

Para as flores do meu jardim, Alice e Márcia.
Aos meus pais, pelo apoio incondicional em todas as
etapas da minha vida, incluindo esta.
Ao meu avô Joaquim.
Sei que estás aí a torcer por todos nós!
Aos nossos sonhos.

*With adequate leadership, attention, and resources,
improvements can be made.*

“To err is human”

Institute of Medicine, 2000

AGRADECIMENTOS

Aos Professores Olivério Paiva Ribeiro e António Madureira Dias pelo apoio e disponibilidade totais durante todo o processo de investigação.

Um agradecimento especial para a Ana Margarida pelo companheirismo e amizade durante esta etapa.

À Raquel, por toda a disponibilidade, ajuda e motivação em momentos cruciais do processo de investigação.

Aos que participaram no estudo, pelo interesse demonstrado e tempo dispendido.

Um bem hajam!

RESUMO

TÍTULO DO TRABALHO: Relato de Erros de Medicação: Percepções dos Enfermeiros.

ENQUADRAMENTO: Os Erros de Medicação ocorrem em todos os sistemas de saúde de todo o mundo, constituindo um dos mais frequentes eventos adversos no meio hospitalar (19). A detecção e o relato de eventos adversos é crucial para a prevenção do erro em qualquer organização complexa, mas a conduta em presença do erro ocorrido ou potencialmente ocorrido é igualmente crucial. Uma culpabilização e repressão sistemática leva possivelmente a melhoria transitória mas fugaz, não removendo as causas individuais e sobretudo as causas devidas ao sistema, pelo que perpetua o “ciclo do erro”. Atualmente o relato de erros de medicação nos sistemas de saúde é, na maioria das vezes, um ato voluntário, complexo e pouco confidencial e identificam-se múltiplos fatores que impedem o relato do erro. Quando um erro de medicação não é relatado diminui-se drasticamente a possibilidade de evitar no futuro que esse erro volte a acontecer (63). Apesar de diferentes profissões contribuírem para a ocorrência dos Erros de Medicação, os enfermeiros são os profissionais em permanente contacto com os doentes validam o processo de segurança da medicação. Considerados como “*gate keepers*” são os profissionais em melhor posição para detetar falhas no sistema e garantir a segurança do doente (13)(39).

OBJETIVOS: relacionar as variáveis sócio-demográficas, socioprofissionais, formação, conhecimentos e experiências com erros de medicação com a percepção de obstáculos ao relato de erros de medicação, fatores facilitadores do relato de erros de medicação e com o grau de concordância sobre divulgação de erros de medicação.

MÉTODOS: Estudo descritivo-correlacional; amostra 117 enfermeiros (70.1% do sexo feminino e 29,9% do sexo masculino). Dados obtidos através de questionário eletrónico constituído por uma componente sociodemográfica, escala de conhecimentos sobre erros de medicação e escala de percepções e experiência de erros de medicação (26)(62)(82).

RESULTADOS: A maioria (51.3%) dos inquiridos consideram que nas suas instituições existem grandes obstáculos ao relato de erros de medicação sendo que todos os obstáculos referenciados estão presentes nos seus locais de trabalho ($\bar{X} = 1.69$; $dp = 0.521$). Os dados revelam uma opinião não definida sobre a divulgação dos erros de medicação ao doente e à família. Os inquiridos opõem-se à divulgação de relatórios sobre erros de medicação por parte das instituições de saúde ($\bar{X} = 3.43$; $dp = 1.140$). Os enfermeiros não relatam erros de medicação porque têm receio das consequências disciplinares e laborais. Alguns fatores

são identificados como facilitadores do relato, nomeadamente se sentirem benefícios em relatar os erros, tal como aumento da responsabilização, melhoria do sistema e das práticas. De uma forma global as características sociodemográficas e socioprofissionais não têm relação com a perceção dos enfermeiros sobre Obstáculos ao Relato de Erros de Medicação, fatores facilitadores do relato de erros de medicação e grau de concordância sobre divulgação dos erros de medicação. A formação profissional contínua está relacionada com a perceção dos obstáculos ao relato de erros de medicação ($X^2_{KW}(2)=10.065$; $p=.007$; $N=117$). Os conhecimentos sobre erros de medicação são preditores do nível de concordância sobre divulgação de erros de medicação [$t(1, 115) = -3.464$; $p = .001$; $\beta = 0.376$].

CONCLUSÃO: Podemos constatar que a perceção dos obstáculos e dos fatores facilitadores do relato de erros de medicação por parte dos enfermeiros não tem, de uma forma geral, relação com características sociodemográficas e socioprofissionais, o que demonstra a transversalidade desta problemática nas instituições. Os nossos resultados sugerem que os hospitais devem rever as suas políticas garantindo que apoiam e encorajam os seus profissionais a relatar erros de medicação. De entre as intervenções sugeridas salientamos eliminação ou minimização da cultura punitiva sobre os enfermeiros, providenciar programas orientadores e formação profissional contínua transversal a todos os enfermeiros, bem como a implementação ou reestruturação de sistemas de relato por forma a aumentar a sua fiabilidade, simplicidade e agilidade.

