

Os erros são classificados em dois tipos: erros de autoridade e erros de omissão, sendo cada um destes subdivididos em erros intencionais e não – intencionais; erros intencionais de omissão envolveriam a falha proposital ao administrar uma medicação prescrita a um paciente que não deveria recebê-la e erros não-intencionais de omissão seriam aqueles onde há uma falha acidental ao administrar uma medicação prescrita ao paciente (WOLF, 1989).

Já o erro intencional de autoridade ocorre quando uma medicação não prescrita é deliberadamente administrada a um paciente, enquanto que o não- intencional, seria quando o paciente, acidentalmente, recebe uma medicação não prescrita ou é administrada uma medicação prescrita de uma maneira incorreta. Ambos os erros envolvem uma falha ao administrar o medicamento prescrito.

Vários estudos desenvolvidos em diferentes hospitais nos Estados Unidos, Inglaterra e Canadá identificaram os tipos de erros mais comuns, causas, índice de erros nos hospitais e compararam diferentes sistemas de distribuição de medicamentos, a fim de proporem medidas que poderiam auxiliar na prevenção de futuros erros na medicação (PELLETIER; POSTER, 1988; BATES e col., 1995; BOREL; RASCATI, 1995).

Assim, os tipos de erros mais comuns identificados nos estudos acima citados seguem essa ordem: omissão de doses, medicação errada, horário errado, dose errada, taxa de infusão intravascular errada, paciente errado, via errada de administração, medicação não prescrita, doses extras (duplicadas), ausência de data de validade no medicamento, ausência de data, falta de assinatura na prescrição médica e medicações incompatíveis.

Nos Estados Unidos da América, o INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES – ISMP (1996) tem divulgado vários estudos sobre erros na medicação, a fim de alertar os profissionais da saúde quanto aos riscos inerentes a essa prática. Também diversas instituições e pesquisadores, preocupados com essa questão, têm desenvolvido estratégias para reduzir ou prevenir tais erros. BATES e col.

(1995) afirmam que, em cada 100 pacientes admitidos nos hospitais, 4,8% apresentavam eventos adversos e os erros com a medicação ocorreram mais frequentemente nos estágios da prescrição médica (56%), administração do medicamento (34%), transcrição da prescrição médica (6%) e distribuição do medicamento (4%).

Dessa forma, o erro pode ocorrer em qualquer ponto da terapia medicamentosa, desde a prescrição até a administração do medicamento, ressaltando-se que o indivíduo não é a única causa do erro e sim um sistema que falhou (PEPPER, 1995), o que corrobora a afirmação de FUQUA; STEVENS (1988) de que *a ação do indivíduo sozinho não é a única causa do erro, já que outras causas e fatores de contribuição combinam-se para causar o erro.*

Os erros também podem ocorrer na transcrição ou distribuição do medicamento, numa transcrição inadequada e prescrição mal interpretada levando à distribuição de medicamentos com nomes e dosagem erradas à clínica. A automatização do sistema, com uso de sistemas computadorizados, tem demonstrado diminuir o número de pessoas em contato com a medicação e juntamente com utilização de códigos de barras se constituem em tentativas para evitar erros (JOSEFCZYK e col., 1986; BOREL; RASCATI, 1995).

Também a enfermagem, conhecendo os tipos de erros mais comuns, pode traçar estratégias na tentativa de diminuí-los ou evitá-los, a fim de que aos pacientes sob sua responsabilidade não ocorram sérios danos ou prejuízos. Buscando identificar esse aspecto na realidade nacional, esse estudo foi planejado com objetivo de responder à seguinte questão: Quais os comportamentos dos profissionais de enfermagem frente aos erros na administração de medicamentos?. O objetivo deste estudo foi analisar os comportamentos dos profissionais de enfermagem com base em relatos de erros na administração de medicamentos.

MATERIAL E MÉTODO

Local de estudo

O estudo foi desenvolvido em um hospital no interior do estado de São Paulo.

