categoria da dinâmica institucional foi a que registou maior frequência (60%) com 3 unidades de registo: “integração de elementos de cada equipa nos protocolos de preparação e administração de terapêutica (Q₆₂), seguida da categoria da sinalização do enfermeiro enquanto prepara a medicação (20%) com 1 unidade de registo: “colete com a seguinte identificação nas costas: STOP, não incomodar, enfermeiro a preparar medicação” (Q₃₄) e da categoria confirmação (20%) também com 1 unidade de registo: “dupla confirmação na preparação da medicação e validação com os colegas” (Q₆₆).

Tabela 15 – Outras estratégias/medidas institucionais que o enfermeiro considera importantes para prevenir a ocorrência de erros de medicação

Categoria	F	%
Dinâmica institucional	3	60,0
Sinalização do enfermeiro enquanto prepara a medicação	1	20,0
Confirmação	1	20,0
Total	5	100,0

Relativamente à questão aberta: “*que estratégias/medidas propõe para prevenir a ocorrência de erros de medicação no serviço em que trabalha?*” responderam 38 inquiridos, ou seja, 55,1% da amostra, identificaram-se 15 categorias e 78 unidades de registo (apêndice VI e tabela 16). A categoria que registou maior frequência foi a prescrição eletrónica (14,1%), com 11 unidades de registo. Seguem-se, por ordem decrescente, a categoria da organização do trabalho (11,6%) com 9 unidades de registo: “cada enfermeiro deveria preparar e administrar imediatamente a medicação apenas aos utentes que lhe são distribuídos” (Q₄₄), a categoria dos protocolos (10,3%) com 8 unidades de registo: “uso de protocolos” (Q₁₁), a categoria da identificação da criança/jovem (9,0%) com 7 unidades de registo: “identificação correta da criança/jovem” (Q₅₇) e a categoria da formação (7,7%) com 6 unidades de registo: “formação contínua” (Q₅₇). Com igual frequência (6,4%) e com 5 unidades de registo cada uma, surgem a categoria da notificação dos erros: “os erros devem ser comunicados para a equipa/instituição refletir, identificar as causas e implementar medidas de prevenção do erro” (Q₃₈), a categoria da dose unitária: “dose unitária” (Q₄), a categoria da segurança na administração da medicação: “seguir os seis passos da medicação” (Q₃₇), a categoria da informação sobre medicação: “manual atualizado de preparação e administração de medicação usada no serviço ou em situações pontuais e situações específicas” (Q₁₀) e a categoria da identificação da medicação: “uso da denominação comum internacional (DCI) ou do nome genérico” (Q₅₇). Seguem-se, com mesma frequência (3,8%) e 3 unidades de registo cada uma, a categoria da estrutura física do serviço: “melhor estrutura física do serviço” (Q₃₂), a categoria do registo da administração de medicação: “registo correto da administração de medicação” (Q₅₇) e a categoria da concentração/atenção: “penso que a melhor medida é estarmos atentos ao que fazemos” (Q₁₆). Por fim surge a categoria da dispensa de eletrólitos (2,6%) com 2 unidades de registo: “reintrodução de eletrólitos de maior risco (KCl 7,5%, NaCl 20%) no *stock* para evitar o seu envio na unidade, conjuntamente com as ampolas de antibiótico correndo-se o risco de serem

confundidas com soro fisiológico ou água para preparação de injetáveis utilizados na reconstituição de medicação” (Q₃₉) e a categoria da gestão eletrónica de *stock* (1,3%) com 1 unidade de registo: “utilização de sistema eletrónico *Pyxies* para a gestão de *stock*” (Q₃₉).

Tabela 16 - Estratégias/medidas que o enfermeiro propõe para prevenir a ocorrência de erros de medicação no serviço onde trabalha

Estratégias /medidas institucionais	F	%
Prescrição eletrónica	11	14,1
Organização do trabalho	9	11,6
Protocolos	8	10,3
Identificação da criança/jovem	7	9,0
Formação	6	7,7
Notificação dos erros	5	6,4
Dose unitária	5	6,4
Segurança na administração da medicação	5	6,4
Informação sobre medicação	5	6,4
Identificação da medicação	5	6,4
Estrutura física do serviço	3	3,8
Registo da administração de medicação	3	3,8
Concentração/atenção	3	3,8
Dispensa de eletrólitos	2	2,6
Gestão eletrónica de <i>stock</i>	1	1,3
Total	78	100,0

Guilhoto, (2013) efetuou um estudo qualitativo num serviço de pediatria de um hospital distrital português com uma amostra de 15 enfermeiros e identificou várias estratégias relevantes propostas pelos mesmos, no sentido de diminuir a ocorrência de erro de medicação. A “confirmação da prescrição a dois” destacou-se com 24% do total de respostas dadas. De seguida, e por ordem decrescente foram mencionadas. “quem prepara administra”, “correta identificação da medicação” e “aumento da concentração” com 12%; a implementação da prescrição eletrónica e a diminuição da carga de trabalho, com 8%; “não ter demasiada confiança”, “outro elemento da equipa deve confirmar os cálculos”; “medicação identificada com código de barras”, “letra legível”, “aumentar a formação dos profissionais”, “acabar com os rótulos semelhantes ou com a armazenagem de medicamentos semelhantes em conjunto” com 4% cada uma.

Num estudo efetuado por Pereira (2014) num hospital central português, os enfermeiros apresentaram como medidas preventivas de erros o aumento da dotação de profissionais, a existência de um armário com sistema de unidose, o cumprimento do método individual de trabalho, a otimização do aplicativo informático de gestão do medicamento, a otimização na

identificação do doente em cada unidade, maior concentração aquando da preparação e administração dos medicamentos, a existência de um espaço físico exclusivo para a preparação da medicação, a existência de rampas de oxigénio em todas as unidades (evitando a troca temporária dos doentes) e a criação de momentos de partilha em equipa a fim de estimular a aprendizagem com erro.

No presente estudo, tal como no estudo de Guilhoto (2013) a dupla confirmação (pessoal e por outro colega) foi a estratégia mais referida adotada pelo enfermeiro, uma vez que a probabilidade de erro é menor no caso de serem duas pessoas diferentes a verificar todos os aspetos inerentes à preparação e administração de medicação.

A identificação correta da criança/jovem foi a estratégia/medida institucional mais vezes referida como importante. A otimização na identificação do doente em cada unidade é também referida no estudo de Pereira (2014) como medida preventiva de erro.