PALAVRAS CHAVE: Erros de Medicação; perceções dos enfermeiros; relato de erros de medicação.

ABSTRACT

TITLE: Medication Errors: Nurses' Perceptions.

FRAMEWORK: Medication Errors occur in every health system all over the world, being one of the most frequent adverse events in hospitals **(19)**. The detection and reporting of adverse events is crucial for the prevention of errors in any (complex) organization, but the conduct when such event has occurred or potentially occurred is equally important. A constant blame and systematic repression might lead to a transitory and brief improvement, but in the long-term does not remove the individual causes nor – most importantly – the system-related causes, perpetuating the “error cycle”. Presently, reports of medication errors in the health systems are mostly voluntary and complex acts, without much respect for confidentiality issues and multiple factors are identified, preventing the error from being adequately reported. When the medication error is not reported, we are dramatically decreasing the chance of preventing that same error from happening in the future **(63)**. Although several professions contribute to the occurrence of medication errors, nurses are the healthcare professionals which are in permanent contact with the patients, and the ones which validate the medication security process. Touted as “gate keepers”, nurses are in a privileged position to detect flaws in the system and guarantee the safety of the patients **(13)(39)**.

OBJECTIVES: establish a relationship between the sociodemographic and socio-professional variables, competencies, knowledge and experiences in medication errors with the perception of obstacles to the reporting of medication errors, facilitating factors of medication errors e with the degree of agreement on the disclosure of medication errors.

MÉTHODS: Descriptive-correctional study; sample with 117 nurses (70.1% females and 29.9% males). Data obtained through an electronic survey composed of a sociodemographic component, a knowledge scale on medication errors and a scale on perceptions and experiences on medication errors **(26)(62)(82)**.

RESULTS: The majority (51.3%) of the people inquired consider that in their institutions there are considerable obstacles to the reporting of medication errors, being all these obstacles present in their workplaces (\bar{X} =1.69; dp= 0.521). The data reveals an undefined opinion with regards to the disclosure of medication errors to the patient and his/her family. The people inquired oppose disclosure reports on medication errors by the healthcare institutions (\bar{X} = 3.43; dp=1.140). Nurses do not report medication errors due to the fear of disciplinary and labour repercussions. Some factors are identified as facilitating the report, namely if they feel there is some benefit in reporting the errors, such as increasing

accountability, improving the system and the practices. Globally, the sociodemographic and socioprofessional characteristics are not related with the perception of nurses on the Obstacles to the Report on Medication Errors, facilitating factors of medication errors reporting and degree of agreement on the disclosure of those medication errors. Continuing vocational training is related to the perception of the obstacles to the reporting of medication errors ($X^2_{KW}(2)=10.065$; $p=.007$; $N=117$). The knowledge on medication errors is interlinked with the degree of agreement on the disclosure of medication errors [$t(1, 115) = -3.464$; $p = .001$; $\beta = 0.376$].

CONCLUSION: It can be concluded that the perception of obstacles and the facilitating factors for the report of medication errors by the nurses are generally not related to the sociodemographic and socio-professional characteristics, what underlines the transversality of this problem in the institutions. The results presented here suggest that hospitals should review their policies, guaranteeing the support and encouragement of their professionals to report medication errors. Among the suggested interventions, we highlight the elimination or minimisation of the punitive culture over nurses; providing guidance programs and professional continuing training for all nurses, as well as the implementation or re-structuring of the report systems, in order to increase its reliability, simplicity and agility.

KEYWORDS: Medication errors; Nurse's perceptions; reporting of medication errors.

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE QUADROS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1- INTRODUÇÃO	21
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
2- ERROS DE MEDICAÇÃO	29
2.1 - DEFINIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E ETIOLOGIA DOS ERROS DE MEDICAÇÃO	29
2.1.1 - Erros de Medicação: definição do conceito	30
2.1.2 - Classificação dos Erros de medicação	31
2.1.3 - Tipos de erros de medicação	32
2.1.4 - Causas dos erros de medicação	34
2.1.5 - Fatores que contribuem para os erros de medicação	35
2.2- EPIDEMIOLOGIA DOS ERROS DE MEDICAÇÃO ... 352.3- O RELATO DE ERROS DE MEDICAÇÃO	38
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	
3 – METODOLOGIA	43
3.1 – OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	44
3.2 – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO	45
3.3 – PARTICIPANTES	46
3.3.1 – Características Sociodemograficas	47
3.3.2 – Características Socioprofissionais	48
3.4 – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	51
3.5 – PROCEDIMENTOS	57
3.6 – PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO	58
4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	61
4.1 – ANÁLISE DESCRITIVA	61
4.1.1 – Caracterização dos conhecimentos sobre erros de medicação	61
4.1.2 – Caracterização da experiência com erros de medicação	63
4.1.3 – Percepção dos OREM	64
4.1.4 – Percepção dos FFREM	66
4.1.5 – Divulgação dos erros de medicação	68
4.1.6 – Caracterização da formação	70
4.2 – ANÁLISE INFERENCIAL	73
5 – DISCUSSÃO	91