População e amostra

A população constou de 10 enfermeiros, 4 técnicos e 46 auxiliares de enfermagem. Foram excluídos os enfermeiros que estavam no cargo de chefia. A amostra ficou constituída por sete enfermeiros, um técnico de enfermagem e 23 auxiliares de enfermagem, haja visto que do total de enfermeiros, um enfermeiro estava de licença – saúde, um recusou-se participar do estudo e um relato foi inválido. Consideramos relato inválido os relatos incompletos, que não apresentavam as situações que conduziram os profissionais de enfermagem aos erros na administração de medicamentos. Do total de 46 auxiliares de enfermagem alocados, onze recusaram participar do estudo, um estava de licença –saúde, um tinha sido demitido, um transferido para outro setor. Do total de 32 auxiliares de enfermagem entrevistados, 8 não recordaram nenhum fato e houve um relato inválido.

Dos 4 técnicos entrevistados: um não recordou nenhum fato, um recusou participação e houve um relato inválido. Assim foram realizadas 31 entrevistas com 46 relatos válidos.

REFERENCIAL METODOLÓGICO

A técnica do incidente crítico

A técnica do Incidente crítico é um método indireto de análise que permite o registro de comportamentos específicos, favorecendo observações e avaliações de forma sistematizada.

Essa técnica consiste em um conjunto de procedimentos para a coleta de observações diretas do comportamento humano, de modo a facilitar sua utilização potencial na solução de problemas práticos e no desenvolvimento de amplos princípios psicológicos, delineando também procedimento para a coleta de incidentes observados, que apresentam significação especial e para o encontro de critérios sistematicamente definidos (FLANAGAN,1973).

Incidente é definido como *qualquer atividade humana observável que seja suficientemente completa em si mesma para permitir inferências e previsões a respeito da pessoa que executa o ato (FLANAGAN,1973).*

Portanto, o incidente crítico como seu próprio nome diz, prevê a análise de ocorrência crítica que marca as pessoas. Nesse estudo utilizamos uma adaptação da técnica do incidente crítico para obter relatos de erros ocorridos na administração de medicamentos, foram abordados somente os aspectos negativos, visto que não há aspectos positivos na ocorrência de um erro de medicação.

Coleta dos dados

O instrumento de coleta de dados constou de um formulário para obtenção de relatos de erros ocorridos na administração de medicamentos, de acordo com o objetivo do estudo. O instrumento foi submetido a um pré- teste com uma enfermeira mestranda, atuante em um hospital privado, um técnico de enfermagem e um auxiliar de enfermagem, atuantes no hospital em estudo, porém em outro setor.

Findo o período pré-teste, iniciamos a coleta de dados nos meses de agosto e setembro de 1999, após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital em questão e o consentimento da Divisão de Enfermagem e da diretoria de enfermagem da unidade.

Após o consentimento informado dos participantes do estudo, marcamos as entrevistas com data, hora e local pré-estabelecidos, na própria instituição hospitalar e durante o período de trabalho, durando, em média, 15 a 30 minutos. A questão proposta foi: Pense em alguma coisa negativa, ruim que ocorreu na administração de medicamentos recentemente, com pacientes da sua unidade. Pense em uma ocorrência que lhe chamou a atenção e resultou em um erro de medicação. Conte-me o que foi feito a partir de então?. As entrevistas foram gravadas em fita cassete e transcritas na íntegra, imediatamente após o seu término e foi mantido o anonimato dos entrevistados. A identificação dos entrevistados foi feita por ordem numérica, de acordo com a seqüência das entrevistas.

Organização dos dados para análise

Após o término da coleta dos dados, iniciou-se a análise das entrevistas procedendo-se à leitura dos relatos e identificação dos comportamentos que apresentaram os profissionais na ocorrência de erros na administração de medicamentos. Como comportamentos definimos os tipos de erros apresentados pelos profissionais de enfermagem. A seguir apresentamos a identificação e análise dos comportamentos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os comportamentos foram extraídos dos relatos e agrupados por semelhança em dois momentos: comportamentos relativos à administração ou não do medicamento; e comportamentos relativos à percepção e comunicação do erro.

Vale ressaltar que as categorias foram agrupadas segundo a taxonomia dos erros de medicação proposta pelo Nccmerp (1998), para a identificação e análise dos tipos de erros de medicação ocorridos, relacionados a seguir:

Erro de omissão de dose: falha para administrar uma dose prescrita pelo médico.