Ainda neste estudo, relativamente às estratégias/medidas institucionais que os enfermeiros de pediatria propõem para a prevenção do erro de medicação, a prescrição eletrónica foi a mais referida. Tal facto pode significar que no hospital onde o enfermeiro trabalha não existe prescrição eletrónica ou que esta nem sempre é feita de forma correta. Além disso, significa que o enfermeiro atribui importância à tecnologia informática no auxílio ao uso correto da medicação, evitando também prescrições incorretas e prescrições verbais. Esta estratégia também foi mencionada como importante no estudo de Guilhoto (2013) e Pereira (2014).

Provavelmente algumas das medidas institucionais mencionadas já estão implementadas em alguns serviços. No entanto, ao longo dos anos, surgirão certamente outras que poderão ser adotadas para que o uso de medicação no cliente pediátrico seja o mais seguro possível.

CONCLUSÕES

O uso de medicamentos é um dos recursos mais utilizados no tratamento dos doentes. No contexto hospitalar têm-se evidenciado erros relacionados com o uso da medicação que podem afetar os clientes causando-lhes danos temporários ou permanentes e até a morte.

Os enfermeiros são habitualmente os responsáveis pela preparação e administração de medicação e, por isso, são a última barreira entre o erro e o doente.

Quando o erro acontece, o enfermeiro vivencia sentimentos e emoções face ao sucedido.

A problemática do erro de medicação é ainda mais importante de ser estudada em contexto pediátrico porque as crianças possuem características próprias que implicam ajustes na prescrição, na preparação e na administração de medicação o que as torna mais suscetíveis à ocorrência do erro.

São várias as estratégias usadas pelos profissionais de saúde e pelas instituições que, quando implementadas com sucesso, promovem a segurança do cliente porque minimizam a ocorrência do erro de medicação.

Em Portugal, os estudos de enfermagem sobre o erro de medicação em pediatria são ainda escassos.

Neste estudo verificou-se que após cometer um erro de medicação os sentimentos/emoções vivenciados mais referidos foram a preocupação (25,6%), a ansiedade (21,8%) e a culpa (18,8%).

Apenas dois enfermeiros referiram ter necessitado de apoio emocional após a vivência de uma situação de erro de medicação, que lhes provocou trauma emocional.

Quando confrontados com a possibilidade de sofrer um trauma emocional após uma situação de erro de medicação, os enfermeiros consideraram igualmente o apoio emocional e o apoio psicológico importantes (48,8%, para cada um).

A dupla confirmação (pessoal e por outro colega) foi a estratégia pessoal que o enfermeiro referiu como a mais adotada (24,7%).

A identificação correta da criança/jovem foi a estratégia/medida institucional mais referida (11,4%) que o enfermeiro considerou importante para a prevenção do erro de medicação.

O uso da prescrição eletrónica foi a estratégia/medida mais referida (14,1%) que o enfermeiro propôs para prevenir a ocorrência de erros de medicação no serviço onde trabalha.

Apesar dos objetivos desta investigação terem sido alcançados, houve algumas limitações que importa referir.

Relativamente a este estudo, a principal limitação é metodológica e resulta da natureza do tema em questão. Uma metodologia qualitativa, ou a associação de diferentes instrumentos de colheita de dados, poderia ser mais rica mas houve receio de não se obter respostas verdadeiras devido ao facto da possibilidade do enfermeiro não assumir o erro na presença do investigador. Tendo-se optado por um estudo quantitativo, a pequena dimensão da amostra é outra limitação, acrescida da falta de respostas às questões abertas, construídas para o enriquecimento do estudo.

É ainda de referir que, infelizmente, nem todos os inquiridos responderam às perguntas abertas não se sabendo ao certo o motivo. Provavelmente não atribuíram importância às questões ou não quiseram refletir sobre elas de modo a poderem expressar a sua opinião.

Apesar das limitações identificadas, os resultados obtidos nesta investigação são válidos e permitem fazer algumas sugestões concretas às instituições de saúde, tais como:

- Manter um rácio de enfermeiros adequado em cada turno de modo a permitir a dupla verificação, pessoal e por outro colega, e a atenção/concentração necessária à preparação e administração de medicação;
- Implementar a prescrição eletrónica e investir no uso correto da mesma;
- Investir no uso de pulseiras, sinaléticas ou equipamentos que permitam a identificação fácil e correta do cliente pediátrico.
- Promover a notificação dos erros. Uma vez que não se podem evitar todos os erros, estes devem notificar-se de modo a que não se repitam e se aprenda com eles;
- Realizar reuniões/debates, regulares sobre o erro de medicação em que o enfermeiro possa colocar as suas dúvidas, questões e sugerir alterações de acordo com a sua prática profissional.
- Criar um espaço dentro de cada instituição de saúde onde voluntariamente e de forma gratuita o enfermeiro possa recorrer para obter o apoio que necessita após cometer um erro de medicação.
- Realizar formações regulares sobre a preparação e administração de medicação que incluam os cálculos matemáticos necessários ao seu uso no cliente pediátrico.

Ao conhecer os sentimentos e emoções do enfermeiro que cometeu um erro de medicação e o tipo de apoio de que necessita para ultrapassar esse acontecimento, as instituições de saúde poderão acompanhar os enfermeiros de acordo com as suas necessidades, sem os culpabilizar, o que contribuirá para o bem-estar dos mesmos no seu local de trabalho e aumentará certamente a notificação dos erros. Além disso, o conhecimento das estratégias /medidas institucionais que o enfermeiro considera importantes e que propõe para evitar a ocorrência do erro de medicação, permitirá também às instituições trabalhar em parceria com ele para a segurança do cliente pediátrico.

Pretende-se que este estudo seja um ponto de partida para futuras investigações, com novas metodologias, na área da pediatria especialmente no que diz respeito ao modo como o enfermeiro vivencia o erro de medicação.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, C., Rodrigues, M. e Paixão, M. (2013). Erros de medicação reportados pelos enfermeiros da prática clínica. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº10.
- Amado, J. (2000). A técnica de Análise de Conteúdo. *Revista de Enfermagem Referência*, nº5.
- Anacleto, T., Rosa M., Neiva H. e Martins M. (2010). Erros de medicação. *Pharmacia Brasileira*. Janeiro - fevereiro, 11-15. Acedido em 11 janeiro 2015 em:
http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/124/encarte_farmaciahospitalar.pdf.
- Alves, C. (2009). *Erro de terapêutica em Pediatria: percepção dos enfermeiros*. Tese de Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade do Porto, ICBAS. Acedido em 28 de janeiro de 2014 em: <http://hdl.handle.net/10216/16196>.
- Athanasakis, E. (2012). Prevention of medication errors made by nurses in clinical practice. *Health Science Journal*. 6 (4), 773-783 E- ISSN: 1791-809X . Acedido em 10 de outubro de 2014 em: www.hsj.gr/volume6/issue4/6416.pdf
- Bardin, L. (1991). *L'analyse de Contenu*. (6ª edição). Paris: Presses Universitaires de France.
- Belela, A., Pedreira, M. e Peterlini, M. (2011). Erros de Medicação em Pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 64 (3), 563-569. Acedido em 18 de janeiro de 2014 em:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000300022>
- Carvalho, V. e Cassiani, S. (2002). Erros na medicação e consequências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. *Revista Latino - Americana de Enfermagem*. 10(4), 523-529. Acedido em 1 de Junho de 2014 em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13364.pdf>.
- Carvalho, M. e Vieira, A. (2002). Erro médico em pacientes hospitalizados. *Jornal de Pediatria*. 7 (4), 261-268.