5.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA.....	91
5.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	92
6 – CONCLUSÃO	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
APÊNDICE I – Instrumento de Colheita de Dados.....	113
ANEXO I – Autorização dos autores das Escalas “Conhecimentos sobre erros de medicação” e Nurses’ Perceptions of and Experiences with Medication Errors ..	125

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema de Investigação.....	46
Figura 2 – Síntese das relações entre Grau de concordância sobre Divulgação de Erros de Medicação e variável “Conhecimentos sobre Erros de Medicação”.....	88

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias dos EM (Adaptado de NCCMERP)	32
Quadro 2 – Tipos de EM [Adaptado de MEDMARX [®] e ASHP]	33
Quadro 3 – Tipos de EM - Comparação de 3 estudos	34
Quadro 4 – Causas do EM (Adaptado de MEDMARX [®])	34
Quadro 5 – Fatores que contribuem para o erro de medicação (Adaptado de MEDMARX [®])	35
Quadro 6 – Incidência de eventos adversos nos países indicados	37
Quadro 7 – Estatísticas relativas à idade dos enfermeiros em função do sexo	47
Quadro 8 – Estatísticas relativas à idade dos enfermeiros da amostra	47
Quadro 9 – Estatísticas relativas a anos de exercício profissional, anos na instituição, anos no serviço e horas de trabalho semanal.	48
Quadro 10 – Características socioprofissionais em função do sexo	50
Quadro 11 – Coeficiente de Alpha Cronbach da Escala de percepção de OREM	55
Quadro 12 – Coeficiente de Alpha Cronbach da escala de percepção de FFREM	56
Quadro 13 – Coeficiente de Alpha Cronbach da escala de concordância sobre DEM	56
Quadro 14 – Coeficientes de Alpha Cronbach das escalas do nosso estudo comparativamente ao estudo original	57
Quadro 15 – Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre erros de medicação	61
Quadro 16 – Classificação dos conhecimentos dos enfermeiros sobre EM	62
Quadro 17 – Características dos conhecimentos sobre EM	63
Quadro 18 – Características da experiência com a ocorrência de EM	64
Quadro 19 – Características da experiência com o relato de EM	64
Quadro 20 – Estatísticas globais relativas à percepção dos OREM	64
Quadro 21 – Estatísticas relativas à Percepção dos OREM	65
Quadro 22 – Caracterização por grupos da percepção dos OREM	65
Quadro 23 – Caracterização da percepção dos OREM	66
Quadro 24 – Estatísticas globais relativas à percepção de FFREM	67
Quadro 25 – Caracterização por grupos da percepção de FFREM	67
Quadro 26 – Estatísticas relativas à percepção de FFREM	67
Quadro 27 – Caracterização da percepção de FFREM	68
Quadro 28 – Estatísticas globais da concordância com DEM	69
Quadro 29 – Caracterização por grupos da concordância com DEM	69
Quadro 30 – Estatísticas relativas à concordância com DEM	70
Quadro 31 – Características da formação	71
Quadro 32 – Teste de U Mann-Whitney entre o sexo e a percepção de OREM, de FFREM e da concordância sobre DEM	74

Quadro 33 – Teste de Krukak-Wallis entre a idade e a percepção de OREM, FFREM e da concordância com DEM.....	75
Quadro 34 – Teste de U Mann-Whitney entre a área de prestação de cuidados e percepção de OREM, de FFREM e a concordância com DEM.....	75
Quadro 35 – Teste de U Mann-Whitney entre a exclusividade de funções e a percepção de OREM, FFREM e concordância com DEM.....	76
Quadro 36 – Teste de Krukak-Wallis entre “anos de exercício profissional” e a percepção de OREM, de FFREM e concordância com DEM.....	77
Quadro 37 – Teste de Krukak-Wallis entre “anos de exercício profissional no atual serviço” e percepção dos OREM, de FFREM e concordância com DEM.....	77
Quadro 38 – Teste Tukey: associação entre os grupos de anos exercício profissional no atual serviço e a percepção de OREM.....	78
Quadro 39 – Teste de Krukak-Wallis entre “horas de trabalho semanal” e a percepção dos OREM, de FFREM e concordância com DEM.....	78
Quadro 40 – Teste de Krukak-Wallis entre “dimensão do hospital” e a percepção de OREM, de FFREM e concordância com DEM.....	79
Quadro 41 – Teste de U Mann-Whitney entre habilitações literárias e a percepção dos OREM, de de FFREM e concordância com DEM.....	80
Quadro 42 – Teste de Krukak-Wallis entre “formação académica sobre EM e sua prevenção” e percepção de OREM, de FFREM e concordância com DEM.....	80
Quadro 43 – Teste de Krukak-Wallis entre “formação profissional continua sobre EM e sua prevenção” e percepção de OREM, de FFREM e concordância com DEM.....	81
Quadro 44 – Teste Tukey: associação entre a classificação da “formação profissional continua sobre EM e sua prevenção” e a percepção dos OREM.....	81
Quadro 45 – Teste de Kruskal-Wallis entre o conhecimento global sobre EM e percepção dos OREM, de FFREM e concordância com DEM.....	82
Quadro 46 – Teste de Kruskal-Wallis entre experiencia com EM e a percepção dos OREM, FFREM e concordância com DEM.....	83
Quadro 47 – Correlação de Pearson entre a percepção de OREM e variáveis independentes.....	85
Quadro 48 – Regressão linear múltipla entre a percepção dos OREM e variáveis independentes.....	85
Quadro 49 – Correlação de Pearson entre a percepção de FFREM e variáveis independentes.....	86
Quadro 50 – Regressão linear múltipla entre a percepção de FFREM e variáveis independentes.....	87