Erro de dose errada ou inadequada: administração de uma dose maior ou menor do que a prescrita.

Erros de dose extra: administração de doses duplicadas

Erro de via: administração pela via errada ou por uma via que não a prescrita.

Erro de horário: falha em administrar a dose de medicamento no horário ou intervalos pré - definidos pela instituição ou pela prescrição.

Erros devidos a técnicas incorretas na administração: uso de procedimentos inconvenientes ou técnicas impróprias.

Velocidade errada de gotejamento: taxa de fluxo intravascular muito rápido ou muito lento

Outros tipos

Após a análise, os comportamentos relativos à administração ou não do medicamento foram agrupados em duas categorias: **Administrando o medicamento diferente do prescrito e Não administrando o medicamento prescrito**, apresentados na Tabela 1 .

Tabela 1- Distribuição das categorias de comportamentos relativos à administração ou não do medicamento, seus respectivos conteúdos e freqüências, 1999.

Categorias de Comportamentos	Conteúdo	Freqüência N°
Administrando o medicamento diferente do prescrito	Paciente errado	12
	Via errada	11
	Dose errada	08
	Medicamento errado	06
	Velocidade errada de gotejamento	03
	Medicamento suspenso	01
	Dose extra	01
	Medicamento para paciente em jejum	01
	Medicamento administrado sem teste de sensibilidade	01
Subtotal		44
Não administrando o medicamento prescrito	Omissão de doses	2
Total		46

O conteúdo da categoria de comportamento **Administrando o medicamento diferente do prescrito**, relatado pelos profissionais de enfermagem foram agrupados por semelhança entre si em 44 comportamentos e será apresentado a seguir:

Administrando o medicamento no paciente errado-Foram agrupados doze relatos relacionados à troca de pacientes no momento da administração de medicamentos. Assim, em 12 comportamentos os profissionais de enfermagem administraram o

medicamento, por exemplo do paciente A no paciente B. Quando ocorre este tipo de erro, freqüentemente o paciente A fica sem receber a medicação prescrita, enquanto que o paciente B recebe uma medicação não autorizada. Observe esses relatos:

foi no plantão noturno, um funcionário escalado na medicação trocou os pacientes, uma medicação que era para dar em um e ele deu em outro, era um antihipertensivo... (E.6)
...era um quimioterápico via oral do paciente X que deu para o paciente Y. (E.5).

Segundo tais relatos, os profissionais de enfermagem cometeram a troca dos pacientes no momento de administrar o medicamento, aplicando o medicamento no paciente errado. Este resultado vem corroborar os achados de MIQUELIN e col. (1998) segundo os quais um tipo de erro comum é a medicação administrada ao paciente errado.

Administrando o medicamento na via errada- Os comportamentos que levaram a via errada na administração do medicamento foram agrupados em onze relatos. Os profissionais de enfermagem administraram o medicamento por uma via diferente da prescrita.

era para receber um fenergan por via intramuscular e fez por via endovenosa, apesar que pode ser feita endovenosa, mas a paciente teve uma reação, não sentiu bem, ficou nervosa, inquieta, com falta de ar (E.28).

Segundo tais relatos, o medicamento era para ser administrado conforme prescrito por via oral (03), por sonda nasogástrica (02), por dreno (01), por via intramuscular (01), por via endovenosa (04) e foram administrados diferentemente do prescrito.

Administrando o medicamento na dose errada- Foram incluídos oito relatos em que a dose do medicamento administrado foi diferente da prescrita, ou seja, foi administrada uma dose mais alta ou uma dose mais baixa do que aquela prescrita.

...foi feito uma dose bem mais alta, era para ser feito acho que 4 unidades e foi feito 40 unidades de insulina à tarde ... (E.19).

o paciente estava tomando um comprimido de propanolol e ao invés de dar 1 comprimido, deu 4 comprimidos (E.27)

O preparo da dose errada de medicamentos foi um dos conteúdos mais citados pelos profissionais de enfermagem. A verificação da dose prescrita antes da administração do medicamento é fundamental para evitar tais erros.

Administrando o medicamento errado- Em seis relatos os profissionais de enfermagem administraram o medicamento errado no paciente, ou seja, trocaram a medicação do paciente.