- Coimbra, J. (2006). Prevenção e deteção de erros de medicação. *Revista Ciência Cuidado e Saúde*. Volume 5, supl.,142-148. Acedido em 18 janeiro de 2014 em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v5i0.5181>.
- Da Silva, B., Da Silva, J., Gobbo, A. e Miasso A. (2007). Erros de medicação: condutas e propostas de prevenção na perspectiva da equipe de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 9 (3), 712-723. Acedido em 18 de abril de 2014 em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9>.
- Da Silva, E., De Faveri, F. e Lorenzini, L. (2014). Erro de medicação no exercício da enfermagem: uma revisão integrativa. *Enfermería Global - Revista electrónica trimestral de enfermeira* 34, 338-345. Acedido em 29 de abril de 2014 em: http://www.scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/pt_revision1.pdf.
- Da Silva, L.; Barbosa, S.; Do Prado, M. e Dal Sasso, G. (2011). Erros com medicamentos no contexto hospitalar: uma revisão bibliográfica. *Evidentia*. 8 (34). Acedido em 20 de outubro de 2014 em: www.index-f.com/evidentia/n34/ev7357p.php.
- Damásio, A. (2013). Sentimentos e emoções. *Revista Veja*. Acedido em 19 de janeiro de 2015 em: <http://veja.abril.com.br/noticia/ciencia/os-sentimentos-sao-fundamentais-para-a-sociedade-diz-antonio-damasio>.
- Damásio, A. (2010). *O livro da Consciência: A Construção do Cérebro Consciente*. Maia: Temas e debates.
- Damásio, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa: As Emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*. (2º Edição). Mem Martins: Publicações Europa América.
- Damásio, A. (2001). *O sentimento de si: o Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*.(12ª edição). Mem Martins: Publicações Europa América.
- Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico (2012). Porto: Porto Editora.
- Diz, E. e Gomes, M. (2008, agosto). Causas de erros na medicação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 5-14.

- Enciclopédia da Psicologia (2003). (Edição em Português). (Volume 3). Lisboa: Editorial Oceano. ISBN: 972-8528-30-2.
- Enciclopédia da Psicologia - Dicionário (2003). (Edição em Português). (Volume 4). Lisboa: Editorial Oceano. ISBN: 972-8528-31-0.
- Fortin, M.F. (1999) *O processo de investigação: da conceptualização à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F., Côté, J. M. e Filion.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fragata, J. e Martins, L. (2004). *O erro em medicina. Perspectiva do indivíduo da organização e da sociedade*. Coimbra: Almedina.
- Franco, J., Ribeiro, G., D’Innocenzo, M. e Barros B. (2010). Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. *Revista Brasileira de Enfermagem* 63 (6), 927-932. Acedido em 29 de abril de 2014 em: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019463009.pdf>.
- Freixo, M. (2011). *Metodologia científica: Fundamentos método e técnicas*. (3ª edição). Lisboa: Instituto Piaget.
- Goleman, D. (2002). *Inteligência Emocional*. (11ª Edição). Lisboa: Temas e debates.
- Guilhoto, C. (2013). *Erro de medicação na opinião dos enfermeiros de pediatria*. Tese de Dissertação de Mestrado. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu. Acedido a 18 de Janeiro de 2014 em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1978/1/GUILHOTO%2c%20Carla%20Susana%20Antunes%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2008). *Preventing pediatric medication errors*. Acedido em 4 de dezembro de 2014 em: http://www.jointcommission.org/sentinelalerts/alert/sea_39.htm.

Krippendorff, K. (1980). *Content Analyses*. Sage.

Motta, C. e Crepaldi, M. (2005). O pai no parto e apoio emocional - A Perspetiva da Parturiente *Paidéia*. 15(30), 105-118. Acedido em 10 de janeiro de 2016 em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2005000100012>.

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (1998). *What is a medication error?* Rockville: NCCMERP. Acedido junho, 23, 2014 em: <http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html>.

Oliveira, R., Camargo, A. e Cassiani, S. (2005). Estratégias para prevenção de erros na medicação no setor de emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 58(4), 399-404. ISSN 0034-7167. Acedido em 18 de abril de 2014 em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000400004>.

Opperman, C. e Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Parecer conjunto CE e CJ nº3/2010 sobre: Preparação e administração de terapêutica. Acedido em 1 de Junho de 2014 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Paginas/ConselhoJurisdicionalFiltrado.aspx>.

Ordem dos Enfermeiros (2003). Competências dos enfermeiros de cuidados gerais. *Ordem dos enfermeiros*.8.

Padilha, K., Kitahara, P., Gonçalves, C. e Sanches, A. (2002). Ocorrências iatrogênicas com medicação em Unidade de Terapia Intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 36 (1), 50-57. ISSN 0080-6234. Acedido em 4 de janeiro de 2014 em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342002000100008>.

Paediatric Nursing Associations of Europe (2012). *Tomada de posição: erros de medicação em Neonatologia e Pediatria*. Acedido em 12 de junho de 2014 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2012/Tomada_Posicao_Erros_PNAE%25202012.pdf.