Quadro 51 – Correlação de Pearson entre a Concordância com DEM e variáveis independentes.....	88
Quadro 52 – Regressão linear múltipla entre a Concordância com DEM e variáveis independentes.....	89
Quadro 53 – Comparação entre os itens mais votados do nosso estudo e respectivos valores percentuais e os dados obtidos para as mesmas categorias por Maurer, 2010.....	94
Quadro 54 – Comparação entre os diferentes itens e respectivas frequências entre o nosso estudo e o estudo de Maurer, 2010.....	95
Quadro 55 – Comparação entre os itens mais votados do nosso estudo e respectivas valores percentuais e os dados obtidos para as mesmas categorias por Maurer, 2010.....	96
Quadro 56 – Comparação entre os diferentes itens e respectivas frequências entre o nosso estudo e o estudo de Maurer, 2010.....	97
Quadro 57 – Comparação entre os diferentes itens e respectivas frequências entre o nosso estudo e o estudo de Maurer, 2010.....	98

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEEM - Conhecimentos dos enfermeiros relativamente a erros de medicação

CV – Coeficiente de Variação

DEM – Divulgação de Erros de Medicação

Dp – Desvio padrão

EM – Erro(s) de Medicação

ENEAS -Estudo Nacional Espanhol *de* Eventos Adversos

EUA – Estados Unidos da América

FFREM – Fatores Facilitadores ao Relato de Erros de Medicação

IOM – Institute Of Medicine

K/erro – Curtose

N – Número

NCCMERP - National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention

NPEME – Nurses' Perceptions of and Experiences with Medication Errors

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OREM – Obstáculos ao Relato de Erros de Medicação

S/erro – Simetria

SPSS – Statistical Package for Social Science

\bar{X} – Média

1 - INTRODUÇÃO

Nos últimos 40 anos a complexidade dos serviços de saúde cresceu de forma significativa ao nível dos modelos de cuidados, dos regimes terapêuticos, das altas tecnologias, da organização dos cuidados de saúde e do seu financiamento. Esta tendência conduziu a um aumento da pressão ao nível das respostas eficazes sobre os prestadores de cuidados, com potenciais repercussões na eficiência dos cuidados que estes prestam aos cidadãos **(1)**.

Neste contexto, a conseqüente pressão fiscal nos sistemas de saúde dos países desenvolvidos, nomeadamente europeus, foi-se agravando fruto de um conjunto de fatores: como a alteração drástica do perfil demográfico da maioria dos países europeus, o aumento da longevidade e a inversão da pirâmide etária, que levou à existência de maior número de doenças crónicas, e a elevação dos parâmetros de qualidade com a conseqüente finitude dos recursos de saúde. Finalmente, essas exigências sobre os sistemas e os fornecedores de cuidados de saúde têm desencadeado iniciativas políticas destinadas a melhorar a qualidade, a acessibilidade e a eficácia dos cuidados **(2)**.

No entanto, como muitas destas iniciativas são desenvolvidas e implementadas em diferentes momentos e, ocasionalmente, de forma fragmentada, elas podem potencialmente criar mais tensão nos fornecedores e nos sistemas de saúde **(3)**.

É neste cenário de dinâmicas interações entre instituições, doentes e iniciativas políticas que ocorrem as falhas de sistema e os eventos adversos. Tal como diversos estudos demonstram, uma das várias manifestações de falhas dos sistemas são os inadmissíveis índices de eventos adversos preveníveis ao nível da segurança do doente, documentados nos sistemas de saúde atuais **(1)(3)(4)(5)(6)(7)** – eventos estes que vão para além do erros minimamente aceitáveis e inevitáveis dos prestadores de cuidados, aos quais se exige que apliquem a melhor prática clínica.

A *qualidade e segurança* têm sido reconhecidos como fatores chave na criação de sistemas de saúde acessíveis, efetivos e eficazes. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) um serviço de saúde de qualidade é aquele que “organiza os recursos eficazmente de forma a ir ao encontro das necessidades de saúde dos que mais precisam de cuidados preventivos e curativos, de forma segura e sem desperdício” **(8)**. Esta definição abrange as três perspetivas de qualidade: qualidade do doente (o que os doentes desejam e experienciam); qualidade profissional (o que os doentes necessitam e a aplicação das

melhores práticas) e gestão da qualidade eficazmente e através da elaboração de normas e regulamentos).

A segurança do utente é um dos pilares da qualidade dos cuidados em saúde e responsabilidade dos vários envolvidos: sociedade, indivíduo, profissionais de saúde, educadores/formadores, governos, ordens profissionais, associações, etc.(9).