...o funcionário trocou a medicação era para ser feito bicarbonato de sódio endovenoso e foi instalado manitol... (E.25).

O funcionário fez uma medicação pensando que era outra, administrou outro medicamento no paciente (E.5).

Administrando o medicamento com velocidade errada de gotejamento- Em três relatos os profissionais de enfermagem instalaram o medicamento com velocidade errada do gotejamento de fluxo intravascular.

o número de gotas/ml é o dobro do que está programado (E.3).

não controlou o gotejamento do soro de 500ml contendo aminofilina para correr em 8 horas e o soro acabou em menos de três horas (E.15).

...o funcionário instalou a medicação por via endovenosa, prescrita para gotejar em 8 horas, em 2 horas (E.18).

Administrando o medicamento suspenso na papeleta- Em um relato o profissional de enfermagem administrou no paciente a insulina que estava suspensa na papeleta.

fiz a medicação e quando fui checar vi que estava suspenso na papeleta (E.9).

Administrando dose extra – Em um relato o profissional de enfermagem administrou uma dose duplicada do medicamento quimioterápico via oral.

o funcionário deu de novo a medicação, a paciente recebeu 2 comprimidos ao invés de 1 comprimido (E.27)

Na categoria **Não administrando o medicamento prescrito** obtivemos dois comportamentos em que o medicamento prescrito não foi administrado ao paciente. Nesta categoria estão os relatos que citam que o medicamento prescrito ao paciente não foi administrado. Em um desses relatos, a dose de antibiótico não foi administrada pelo plantão noturno, no horário das 6 horas da manhã; o paciente ficou um período de 12 horas entre a última dose recebida às 24 horas e a próxima dose administrada no horário das 12 horas do plantão seguinte. O enfermeiro percebeu o erro e chamou o profissional de enfermagem envolvido para esclarecimento dos fatos.

Em outro relato, os medicamentos a serem administrados no horário das 18 horas estavam ausentes da unidade de enfermagem e todas as doses prescritas para esse horário deixaram de ser administradas aos pacientes.

Ainda em relação ao comportamento, no segundo momento procedeu-se à análise quanto à percepção e comunicação do erro pelos profissionais de enfermagem, ocorrendo também o agrupamento por

Tabela 2 - Distribuição das categorias de comportamentos quanto à percepção e comunicação do erro segundo os profissionais de enfermagem e seus respectivos conteúdos e freqüências, 1999.

Categorias de Comportamentos	Conteúdo	Freqüência Nº
Percebendo e comunicando o erro	O próprio profissional da enfermagem percebeu o erro	22
	Outro profissional da enfermagem percebeu o erro	12
	O enfermeiro percebeu o erro	05
	paciente ou acompanhante percebeu o erro	03
	O médico percebeu o erro	02
Subtotal		44
Percebendo e não comunicando o erro	O profissional de enfermagem percebeu e não comunicou o erro ao enfermeiro e/ou ao médico	02
Total		46

Os conteúdos dos comportamentos relativos à percepção e comunicação do erro são apresentados a seguir e exemplificados através das falas dos profissionais de enfermagem.

O próprio profissional da enfermagem percebeu o erro e comunicou ao enfermeiro e/

semelhança de conteúdo, e constituição de categorias, que serão abordadas a seguir.

Decidimos incluir como comportamentos, a percepção e comunicação do erro, visto que esses são fundamentais para que intervenções sejam implementadas rapidamente pela equipe de enfermagem e pela equipe médica, a fim de minimizar os resultados do erro para o paciente. Esse comportamento foi subdividido nas seguintes subcategorias:

-Percebendo e comunicando o erro ao enfermeiro e/ou ao médico- obtivemos um total de 44 comportamentos em que o erro foi comunicado ao enfermeiro e/ou ao médico.

-Percebendo e não comunicando o erro ao enfermeiro e/ou ao médico- Em dois comportamentos os profissionais de enfermagem perceberam o erro e não comunicaram ao enfermeiro e /ou ao médico

A percepção do erro e comunicação à chefia de enfermagem ou ao médico, foram comportamentos apresentados pela maioria dos profissionais de enfermagem neste estudo. Somente em dois relatos a comunicação do erro foi omitida. A seguir, na Tabela 2, apresentamos as categorias de comportamentos, seus conteúdos e respectivas freqüências.

ou médico- Conforme já mencionado, este foi o comportamento citado com maior freqüência nos relatos (22). Os profissionais de enfermagem envolvidos perceberam o erro e comunicaram imediatamente ao enfermeiro e/ou ao médico.