- Pereira, A. (2014). *Erro de medicação: circunstâncias da sua ocorrência na perspectiva do Enfermeiro*. Tese de Dissertação de Mestrado. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido a 22 de fevereiro de 2016 em:
<https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:5054>.
- Peterlini, M., Chaud, M. e Pedreira, M. (2003). Órfãos de terapia medicamentosa: a administração de medicamentos por via intravenosa em crianças hospitalizadas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 11 (1), 88-95. ISSN 0104-1169. Acedido em 20 de outubro de 2014 em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000100013>.
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico*. Lisboa: Lidel.
- Praxedes, M. e Filho, P. (2008). Identificação de erros no preparo e administração de medicamentos pela equipe de enfermagem e das ações praticadas pela instituição hospitalar. *Cogitare Enfermagem*. 13(4), 514-519. Acedido em 18 de outubro de 2014 em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v13i4.13110>.
- Rosa, M. e Perini, E. (2003). Erros de Medicação: quem foi? *Revista da Associação Médica Brasileira*. 49(3), 335-341. Acedido em 18 de outubro de 2014, disponível em: http://www.iqg.com.br/uploads/biblioteca/erros_de_medicao2.pdf.
- Santos, A. e Padilha, K. (2005). Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58 (4), 429-433. ISSN 0034-7167. Acedido em 1 de junho de 2014 em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000400009>.
- Santos, J., Silva, A., Munari, D. e Miasso, A. (2007). Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. *Acta Paulista de Enfermagem*. 20 (4), 483-488. Acedido em 1 de Junho de 2014 em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/15.pdf>.
- Serapioni, M. (2000). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), 187-192. Acedido em 24 de março de 2015 em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100016>.

Walsh, K., Kaushal, R. e Chessare, J. (2005). How to avoid pediatrics medication errors: a user's guide to the literature. *British Medical Journal*. 90, 698-702. Acedido em 14 de Janeiro de 2014 em: <http://adc.bmj.com/cgi/content/abs>.

World Health Organization (2002). *The importance of Pharmacovigilance – Safety monitoring of medical products*. Acedido em 4 de janeiro de 2015 em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/a75646.pdf>

Teixeira, T. e Cassiani, S. (2010). Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 44 (1), 139-146. ISSN 0080-6234. Acedido em 8 de outubro de 2014 em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000100020>.

ANEXOS

ANEXO I – Autorizações para aplicação do questionário

saida 11593*14-12-11 10:41



Exma. Senhora
Enfa. Joana Patrícia Pais Cardoso Pereira
Serviço de Pediatria
Centro Hospitalar da Cova da Beira, E.P.E.
Quinta do Alvito
6200-251 COVILHÃ

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

ASSUNTO: Pedido de autorização para aplicação de um questionário subordinado ao tema "os enfermeiros de Pediatria perante o erro de medicação sentimento/emoções estratégias e tipos de apoio"

Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V. Exa., vimos informar que nada temos a opor sobre a aplicação do questionário e que o mesmo se encontra autorizado, desde que sejam garantidos princípios de ética e deontologia e conhecimento.

Com os melhores cumprimentos.


O Presidente do Conselho de Administração

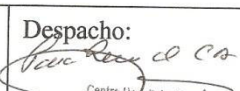



(Dr. Vasco Teixeira Lino)

VTL/IM



Av. Rainha D. Amélia, 6300-858 Guarda Tel. 271 210 840 Fax 271 223 104, secadm@ulsguarda.min-saude.pt

Recibido
 29.12.14


Parecer:	Despacho:  Centro Hospitalar Cova da Beira Presidente do Conselho de Administração Prof. Doutor Miguel Castelo Branco
ASSUNTO: Projecto de Investigação nº 117/2014 - "Os enfermeiros de pediatria perante o erro de medicação - sentimentos/emoções, estratégias, tipos de apoio".	
PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração. DE: Gabinete de Investigação e Inovação.	N.º 108/GII Data 19/12/2014
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Joana Patricia Pais Cardoso Pereira, aluna da licenciatura do curso de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Os enfermeiros de pediatria perante o erro de medicação - sentimentos/emoções, estratégias, tipos de apoio", a realizar nos serviços de Pediatria, Unidade de Neonatologia, Urgência Pediátrica e Consulta Externa de Pediatria deste Centro Hospitalar.</p> <p>Envio ainda o parecer n.º69/2014 emitido pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Cova da Beira.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.</p> <p>Com os melhores cumprimentos,</p> <p style="text-align: right;">  O Gabinete de Investigação e Inovação </p> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Centro Hospitalar Cova da Beira Presidente em exercício do C.A. Em 29/12/14 Despacho  Presidente do C.A. Prof. Doutor Miguel Castelo Branco Vogal do C.A. Prof.ª Dra.ª Teresa Antunes Vogal do C.A. Técnica Superior, Orminda Sucepa Directora Clínica Dra. Rosa Maria Ballesteros Enfermeiro Director Enl.º António João Rodrigues </div> <p> Recebi Joana Cardoso Pais 08/01/2015 onde se lê: "... licenciatura do curso de enfermagem" deve ler-se: "... mestrado em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica" 08.01.2015 Fox Kceik </p> <p style="text-align: right;"> ? O Gabinete de Investigação e Inovação Fox Kceik (Dr.ª Rosa Saraiva) G. Invest. e Inovação 06 JAN 2015 </p>	



Joana Cardoso Pereira <joanacardosopereira@gmail.com>

Autorização para aplicação de questionário

1 mensagem

Secretariado CA <secretariado@ulscb.min-saude.pt>

13 de fevereiro de 2015 às 15:29

Para: joanacardosopereira@gmail.com

Cc: Comissão de Ética para a Saúde <ces@ulscb.min-saude.pt>

Exma. Senhora

Enf. Joana Patrícia Pais Cardoso Pereira

Aluna do II Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria do

Instituto Politécnico da Guarda

No seguimento do pedido formulado por V. Exa. para aplicação de um questionário para a realização de um estudo intitulado "Os Enfermeiros de Pediatria perante o erro de medicação-sentimentos/emoções, estratégias e tipo de apoio", somos a informar que o Conselho de Administração deliberou em 27.01.2015, homologar o parecer favorável da Comissão de Ética, pelo que se autoriza a aplicação do referido questionário, desde que seja mantida a confidencialidade dos sujeitos e desde que sejam respeitados todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação e com a devida autorização dos Enfermeiros Chefes/Responsáveis dos Serviços.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração da ULSCB, EPE

António Vieira Pires

APÊNDICES

Apêndice I – Questionário

Caro(a) colega:

Sou enfermeira no serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Cova da Beira, na Covilhã e encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda. No âmbito deste mestrado, pretendo desenvolver um estudo subordinado ao tema: “Os enfermeiros de pediatria perante o erro de medicação – sentimentos/emoções, estratégias e tipos de apoio”. Com este estudo pretende-se identificar os sentimentos/emoções do enfermeiro de pediatria que comete o erro de medicação, quais as estratégias que adota para evitar a sua ocorrência, que medidas institucionais considera importantes para a prevenção do erro e que tipo(s) de apoio considera importante(s) para ajudar o enfermeiro que cometeu um erro de medicação quando daí resultou um trauma emocional.