O comité de peritos em segurança e qualidade nos cuidados de Saúde da União Europeia define *segurança* do doente como a liberdade de danos acidentais durante o curso dos cuidados médicos; actividades que evitem, previnam ou corrijam os resultados adversos que podem resultar da prestação de cuidados de saúde; a identificação, análise e gestão de incidentes e riscos para o utente, de modo a tornar os cuidados mais seguros e minimizar os danos aos utentes (10).

A criação pela OMS da World Alliance for Patient Safety em 2004 é a evidência da preocupação crescente face ao problema da segurança do doente, sendo a incidência de erros reconhecida como uma injúria a esse equilíbrio e, em consequência, à qualidade dos cuidados prestados (11).

Tendo em conta o enquadramento estatutário da Ordem dos Enfermeiros (OE) e o código deontológico profissional (12), o enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem. Desta forma, apenas através de uma abordagem assertiva, sistémica e transparente do erro é possível promover a efetiva segurança do doente prestando assim cuidados de qualidade aos cidadãos.

Tal como salientado pela OE, as dotações seguras para a prestação de cuidados de enfermagem estão inevitavelmente relacionados com a segurança dos doentes (13). De salientar que os enfermeiros são os profissionais que mais tempo estão junto dos doentes, como também representam 33,7% (59745 profissionais) do número total de recursos humanos da saúde (14)(95).

Reforçando esta ideia, a American Nurses Association (15) realça que uma característica essencial da enfermagem é a prestação de cuidados que promovam a relação saúde e tratamento. Já no séc. XIV a fundadora institucional da enfermagem, Florence Nightingale, defendia a segurança nos cuidados de enfermagem propondo que os enfermeiros, através da sua prática, colocassem o doente na melhor condição possível para que a natureza atuasse sobre ele (16).

Segundo a OE desde a publicação do relatório do Institute of Medicine (IOM) “To err is human” no ano 2000, que identifica como uma importante causa de morte o erro médico (5), tem vindo a ser crescente a evidência da relação de eventos adversos com os cuidados de enfermagem, tais como, quedas, erros de medicação, infeções nosocomiais, readmissões, etc.(13).

Um dos mais comuns eventos adversos em cuidados de saúde são os erros de medicação. De acordo com o relatório ENEAS da Secretaria Geral de Saúde de Espanha, resultante de um estudo realizado em 24 hospitais espanhóis, 37,4% dos eventos adversos identificados estão relacionados com erros de medicação (EM)(17). Em Portugal, num estudo de análise de processos clínicos elaborado pela Escola Nacional de Saúde Pública em Maio de 2011 entitulado “Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade”, atesta a taxa de incidência de eventos adversos é de 11,1%, acarretando custos adicionais ao sistema de saúde, e que o internamento se prolonga em média 10,7 dias derivado dos eventos adversos. De referir que a categoria de EM não se encontra incluída apenas fazendo menção a Reações Adversas de Medicamentos contabilizando estes 8.5% de todos os eventos adversos (18).

Assim, os EM ocorrem em todos os sistemas de saúde de todo o mundo, constituindo um dos mais frequentes eventos adversos a que os doentes estão sujeitos no meio hospitalar (19).

A melhoria na cultura de segurança na prescrição, dispensa e administração de medicamentos é uma prioridade para os serviços de saúde na Europa, América do Norte, Austrália e muitos outros países (20).

A problemática da segurança do doente tem sido largamente estudada nos últimos anos e múltiplos estudos têm revelado que a morbidade e mortalidade associadas aos eventos adversos em saúde e, nomeadamente relacionados com EM, podiam ser evitados (21).

Em geral, os especialistas acreditam que estes erros resultam de problemas do sistema, mais do que do erro de um só indivíduo. Não sendo completamente evitáveis, os EM podem ser minimizados através da intervenção no sistema de utilização.

Confrontamo-nos, porém, com uma infeliz realidade: uma breve revisão da literatura evidencia o contraste entre o volume de literatura disponível sobre o processo do erro médico e o pouco que tem sido escrito sobre o erro em enfermagem (22).

A deteção e o relato de eventos adversos é de importância crucial para a prevenção do erro em qualquer organização complexa, mas a conduta em presença do erro ocorrido ou potencialmente ocorrido é igualmente crucial. Uma culpabilização e repressão sistemática leva possivelmente a melhoria transitória mas fugaz, não removendo as causas individuais e sobretudo as causas devidas ao sistema, pelo que perpetua o “ciclo do erro” (23).

Importa, por isso, saber se existe efetivamente esta cultura de segurança relativamente aos EM nas organizações portuguesas e se os profissionais de saúde,

nomeadamente os enfermeiros, reconhecem o EM como uma variável evidente, e como se posicionam e percecionam o ato de relato de EM.

A ausência de conhecimento sobre a forma como os enfermeiros percecionam o relato de EM nas suas instituições motivou a realização do presente estudo. Pretende-se com este trabalho esquematizar de uma forma lógica e sequencial as diferentes etapas inerentes ao processo de investigação, visando a credibilidade e coerência do mesmo.