...o funcionário percebeu que não tinha administrado para aquele paciente e falou: nossa este paciente tem esta medicação, só que eu não dei para ele, que ele percebeu e foi pensar para quem tinha administrado ele percebeu que tinha administrado ao paciente errado a medicação, foi descoberto quando o funcionário foi checar na papeleta a medicação, foi comunicado o médico (E.6).

A percepção do erro e sua comunicação imediata é fundamental para a implementação rápida de intervenções de enfermagem e médicas, a fim de restabelecer as condições do paciente e minimizar o sofrimento causado pelo erro.

Outro profissional da enfermagem percebeu e comunicou o erro ao enfermeiro e/ou ao médico- Em 12 relatos outros profissionais de enfermagem perceberam o erro e comunicaram ao enfermeiro e/ou ao médico. Assim, o erro não foi percebido pelo profissional que inicialmente estava envolvido.

o funcionário que entrou no plantão seguinte viu que era comprimido e que o medicamento estava com apresentação em ampolas e avisou o enfermeiro (E.8).

quando eu vi eu avisei o enfermeiro do teste de penicilina, mas já tinha sido feito a medicação no paciente (E.7).

O enfermeiro percebeu o erro e comunicou ao médico - Em cinco relatos o enfermeiro percebeu o erro e comunicou ao médico. Os enfermeiros relataram que no momento da visita para os pacientes nas enfermarias, eles detectaram o erro cometido pelo funcionário.

...eu peguei o copinho e falei: que medicação é esta? Me deu um gelo na barriga porque era uma quimioterapia via oral, foi percebido imediatamente, o paciente tinha acabado de deglutir, eu tive que acionar o plantonista, foi um transtorno, como você se expõe... (E.5).

...comunicamos o médico, falamos o que tinha acontecido, que tinha acontecido um erro que foi verificado a tempo, o risco poderia ter sido pior para o paciente. (E.3).

...quando eu percebi e consegui decifrar a medicação que estava prescrita eu passei para o médico responsável (E.2).

Gostaríamos de ressaltar que, na ocorrência do erro, cabe somente ao enfermeiro a avaliação e a tomada de medidas administrativas passíveis de serem aplicadas para os comportamentos apresentados pelos elementos da equipe de enfermagem; os procedimentos legais são de responsabilidade da chefia de enfermagem a que estão subordinados e não da equipe médica.

O paciente ou acompanhante percebeu o erro e comunicou ao enfermeiro e/ou ao médico- Um dos comportamentos que despertou grande interesse, embora considerado uma particularidade, devido ao número reduzido de relatos, foi a percepção e comunicação do erro pelo próprio paciente ou acompanhante no momento em que questionaram com o profissional da saúde a medicação recebida.

Em três relatos os pacientes e/ou acompanhante perceberam o erro e comunicaram ao enfermeiro e/ou ao médico. Observe a fala abaixo:

o paciente alertou e falou: 'eu não sou diabético e não tomo insulina...' e o funcionário falou para o paciente: 'toma sim está prescrito a insulina'... o enfermeiro entrou no quarto e o paciente falou: 'ele me deu insulina e eu não sou diabético'...o enfermeiro comunicou o médico na hora, o enfermeiro chefe e a diretoria. (E.30).

Esse fato nos fez repensar as responsabilidades do paciente na participação de sua terapia medicamentosa. Entendemos que essa responsabilidade só começará a ser exercida a partir do entendimento do propósito e do conhecimento do nome, da dose do medicamento pelo paciente; isso só será possível se, no momento da administração do medicamento o paciente for informado a respeito do nome, da indicação do seu uso e de seus efeitos adversos.

Consideramos a discussão com o paciente a respeito da medicação em uso uma medida válida para a prevenção de erros de medicação, se aplicada àqueles pacientes que, de certa forma, apresentem bom estado geral, orientados e conscientes.