Este questionário é anónimo e confidencial. As suas respostas apenas serão utilizadas para a presente investigação. Por favor, responda a todas as questões.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração.

A enfermeira
Joana Cardoso Pereira

QUESTIONÁRIO

Parte I - Dados sociodemográficos

1. Idade:
 - 20 – 30 anos
 - 31 – 40 anos
 - 41 – 50 anos
 - > 50 anos

2. Género:
 - Feminino
 - Masculino

3. Categoria profissional:
 - Enfermeiro
 - Enfermeiro graduado
 - Enfermeiro especialista. Qual a especialidade? _____
 - Enfermeiro chefe

4. Tempo de exercício profissional (em anos):

5. Tempo de exercício profissional em pediatria (em anos):

Parte II - Erro de medicação

Erro de medicação é qualquer evento evitável que de fato ou potencialmente pode levar ao uso inadequado do medicamento, podendo ou não lesar o paciente, independentemente do medicamento se encontrar sob o controle do profissional de saúde, do paciente ou do consumidor (Rosa e Perini, 2003). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, citando Clayton e Stock, 2006) o enfermeiro deve atender aos seis certos da medicação: a pessoa certa, o medicamento certo, a dose certa, o horário certo, a via correta e o registo / documentação correta (desde a transcrição da prescrição até à reação da pessoa ao fármaco).

6. Atendendo ao conceito apresentado e às recomendações da Ordem dos Enfermeiros, enquanto enfermeiro, alguma vez cometeu um erro de medicação?
 - Sim
 - Não (se respondeu não, passe à questão 7)

6.1 Que sentimentos/emoções vivenciou? (selecione todas as opções que entender)

- Nenhum (se respondeu nenhum, passe à questão 7)
- Medo
- Ansiedade
- Vergonha
- Culpa
- Impotência
- Raiva
- Pânico
- Desespero
- Insegurança
- Preocupação
- Outro. Qual? _____

6.2 Os sentimentos/emoções vivenciados provocaram-lhe algum trauma emocional?

- Sim
- Não (se respondeu não, passe à questão 7)

6.3 Necessitou de algum tipo de apoio?

- Sim
- Não (se respondeu não, passe à questão 6.6)

6.4 De que tipo de apoio necessitou?

- Psicológico
- Emocional
- Outro. Qual? _____

6.5 Onde obteve esse apoio?

- Família
- Amigos
- Colegas de trabalho
- Instituição onde trabalha
- Noutro local. Qual? _____
- Não encontrei o apoio de que necessitava

6.6 De que forma o erro que cometeu influenciou a sua vida?

7. Que tipo(s) de apoio considera importante(s) para ajudar o enfermeiro que comete um erro de medicação, quando daí resultar um trauma emocional?

8. Que estratégias/medidas pessoais utiliza para evitar cometer erros de medicação?

9. Das estratégias/medidas institucionais a seguir mencionadas, quais considera importantes para prevenir a ocorrência de erros de medicação? (selecione todas as opções que entender)

- Prescrição eletrónica
- Dose unitária
- Uso da denominação comum internacional (DCI) ou do nome genérico
- Uso de sinaléticas para identificar medicamentos com nomes semelhantes e/ou potencialmente perigosos
- Existência de manuais, em local acessível, com informação sobre todos os medicamentos em uso no hospital (estabilidade, interações, etc.)
- Uso de protocolos que minimizem a via de prescrição oral/ telefónica
- Verificação da regularização das prescrições orais no sistema informático
- Identificação correta da criança/jovem
- Identificação correta da criança/jovem com alergias conhecidas
- Formação contínua
- Ambiente físico e organização do trabalho
- Registo correto da administração de medicação
- Notificação dos erros
- Outras. Quais? _____

10. Que estratégias/medidas propõe para prevenir a ocorrência de erros de medicação no serviço em que trabalha?

Obrigada.

Apêndice II - Influência do erro de medicação na vida do enfermeiro

Tabela - Influência do erro de medicação na vida do enfermeiro

Categoria	Unidade de registo	F
Atenção	Fiquei mais atenta quando administro medicação (Q ₂₂) Redobrar a atenção (Q ₄₃) Tenho atenção redobrada antes de dar medicação (Q ₅₅) Estar mais atenta, para evitar futuros erros (Q ₆₄) Todas as vezes que preparo medicação redobro a atenção (Q ₆₆)	5
Insegurança	Durante algum tempo senti muita insegurança na preparação da medicação (Q ₃₈)	1
Vergonha	Senti-me mal no sentido profissional, pois a criança teve uma reação imediata ficando com rubor/ardor no braço (Q ₁₆)	1
Mudança de comportamento	Estar consciente que errar é humano e é importante adotar estratégias para minimizar o erro (Q ₆₄)	1
Total		8

Apêndice III - Tipos de apoio que o enfermeiro considera importantes para ultrapassar o trauma emocional resultante de um erro de medicação

Tabela - Tipos de apoio que o enfermeiro considera importantes para ultrapassar o trauma emocional resultante de um erro de medicação

Categoria	Unidade de registo	F
Apoio psicológico	Apoio psicológico com psicólogo (Q ₁) Psicoterapia cognitivo-comportamental (Q ₄) Apoio psicoterapêutico (Q ₆) Apoio psicológico gratuito na instituição (Q ₉) Apoio psicológico na instituição (Q ₁₁) Se necessário apoio psicológico (Q ₁₅) É importante apoio psicológico (Q ₁₇) Apoio por pessoal competente fazendo que ultrapasse o medo (Q ₁₈) Psicológico (Q ₂₀) Apoio psicológico (Q ₂₄) Pedir ajuda psicológica (Q ₂₅) O apoio de um psicólogo (Q ₂₆) Apoio psicológico (Q ₃₀) Apoio de psicólogo (Q ₃₁) Apoio do técnico de psicologia, se necessário (Q ₃₂) Apoio psicológico (Q ₃₅) Apoio psicológico (Q ₃₆) Apoio psicológico (Q ₃₇) Apoio psicológico (Q ₃₈) Apoio psicológico (Q ₃₉) Apoio psicológico (Q ₄₀) Apoio psicológico (Q ₄₂) Psicológico (Q ₄₃) Pode ser importante falar com algum psicólogo que possa ajudar a ultrapassar o trauma emocional (Q ₄₄) Apoio psicológico (Q ₄₅) Apoio através de psicólogo (Q ₄₇) Considero importante apoio psicológico imediato (Q ₄₈) Apoio psicológico (Q ₄₉) Apoio por parte de psicólogos (Q ₅₁) Acompanhamento profissional (Q ₅₂) Apoio psicológico especializado (Q ₅₆) Apoio psicológico (Q ₅₇) Apoio psicológico (Q ₅₉) Apoio psicológico na instituição (Q ₆₀) Apoio psicológico (Q ₆₄) Apoio psicológico (Q ₆₅) Apoio psicológico (Q ₆₆) Apoio psicológico (Q ₆₇) Apoio do psicólogo, se necessário (Q ₆₈) Apoio psicológico (Q ₆₉)	40