Assim, foram inicialmente formuladas as seguintes questões de investigação:

- *Quais os obstáculos ao relato de Erros de Medicação (OREM) percecionados pelos enfermeiros nos seus locais de trabalho?*
- *Quais são os fatores facilitadores do relato de Erros de Medicação (FFREM) percecionados pelos enfermeiros?*
- *Serão os enfermeiros favoráveis à Divulgação Erros de Medicação (DEM) ocorridos na sua prática e nas suas instituições de saúde?*

No que concerne à estratégia metodológica a utilizar, tendo em conta a problemática e objetivos delineados, importa referir que se trata de um estudo quantitativo, analítico correlacional tendo procurado atingir os seguintes objetivos:

- determinar os principais OREM junto dos enfermeiros;
- descrever os principais FFREM no seio dos enfermeiros;
- determinar como os enfermeiros percecionam a DEM ocorridos na sua prática profissional e na sua instituição;
- relacionar as variáveis sóciodemográficas, atividade profissional, formação, conhecimentos e experiências com a perceção dos enfermeiros sobre OREM;
- relacionar as variáveis sóciodemográficas, atividade profissional, formação, conhecimentos e experiências a perceção dos enfermeiros sobre FFREM;
- relacionar as variáveis sóciodemográficas, atividade profissional, formação, conhecimentos e experiências com o grau de concordância dos enfermeiros sobre DEM;

Esperamos com este estudo sensibilizar e envolver os profissionais para a temática dos erros de medicação ajudando a reforçar e fortalecer a relação enfermeiro-utente. proporcionar mais segurança nos cuidados prestados, subsidiando igualmente a atuação de instituições e profissionais para o estabelecimento de políticas e condutas que promovam a segurança do doente, nomeadamente na prevenção de EM.

O corpo do trabalho é constituído por duas partes: o Enquadramento Teórico e o Estudo Empírico.

O Enquadramento teórico é constituído por 2 capítulos. O capítulo 1 salienta a importância da segurança do doente em geral, reconhecida como um pilar basilar da qualidade dos sistemas de saúde sendo apresentados diversos estudos epidemiológicos sobre os eventos adversos em saúde. No capítulo 2 será dado ênfase ao impacto da ocorrência do erro de medicação, descrevendo o conceito e caracterizando-o segundo a sua tipologia, as suas causas, e fatores determinantes da sua ocorrência bem como a importância do relato dos erros de medicação em diferentes sistemas de saúde.

O estudo empírico está dividido em quatro capítulos. O primeiro capítulo é constituído pela metodologia, onde apresentamos e descrevemos a investigação que iremos desenvolver, nomeadamente o desenho da investigação, a população e a amostra, os procedimentos e os instrumentos de recolha de dados. No segundo capítulo será feita uma exposição dos resultados, bem como a sua análise e interpretação. A discussão metodológica e dos resultados compõe o terceiro capítulo e, por fim, no quarto capítulo apresentaremos as conclusões deste estudo. As referências bibliográficas, apêndices e anexos considerados pertinentes para facilitar a compreensão da investigação concluem o percurso realizado para o alcançar deste estudo.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Erros de Medicação
Relato de Erros de Medicação

2- ERROS DE MEDICAÇÃO

O problema da segurança em cuidados de saúde em geral, e dos EM em particular é uma das prioridades que tem preocupado atualmente as autoridades sanitárias de alguns países desenvolvidos, sobretudo os Estados Unidos da América (EUA), a Austrália, e mais recentemente, a Grã-Bretanha e o Canadá **(24)**. A par das consequências reais ou potenciais para a saúde do indivíduo, e dos custos diretos como a fatura associada a despesas em saúde, existem custos indirectos suportados pelos próprios em resultado de eventos adversos *evitáveis*, o que é definido pelo IOM como danos resultantes de erros cometidos por profissionais de saúde **(25)**.

A perda de confiança nos sistemas de saúde por parte dos cidadãos ou a diminuição da satisfação de profissionais de saúde **(26)** e doentes, representam alguns destes custos senão mesmo os mais importantes. O desconforto físico, psicológico e social sentido pelos doentes que vivem estas experiências, a perda de autoconfiança, desmotivação e frustração dos profissionais de saúde, bem como a diminuição de produtividade, subsídios de doença e custos pessoais em cuidados de saúde que atingem desta forma a sociedade, demonstram por si só a magnitude da importância desta abordagem **(25)**. O erro traduz ainda, em si mesmo, um elevado custo de oportunidade, uma vez que o investimento feito em meios de diagnóstico e tratamento como consequência de eventos adversos evitáveis representa uma diminuição considerável de verbas disponíveis para outras áreas da assistência sanitária.

2.1- DEFINIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E ETIOLOGIA DOS ERROS DE MEDICAÇÃO

Apesar dos estudos de investigação epidemiológica sobre a segurança do doente terem surgido após a década de 90 do séc. XX, importa realçar que os dados disponíveis sofrem de significativas limitações em termos de validade, confiança ou qualidade dos mesmos. Acresce ainda o facto de que muitos destes estudos relacionados com a segurança do doente tratam genericamente os eventos adversos, não evidenciando as subcategorias desses mesmos eventos, limitando desta forma a caracterização real da problemática do EM nos sistemas de saúde da atualidade **(3)(36)**.