Nesses relatos evidenciou-se a mudança de comportamento que está ocorrendo em nossos pacientes atualmente, embora esta não seja ainda a grande parte de nossa realidade. Os pacientes estão começando a participar da sua terapia medicamentosa, a ter conhecimentos ou esclarecimentos quanto ao medicamento em uso, aos horários e à quantidade; mesmo os que não são tão esclarecidos, pelo menos conhecem as características do medicamento através da cor, embalagem, consistência, passando a ter mais participação, podendo questionar um profissional da área da saúde acerca da dose do seu medicamento, e com isso, prevenir um erro.

O médico percebeu o erro e comunicou ao enfermeiro- Em dois relatos o médico percebeu o erro e comunicou-o ao enfermeiro.

quem percebeu foi uma doutora, ela viu o rótulo do soro com os nomes dos pacientes trocados e o número do leito e chamou o enfermeiro e ele me chamou porque eu tinha assinado (E.16).

No relato acima, o enfermeiro não percebeu o erro, sendo este detectado por outro profissional, no caso, o médico.

A comunicação do erro dirigiu-se ao enfermeiro, por entender-se que este é tão responsável quanto o funcionário que o cometeu. Embora tal função seja delegada pelo enfermeiro ao auxiliar de enfermagem ou técnico, o ato cometido por um dos elementos da equipe de enfermagem sob sua supervisão não o exime da responsabilidade frente a tal ocorrência.

Percebendo e não comunicando o erro ao enfermeiro e/ou ao médico

O profissional de enfermagem percebeu e não comunicou o erro ao enfermeiro e/ou ao médico – Houve dois comportamentos onde os profissionais de enfermagem perceberam e não comunicaram o erro, justificando a não comunicação devido a interrupção rápida do medicamento (PVPI+ soro) e do cloreto de potássio endovenoso. Observe a fala ilustrativa:

o funcionário ia fazendo uma ampola de cloreto de potássio por via endovenosa e o paciente começou a queixar de dor e ardor no braço, então ele parou de administrar a medicação, foi coisa mínima, mas o paciente queixou-se de

dor, poderia ter sido fatal, o enfermeiro não foi comunicado (E.06).

No relato envolvendo o medicamento cloreto de potássio, o profissional de enfermagem percebeu o erro imediatamente após o início da administração endovenosa, devido à dor e ao ardor que o paciente sentiu no braço; por isso, o profissional de enfermagem interrompeu a administração do medicamento, mas não comunicou o erro ao enfermeiro nem ao médico porque o paciente não apresentou maiores reações

Estes tipos de comportamentos podem ser atribuídos também às indefinições existentes acerca do significado do que constitui um erro de medicação para os enfermeiros e profissionais de enfermagem.

CASSIANI (1998) expõe a dificuldade da notificação do erro de medicação pelos profissionais de enfermagem à chefia, frente a tais intercorrências: *o temor das conseqüências frente às intercorrências e o desconhecimento do que seja realmente um erro na medicação podem, por outro lado, levar muitas vezes à subnotificação, pois há uma rejeição ao fato de registrar ou relatar as ocorrências à chefia.*

A subnotificação do erro propicia aos profissionais de saúde envolvidos a possibilidade de cometerem novos erros com a mesma causa, desencadeando o efeito cascata, ou seja, *quando novos erros acontecem com as mesmas causas.*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os comportamentos relativos ao medicamento que obtiveram maiores freqüências foram: a administração do medicamento no paciente errado (12), via errada (11) e dose errada (08), corroborando os achados de BUENO e col., (1998) que constataram que os erros mais comuns presenciados pelos enfermeiros em seu estudo foram: paciente errado, administração de medicamentos na dose errada e omissão de doses prescritas.

HACKEL e col., (1996) identificaram os tipos de erros mais comuns segundo a percepção de enfermeiros atuantes em um hospital escola constando que a dose errada, o paciente errado, a medicação errada foram considerados erros de medicação por 97% dos entrevistados, seguidos por via errada, erros de omissão e hora errada.

Salientam ainda que, por receio, muitos erros deixam de ser comunicados e registrados.