Apoio emocional	<p>Conversa com o enfermeiro responsável (Q₁) Reforço positivo para manter a segurança (Q₈) Apoio da equipa de serviço (Q₉) Apoio por parte do colega de turno e, se necessário, equipa de enfermagem (Q₁₀) Apoio dos colegas de trabalho (Q₁₁) Apoio dos colegas (Q₁₂) Apoio da equipa de saúde (Q₁₃) Falar sobre o assunto com os colegas (Q₁₅) Penso que o enfermeiro terá de ter apoio emocional pois ninguém comete erros de forma intencional (Q₁₆) Apoio dos colegas e da instituição (Q₁₇) Apoio da equipa (Q₁₉) Apoio emocional (Q₂₁) Ser apoiado pelos colegas e, se necessário, por um médico do serviço (Q₂₂) Apoio emocional (Q₂₇) Ter apoio da equipa quer de enfermagem, quer médica (Q₂₈) Apoio emocional (Q₃₀) Apoio do superior hierárquico; apoio da equipa (Q₃₁) Apoio do superior hierárquico; apoio da equipa (Q₃₂) Reforço positivo (Q₃₄) Formas de discussão (Q₃₇) Apoio emocional por parte dos colegas de trabalho (Q₃₈) Apoio emocional no local de exercício profissional (Q₄₀) Apoio emocional (Q₄₁) Conversar com pessoas que passaram pela mesma experiência (Q₄₂) Penso que é importante ter o apoio dos colegas de trabalho e das chefias intermédias (Q₄₄) Apoio emocional (Q₄₅) Reuniões de equipa para reflexão sobre o sucedido, uma vez que frequentemente o erro não é um ato isolado mas um conjunto de sucessivos acontecimentos que levam ao erro (Q₄₆) Apoio familiar e dos colegas de equipa. É fundamental não culpabilizar a pessoa e dar espaço para poder falar das suas angústias e medos (Q₄₇) Apoio emocional (Q₄₈) Apoio de toda a equipa; se necessário ficar algum tempo sem ser responsável pela preparação/administração de medicação (Q₄₉) Apoio por parte da equipa de enfermagem (Q₅₁) Mostrar confiança no enfermeiro em questão (Q₅₃) Apoio por parte dos colegas e superiores hierárquicos (Q₅₆) Apoio de grupo (Q₅₇) Apoio da equipa (Q₅₈) Não o culpabilizar (Q₆₁) Apoio da equipa e do responsável hierárquico (Q₆₂) Apoio por parte dos colegas e essencialmente por parte do chefe (Q₆₃) Apoio emocional (Q₆₅) Apoio dos profissionais de saúde, nomeadamente dos colegas e da chefia (Q₆₈)</p>	40
Apoio psiquiátrico	<p>Apoio farmacológico para casos mais traumatizantes (Q₄₈) Apoio psiquiátrico (Q₆₅)</p>	2
Total		82

Apêndice IV - Estratégias /medidas pessoais utilizadas pelo enfermeiro para evitar cometer erros de medicação

Tabela - Estratégias /medidas pessoais utilizadas pelo enfermeiro para evitar cometer erros de medicação

Categoria	Unidade de registo	F
Dupla confirmação (pessoal e por outro colega)	Confirmação (Q ₁₀) Confirmar a medicação pela prescrição antes de administrar (Q ₁₃) Em caso de dúvida, questionar outro colega (Q ₁₄) Verificar duas ou mais vezes a prescrição e a medicação (Q ₁₅) Rever medicação/confirmar prescrição (Q ₁₉) Conferir (Q ₂₀) Conferir a medicação e se insegurança pedir a colega para também conferir (Q ₂₁) Pedir à colega, sempre que possível, que confirme (Q ₂₂) Pedir confirmação, muitas vezes, a outro colega (Q ₂₄) Confiro 2 ^a vez a medicação (Q ₃₀) Dupla confirmação (Q ₃₃) Verificação secundária da medicação (Q ₃₅) Verificar prescrições (Q ₄₅) Em caso de dúvida confirmar com um colega, uma vez que duas pessoas verificam melhor (Q ₄₇) Se tenho alguma dúvida procuro a validação e verificação por parte de um colega (Q ₄₉) Confirmar, confirmar, confirmar (Q ₅₀) Se tenho dúvidas peço colaboração dos colegas (Q ₅₃) Rever tudo 30 vezes antes de administrar (Q ₅₅) Confirmação das prescrições orais (Q ₅₆) Confirmada a prescrição por dois elementos (Q ₆₃) Confirmar com outra colega a dosagem em caso de dúvida (Q ₆₄) Confirmar sempre e validar com os colegas de trabalho (Q ₆₆) Dupla confirmação pessoal e, se possível, por um colega também (Q ₆₇)	23
Atenção/ Concentração	Concentração (Q ₃) Procuro preparar a medicação num ambiente calmo (Q ₇) Atenção (Q ₈) Reforçar a atenção na preparação e administração de terapêutica (Q ₁₀) Atenção extrema (Q ₁₂) Estar mais atenta à preparação e administração da medicação (Q ₁₆) Concentração (Q ₁₉) Maior concentração tanto na preparação como na administração (Q ₂₂) Concentração (Q ₂₄) Estar atenta e com muita concentração no que se está a fazer (Q ₂₈) Evito realizar outra atividade em simultâneo com a preparação e administração de medicação para evitar erros por distração (Q ₃₀) Afastar de ruídos (Q ₃₁) Afasto-me dos ruídos (Q ₃₂) Concentração. Não me preocupar com outras funções enquanto se prepara a medicação (Q ₃₄) Respeitar quem prepara a medicação (Q ₃₆) Estar atenta, concentrada (Q ₄₁) Quando realizo qualquer uma das fases da preparação e da administração de medicação procuro não estar a fazer outras coisas em simultâneo (Q ₄₉) Concentração (Q ₅₉) Estar atenta aquando da preparação e administração (Q ₆₃) Concentração (Q ₆₉)	20