Para além de estes dados sobre eventos adversos se encontrarem fragmentados, incompletos e sem possibilidade de base comparativa entre os diversos estudos, três outros fatores subjacentes tornam difícil esta análise. Em primeiro lugar, existem diferentes noções concetuais entre os profissionais de saúde sobre o que constituem os diferentes eventos adversos, incidentes ou eventos *“near miss” (erro potencial)* na área da segurança do

doente. Em segundo lugar, os estudos de investigação diferem metodologicamente. Por último não existe um denominador comum, o que significa que o apuramento destas estimativas não pode ser conseguida sem que exista uma notificação obrigatória da verdadeira incidência anual dos procedimentos clínicos que possam afetar a segurança do doente **(3)(4)**.

Os EM são um problema universal e não existem atualmente dados que permitam afirmar que os mesmos estão a diminuir **(37)**. Os EM são, nos dias de hoje, alvo de atenção redobrada dada a tendência atual dos sistemas de saúde para a redução dos custos e do números de profissionais **(29)**.

O consenso existente atualmente sobre a importância da implementação de estratégias para reduzir o impacto dos EM realça a responsabilidade partilhada dos diferentes grupos de profissionais de saúde envolvidos no circuito de medicação **(38)**. Apesar de diferentes profissões contribuírem para a ocorrência dos EM, os enfermeiros são os profissionais em permanente contacto com os doentes e com a validação final do processo de segurança da medicação considerados como “*gate keepers*” **(13) (39)**.

A administração de medicamentos é uma prática importante do exercício profissional dos enfermeiros que requer conhecimentos, práticas e competências especiais para o cuidar e atendimento de pessoas. Desta forma, a ocorrência de EM é um problema importante na prática de enfermagem e expõe os doentes a riscos sérios evitáveis. Quando um EM ocorre, a competência do profissional de enfermagem é de imediato “beliscada” relativamente aos outros profissionais (ex.: médicos) **(38)** sendo a responsabilidade pelo acontecimento do erro atribuída ao enfermeiro **(40)**. Este facto acontece porque são os enfermeiros que recebem as prescrições dos medicamentos ficando nesse momento com a responsabilidade acrescida de zelar pela medicação e pela segurança do doente **(41)**.

Ninguém consegue determinar a frequência com que os profissionais de saúde cometem EM: as estimativas variam em função da importância clínica dos erros, desde 24% a 94% de doses administradas **(42)(43)(44)(45)(46)(47)**.

Para caracterizar os EM é fundamental classificar a gravidade das possíveis consequências para o doente e as suas características (i.e., o tipo de erro), assim como conhecer as causas e os fatores que contribuíram para a sua manifestação.

2.1.1- Erro de medicação: definição do conceito

São diversos os termos encontrados na literatura para definir EM, pelo que existe a necessidade de clarificar as terminologias utilizadas. Neste sentido, várias organizações têm-se envidado na construção de uma taxonomia consensual sobre erros de medicação.

Torna-se muitas vezes difícil encontrar um consenso geral relativamente ao conceito de EM quer nos países em desenvolvimento quer nos países desenvolvidos **(40)**, não pela fraca incidência dos erros de medicação mas sim pela ausência de relato dos mesmos, bem como pelos insuficientes e ineficazes sistemas de relato e notificação **(29)**.

A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* define EM como qualquer evento prevenível causado pelo uso de medicação de forma inadequado e que compromete a segurança do doente **(21)**.

O EM, pode ainda ser definido como qualquer erro que seja produzido durante o circuito do medicamento; “é sempre uma falha, não intencional, na realização de uma acção planeada” **(23)**.

De acordo com o National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP), EM são quaisquer eventos preveníveis e evitáveis no qual o uso inadequado da medicação pode prejudicar o doente enquanto a medicação está sob o controle dos profissionais de saúde, doentes ou consumidor. Estes eventos podem estar relacionados com a prática profissional, produtos de saúde, procedimentos e sistemas, incluindo prescrição, comunicação de prescrições, rotulagem dos produtos, embalagem e nomenclatura, composição, dispensação, distribuição, administração, educação, monitorização e uso da medicação **(48)**.

2.1.2- Classificação dos Erros de medicação

Os EM podem ser considerados como acontecimentos adversos passíveis de serem prevenidos que podem ocorrer nas diferentes etapas do processo de medicação, mas que nem sempre resultam em dano para o doente. O facto de determinado EM não provocar qualquer dano no doente pode contribuir para que este erro não seja identificado e relatado **(49)**.

O NCCMERP publicou em 2001 a “Taxonomia dos Erros de Medicação”. O objectivo principal desta publicação visou uniformizar a linguagem e a classificação dos EM por forma a ser possível a estruturação do registo e a análise dos mesmos.