Nos comportamentos relativos à percepção e comunicação do erro constatou-se que, na maioria, em 22 incidentes, os profissionais de enfermagem comunicaram o erro à chefia de enfermagem, possibilitando intervenções rápidas de enfermagem e médicas com os pacientes, a fim de minimizar os resultados do erro e a aplicabilidade das medidas administrativas.

A dificuldade em detectar o erro na medicação nas instituições hospitalares pode estar vinculada à própria indefinição do seu conceito e sistema de classificação, desconhecido pelos profissionais da saúde, ou à inibição do relato voluntário das ocorrências pelos profissionais envolvidos, pois a manifestação da ocorrência de erros é cerceada por sentimentos como: culpa, vergonha, medo de punições e até demissões (CARVALHO, 2000).

Na ocorrência de um erro, importa que, se inicie imediatamente uma investigação completa, determinando e documentando os detalhes exatos da natureza do incidente, através de instrumentos de avaliação. Entretanto, sabemos que muitos erros não são relatados em nossa realidade por medo de punições e pela própria consciência do profissional, conforme foi percebido nesta fala:

eu me senti humilhado, uma pessoa inútil, que não sabe fazer nada e ainda a punição... levei relatório, mas acho que não precisaria, a minha consciência já ficou arrasada... eu já estava ciente e já tinha tomado as providências (E.13).

Concordamos com a afirmação de WOLF (1989) *é melhor admitir o erro imediatamente, logo que foi descoberto para que o resultado ou prejuízo causado ao paciente seja minimizado ou eliminado.*

A autora acima mencionada ainda nos mostra que o sentimento de culpa e dor acompanham o profissional em sua trajetória profissional. Afirmo que a culpa *parece nunca desaparecer porque a segurança do paciente é primordial e fazer o bem e evitar a dor é um valor inestimável.*

Medidas administrativas disciplinares como punição transmitem aos profissionais de enfermagem medo, insegurança e inibem a sua comunicação, levando-os a silenciarem muitos casos de erros. *O erro é muitas vezes cercado de uma aura de culpa que faz com que, tanto o indivíduo que o comete, como a instituição, tenha aversão em comunicá-lo (Leplat apud CHIANKA, 1997).*

Na maioria dos relatos apresentados neste estudo, os profissionais de enfermagem perceberam e comunicaram o erro imediatamente após a ocorrência do mesmo, possibilitando rapidamente a implementação de intervenções de enfermagem e médicas para minimizar suas conseqüências para os pacientes.

Há necessidade de fornecer um ambiente seguro com disponibilidade de recursos humanos e físicos para a prevenção de erros de medicação, assim como incentivar novos estudos sobre erros na administração de medicamentos, pois somente identificando os diferentes tipos de erros, é que poderemos traçar medidas para prevenir a sua ocorrência e garantir a qualidade da assistência.

AGRADECIMENTOS

À FAPESP- FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO pelo recurso financeiro concedido.

CARVALHO, V.T.; CASSIANI, S.H.B. [Analysis of nursing professionals' behaviors in face of errors in medication administration]. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, v.15, n.2, p. 45-54, 2002.

ABSTRACT: Errors in medication administration are the major quality indicator for the health care given to hospitalized patients. This study aimed at analyzing the behaviors of nursing professionals based on reports of errors occurring in medication administration. The study was conducted in a hospital in São Paulo Staté. Seven nurses, one nursing technician and 23 nursing auxiliaries were interviewed. The methodological framework used was a technical adaptation of the critical incident. From the analysis of 46 accounts, the behaviors were identified, analyzed and then divided in: behaviors relating to the administration or not of the medication (46) and behaviors relating to error perception and reporting (46). Providing a safe environment with availability of human and physical resources is necessary for the prevention of future medication errors.

DESCRIPTORS: Medication errors. Drugs. Nursing.

CARVALHO, V.T.; CASSIANI, S.H.B. [Análisis de los comportamientos de profesionales de enfermería frente a los errores en la administración de medicamentos]. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, v.15, n.2, p. 45-54, 2002.