Confirmação dos 6 “certos” da medicação	<p>Atenção aos 6 certos da medicação (Q₂)</p> <p>Para evitar cometer erros de medicação atendo sempre aos 6 certos da medicação (Q₁₇)</p> <p>Tento pôr em prática os 6 passos que evitam o erro ou que seja menos provável haver erro (Q₂₆)</p> <p>Seguir os passos recomendados (Q₃₇)</p> <p>Seguir as recomendações da ordem dos Enfermeiros (6 certos da medicação), que coincidem com o que na escola me foi ensinado (Q₃₉)</p> <p>Verificação dos seis certos da medicação (Q₄₀)</p> <p>Aplicar os seis certos da medicação (Q₄₈)</p> <p>Cumprir as regras da administração de medicação (Q₅₁)</p> <p>Utilizo as recomendações da Ordem dos Enfermeiros (Q₅₆)</p> <p>Cumprir todas as normas aprendidas na escola (Q₅₇)</p> <p>Utilização mental dos 6 certos (Q₆₂)</p> <p>Confirmação dos 6 certos da medicação as vezes que forem necessárias (Q₆₅)</p>	12
Confirmação dos 5 “certos” da medicação	<p>Verificar os 5 certos (Q₄)</p> <p>Conferir dose durante a preparação, conferir nome e forma de administração, respeitar hora e registar (Q₉)</p> <p>Doente certo, medicação, dose, via e horário certos (Q₃₀)</p> <p>Aplicar os 5 certos da administração da medicação (Q₄₁)</p> <p>Conferir sempre se a medicação que vou administrar é a correta, na dose certa, se é a pessoa certa, na via certa e na hora certa (Q₄₄)</p> <p>Verificar sempre: o doente certo, medicação certa, dose certa, horário correto e via correta (Q₆₁)</p> <p>Além de confirmar a pessoa, o medicamento, o horário e a via de administração, confirmo a dose mais vezes (Q₆₈)</p>	7
Confirmação dos 4 “certos” da medicação	<p>Confirmar sempre o nome do medicamento, dose e nome da criança. Identificar via correta (Q₁₁)</p> <p>Verificar sempre se é a pessoa certa, o medicamento, dose e horário certo (Q₃₈)</p> <p>Confirmar o nome, o medicamento, a dose e a via de administração (Q₄₇)</p>	3
Confirmação dos 3 “certos” da medicação	<p>Verificar medicação, dose, criança (Q₁)</p> <p>Confirmar o utente, dose, via de administração (Q₈)</p> <p>Doente certo, dose certa, hora certa (Q₂₉)</p> <p>Confirmar antes de administrar dose, via e pessoa (Q₄₂)</p> <p>Confirmar várias vezes a dose, utente e via (Q₄₃)</p> <p>Conferir medicação, utente, dose (Q₅₂)</p> <p>Confirmar dose mais que uma vez, confirmar se é a medicação correta antes da preparação, confirmar sempre se é o doente certo (Q₆₄)</p> <p>Verificação do nome do doente, da cama, da medicação e da dose (Q₆₉)</p>	8
Confirmação dos 2 “certos” da medicação	<p>Confirmação várias vezes da dose e utente certo (Q₃)</p> <p>Verificação do nome do utente e do fármaco (Q₆)</p> <p>Conferir sempre mais do que uma vez a medicação a administrar e a quem administrar (Q₂₃)</p> <p>Verificar a dose com o nome do utente (Q₅₉)</p>	4
Identificação da medicação	<p>Identifico tudo o que preparo (Q₇)</p> <p>Identificar seringa/copo de administração (Q₉)</p> <p>Rotular bem a medicação com o número da cama, nome e frequência horária (Q₁₄)</p> <p>Identificar sempre as seringas com nome, cama e hora (Q₁₈)</p> <p>Identificar corretamente o medicamento com o nome, número do processo e nome do medicamento (Q₆₃)</p>	5

Identificação do doente	Verificação do nome do utente (Q ₆) No caso da existência de dois nomes idênticos confirmar sempre o processo e a idade (Q ₄₇) Confirmar sempre com os pais ou criança, ou pela identificação do doente se, efetivamente, é o doente a quem devo administrar a medicação em causa (Q ₄₈) Identificação correta da criança/jovem (Q ₅₈)	4
Informação sobre o medicamento a administrar	Ver literatura específica (Q ₁₄) Consulta de informação sobre o medicamento, quando necessário (Q ₄₅) Conhecimento do medicamento a administrar (Q ₅₂) Pesquisa quando tenho dúvidas acerca das diluições e administração (Q ₅₆)	4
Organização do trabalho	Normalmente preparo a medicação de cada doente de cada vez e administro de imediato (Q ₄₄) Nunca deixar alunos/pais ou outros administrarem a medicação sem a minha supervisão (Q ₄₈) Não administrar medicação que não foi preparada por mim (Q ₆₀)	3
Total		93

Apêndice V - Outras estratégias /medidas institucionais que o enfermeiro considera importantes para prevenir a ocorrência de erros de medicação

Tabela - Outras estratégias /medidas institucionais que o enfermeiro considera importantes para prevenir a ocorrência de erros de medicação

Categoria	Unidade de registo	F
Dinâmica institucional	Integração de elementos de cada equipa nos protocolos de preparação e administração de terapêutica (Q ₆₂) Evitar ao máximo a mobilidade de pessoal (Q ₆₂) Evitar excesso de trabalho (Q ₆₄)	3
Sinalização do enfermeiro enquanto prepara a medicação	Colete com a seguinte identificação nas costas: STOP, não incomodar, enfermeiro a preparar medicação (Q ₃₄)	1
Confirmação	Dupla confirmação na preparação da medicação e validação com os colegas (Q ₆₆)	1
Total		5

Apêndice VI - Estratégias/medidas que o enfermeiro propõe para prevenir a ocorrência de erros de medicação no serviço onde trabalha

Tabela - Estratégias/medidas que o enfermeiro propõe para prevenir a ocorrência de erros de medicação no serviço onde trabalha