RESUMÉN: Los errores en la administración de medicamentos son uno de los mayores indicadores de la calidad de salud prestada a los pacientes hospitalizados. El objetivo de este estudio fue analizar los comportamientos de los profesionales de enfermería con base en los relatos de errores ocurridos en la administración de medicamentos. El local de estudio fue un hospital en el interior del Estado de São Paulo. Fueron entrevistados 7 enfermeros, 1 técnico de enfermería y 23 auxiliares de enfermería. El referencial metodológico empleado fue una adaptación de la técnica del incidente crítico. Del análisis de los relatos fueron identificados y analizados los comportamientos y divididos en: comportamientos relativos a la administración o no administración del medicamento (46) y relativos a la percepción y comunicación del error (46). Fornecer un ambiente seguro con disponibilidad de recursos humanos y físicos es necessário para la prevención de futuros errores de medicación.

DESCRIPTORES: Errores en la medicación. Medicamentos. Enfermería.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARKER, K.N. et al. Medication errors in nursing homes and small hospitals. *Am.J.Hosp.Pharm.*, v.39, p. 987-991, jun. 1982.
- BATES, D.W.; CULLEN, D.J.; LAIRD, N. Incidents of adverse drugs events and potential adverse drug events: implications for prevention. *JAMA*, v. 274, n.5, p.29-34, 1995.
- BOREL, J.M.; RASCATI, K.L. Effect of an automated, nursing unit-based drug- dispensing device on medication erros. *Am. J. Healthy Syst. Pharm.*, v.52, n.1, p.1875-9, sep. 1995.
- BUENO, E.; CASSIANI, S.H.B.; MIQUELIN, J.D.L. Erros na administração de medicamentos: fatores de riscos e medidas empregadas. *Rev. Baiana Enf.*, v.11, n.1, p.101-9, abr. 1998.
- CARVALHO, V.T. **Erros na administração de medicamentos:** análise de relatos dos profissionais de enfermagem. Ribeirão Preto, 2000. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- CASSIANI, S.H.B. **Um salto para o futuro no ensino da administração de medicamento:** desenvolvimento de um programa instrucional auxiliado pelo computador. Ribeirão Preto, 1998. Tese (Livre Docência) - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- CHIANCA, T.C.M. **Análise sincrônica e diacrônica de falhas na assistência de enfermagem em pós-operatório imediato.** Ribeirão Preto, 1997. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- FLANAGAN, J.C. A técnica do incidente crítico. *Arq. Bras. Psicol. Apl.*, v.21, n.5, p.99-141, abr/jun. 1973.
- FUQUA, R.A.; STEVENS, K.R. What we know about medication errors: a literature review. *J. Nurs. Qual.*, v.3, n.1, p.1-17, 1988.
- HACKEL, R.; BUTT, L.; BANISTER, G. How nurses perceived medication errors. *Nurs. Manage.*, v.27, n.1, p.31-4, 1996.
- INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES. **ISMP, 1996.**[online] [capturado em: 24.09.1996]. Disponível em URL: <http://pharminfo.com/ismp/ISMPhp.html>.
- JOSEFCZYK, K.G.; SCHNEIDER, P.J.; PATHAR, D.S. Medication errors in a pharmacy: coordinated drug administration program. *Am. J. Hosp. Pharm.*, v.43, p.2464-7, oct. 1986.
- MIQUELIN, J.D.L.; CASSIANI, S.H.B.; BUENO, E. Administração de medicamentos: revisão de relatórios de intercorrências. In: COLÓQUIO PAN-AMERICANO DE ENFERMAGEM, 6, Ribeirão Preto, 1998. **Programas e resumos.** Ribeirão Preto, 1998. p.217.
- NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATIONS ERRORS REPORTING AND PREVENTION. **NCC MERP taxonomy of medication errors.** [online] Rockville: NCC MERP, 1998. [capturado em: 13.11.1998]. Disponível em URL: http://www.nccmerp.org/taxo_0514.pdf.
- PELLETIER, L.R.; POSTER, E.C. Method of medication administration: effect on error rates. *J. Nurs. Adm.*, v.18, n.4, p.29, 38, Apr. 1988.
- PEPPER, G.A. Errors in drug administration by nurses. *Am. J. Health Syst. Pharm.*, v.52, n.15, p.390-95, 1995.
- WOLF, Z.R. Medication errors and nursing responsibility. *Holist. Nurs. Pract.*, v. 4, n.1, p.8-17, 1989.