Categoria	Unidade de registo	F
Prescrição eletrónica	<p>Verificação da regularização das prescrições orais no sistema informático (Q₆)</p> <p>Prescrição no SAPE (Q₁₇)</p> <p>Prescrição eletrónica (Q₂₉)</p> <p>Prescrição eletrónica correta (Q₅₁)</p> <p>Não haver prescrições verbais (Q₅₁)</p> <p>Prescrições no sistema informático, utilizando a prescrição oral somente nos casos muito urgentes sendo devidamente regularizada, logo que possível (Q₅₆)</p> <p>Administrar medicação só após a prescrição eletrónica (Q₆₁)</p> <p>Que as prescrições sejam efetuadas atempadamente em suporte informático e regularmente atualizadas (Q₆₃)</p> <p>Utilização correta da prescrição eletrónica (Q₆₇)</p> <p>Prescrição eletrónica (Q₆₉)</p> <p>Verificação da regularização das prescrições orais no sistema informático (Q₆₉)</p>	11
Organização do trabalho	<p>Distribuição de doentes por enfermeiro (Q₇)</p> <p>Maior número de elementos a trabalhar para se poder trabalhar com mais calma e interagida (Q₁₂)</p> <p>Medicação administrada pelo enfermeiro responsável pela criança, assim como a sua preparação (Q₁₉)</p> <p>Preparar a medicação e administrar pelo enfermeiro responsável pela criança (Q₂₂)</p> <p>Melhorar as rotinas do serviço (Q₃₂)</p> <p>O enfermeiro só deve dar medicação aos doentes que lhe são distribuídos (Q₃₈)</p> <p>Cada enfermeiro deveria preparar e administrar imediatamente a medicação apenas aos utentes que lhe são distribuídos (Q₄₄)</p> <p>Considero importante que no serviço em que trabalho passasse a ser prática corrente que o enfermeiro que administra um medicamento seja o que o preparou (Q₄₉)</p> <p>Não deixar alunos preparar a medicação sem supervisão (Q₆₁)</p>	9
Protocolos	<p>Protocolos (Q₁)</p> <p>Uso de protocolos que minimizem a prescrição oral/telefónica (Q₄)</p> <p>Protocolos (Q₈)</p> <p>Uso de protocolos que minimizem a prescrição oral/telefónica (Q₉)</p> <p>Uso de protocolos (Q₁₁)</p> <p>Uso de protocolos para minimizar a prescrição verbal (Q₁₇)</p> <p>Aperfeiçoar os protocolos existentes (Q₃₂)</p> <p>Uso de protocolos que minimizem a prescrição oral/telefónica (Q₆₉)</p>	8
Identificação da criança/jovem	<p>Na existência de camas supranumerárias, que ficam colocadas aleatoriamente nas enfermarias, estas estarem bem identificadas para não haver confusão com outras camas (Q₁₄)</p> <p>Conferir mais do que uma vez a pessoa a quem se vai administrar terapêutica (Q₂₃)</p> <p>Identificação correta do utente (Q₄₁)</p> <p>Identificação correta da criança/jovem (Q₅₇)</p> <p>Identificação correta da criança/jovem com alergias conhecidas (Q₅₇)</p> <p>Identificação correta da criança/jovem (Q₆₉)</p> <p>Identificação correta da criança/jovem com alergias conhecidas (Q₆₉)</p>	7

Formação	Formação (Q ₁) Formação (Q ₅) Formação em serviço (Q ₃₁) Fazer formação em serviço (Q ₃₂) Formação contínua (Q ₅₇) Formação contínua (Q ₆₉)	6
Notificação dos erros	Notificação dos erros (Q ₉) As pessoas têm que assumir o erro logo e falar com o médico (Q ₂₅) Os erros devem ser comunicados para a equipa/instituição refletir, identificar as causas e implementar medidas de prevenção do erro (Q ₃₈) Notificação dos erros (Q ₅₇) Notificação dos erros (Q ₆₉)	5
Dose unitária	Dose unitária (Q ₄) Dose unitária (Q ₇) Utilização de gavetas de unidose de maiores dimensões para que toda a medicação de um doente possa estar reunida num único sítio (Q ₃₉) Dose unitária (Q ₅₇) Dose unitária (Q ₆₉)	5
Segurança na administração da medicação	Medicamentos sempre prescritos pelo médico (Q ₁₁) Conferir mais do que uma vez a medicação (Q ₂₃) Seguir os seis passos da medicação (Q ₃₇) Confirmar sempre os seis certos da medicação (Q ₆₁) Que os procedimentos sejam cumpridos- cultura de segurança (Q ₆₂)	5
Informação sobre medicação	Manual atualizado de preparação e administração de medicação usada no serviço ou em situações pontuais e situações específicas (Q ₁₀) Existência de manuais com informação sobre os medicamentos (Q ₁₁) Identificar e assinalar medicamentos novos com ficha técnica fornecida pelos serviços farmacêuticos/Infarmed junto do medicamento (Q ₁₉) Conhecer a medicação prescrita para determinado utente (Q ₄₁) Existência de manuais, em local acessível, com informação sobre todos os medicamentos em uso no hospital (Q ₆₉)	5
Identificação da medicação	Não esquecer a identificação dos frascos de medicamentos endovenosos (Q ₄₇) Uso da denominação comum internacional (DCI) ou do nome genérico (Q ₅₇) Uso de sinaléticas para identificar medicamentos com nomes semelhantes e/ou potencialmente perigosos (Q ₅₇) Uso da denominação comum internacional (DCI) ou do nome genérico (Q ₆₉) Uso de sinaléticas para identificar medicamentos com nomes semelhantes e/ou potencialmente perigosos (Q ₆₉)	5
Estrutura física do serviço	Melhores estruturas físicas do serviço (Q ₃₁) Melhor estrutura física do serviço (Q ₃₂) O espaço físico ser adequado (Q ₃₆)	3
Registo da administração de medicação	Registo do fármaco, dose, hora e quem administra (Q ₁₉) Registo correto da administração de medicação (Q ₅₇) Registo correto da administração de medicação (Q ₆₉)	3
Concentração/atenção	Penso que a melhor medida é estarmos atentos ao que fazemos (Q ₁₆) Concentração (Q ₂₃) Concentração (Q ₅₉)	3

Dispensa de eletrólitos	Reintrodução de eletrólitos de maior risco (KCL 7,5%, Nacl 20%) no <i>stock</i> para evitar o seu envio na unidose, conjuntamente com as ampolas de antibiótico correndo-se o risco de serem confundidas com soro fisiológico ou água para preparação de injetáveis utilizados na reconstituição de medicação (Q ₃₉) No caso de medicamentos como o cloreto de potássio, não devem vir na cassette de medicação juntamente com outros medicamentos endovenosos, como os antibióticos. O cloreto de potássio deveria estar num armário à parte, numa gaveta fechada com chave e identificado (Q ₄₇)	2
Gestão eletrónica de <i>stock</i>	Utilização de sistema eletrónico <i>Pyxies</i> para a gestão de <i>stock</i> (Q ₃₉)	1
Total		78