Baseados na sua importância clínica, no que diz respeito à classificação e à gravidade, os EM estão organizados em quatro níveis, (cf. Quadro 1): erro potencial, erro inócuo para o doente, erro nocivo para o doente e erro causador de morte **(50)**.

Quadro 1 – Categorias dos EM (Adaptado de NCCMERP)

CATEGORIA DO ERRO	DESCRIÇÃO
Erro potencial	
A	Circunstâncias ou acontecimentos susceptíveis de originarem um erro.
Erro: inócuo	
B	O erro de medicação ocorre, mas não atinge o doente (foi interceptado).
C	Ocorreu um erro que chegou ao doente mas foi inofensivo para este.
D	Ocorreu um erro com necessidade de aumentar a monitorização do doente mas foi inofensivo.
Erro: nocivo	
E	Ocorreu um erro com necessidade de tratamento ou intervenção e que causou danos temporários ao doente.
F	Ocorreu um erro com necessidade de hospitalização inicial ou prolongada e que causou danos temporários ao doente.
G	Ocorreu um erro que resultou em dano permanente no doente.
H	Ocorreu um erro que resultou num evento que quase causou a morte (i.e. anafilaxia, paragem cardíaca).
Erro, com morte	
I	Ocorreu um erro que resultou na morte do doente.

2.1.3- Tipos de erros de medicação

Atendendo à natureza dos EM, estes devem ser classificados em tipologias.

A *American Society of Health-System Pharmacists (ASHP)* estabelece 11 tipos de EM (51), no entanto a *United States Pharmacopeia* descreve 14 tipos de EM (52), (cf. Quadro 2).

Quadro 2 – Tipos de EM [Adaptado de MEDMARX® (52) e ASHP (51)]

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

Alguns estudos mostram que a maioria dos EM ocorrem no momento da prescrição e no ato de administração de fármacos. Erros nos formulários de prescrição são atribuídos a más práticas médicas, enquanto que a equipa de enfermagem é responsável pelos erros durante a administração dos medicamentos (53).

Variando na frequência com que ocorrem em contexto hospitalar, alguns autores identificam os tipos de erros mais frequentes como resultado de estudos efetuados, (cf. Quadro 3).

Quadro 3 – Tipos de EM - Comparação de 3 estudos (52)(54)(55)

TIPOS DE EM Comparação de 3 estudos			
Tipo de Erro	Teixeira e Cassiani (2010)	MedMarx (2005)	Milch et al (2006)
Erros de dose/quantidade	24.3%	24.0%	16.0%
Erros de horário	22.9%		
Medicamento não autorizado	13.5%		
Erros de omissão		23.0%	16.0%
Erros de prescrição		19.0%	
Medicamento errado			12.0%

2.1.4 Causas dos erros de medicação

As causas dos EM são multifatoriais e complexas, mas a sua identificação é extremamente importante para se poder intervir de forma preventiva e corretiva.

Os EM raramente estão associados a apenas uma causa, o que dificulta a sua antecipação. Foram identificadas várias causas para EM **(52)**, (cf. Quadro 4).

Quadro 4 – Causas do EM (Adaptado de MEDMARX® (52))

CAUSAS DO ERRO DE MEDICAÇÃO	
Má prática	Design do invólucro
Protocolo/procedimento não respeitado	Prescrição verbal
Comunicação	Invólucros idênticos
Documentação	Prescrição escrita
Contra-indicação, alergia ao medicamento	Formulário de pedido de medicação
Falta de conhecimentos	Falha na monitorização
Embalagem da farmácia	Etiquetagem
Transcrição incorrecta/omissão de transcrição	Registo no computador
Segurança do processo	Erro de cálculo
Sistema de distribuição do medicamento	Uso inadequado de máquinas perfusoras

De entre as causas anteriormente referidas algumas assumem particular destaque em certos estudos efetuados.

Alguns autores destacam a falta de conhecimentos básicos sobre medicamentos, farmacologia e gestão de medicamentos como fator predisponente para o risco de ocorrência de EM reforçando a necessidade de melhoria dos conhecimentos dos enfermeiros no que diz respeito à gestão dos medicamentos. A falha na identificação dos doentes, prescrições erradas, transcrição de prescrições, cálculo de doses pelos enfermeiros e falta de conhecimentos na utilização de sistemas infusores são igualmente causas frequentes de EM **(56)(57)(58)**.

2.1.5- Fatores que contribuem para os erros de medicação

Dado o caráter multifatorial inerente à ocorrência de EM, existem múltiplos aspetos que contribuem para os EM.

Inúmeros fatores nos sistemas de saúde contribuem para a segurança e EM. Alguns desses fatores serão diretamente controlados pelas organizações de saúde enquanto outros são atribuídos ao próprio circuito de utilização da medicação **(25)**.

As causas de EM podem ser divididos em dois sub-grupos: os causados por falhas do sistema e os que se estão relaciondos com os profissionais de saúde **(59)**.

Alguns autores descrevem fatores como cansaço e exaustão dos enfermeiros, ilegibilidade das prescrições médicas e interrupções dos enfermeiros durante a preparação e administração da medicação como sendo os que mais contribuem para a ocorrência de EM, sendo esta última fortemente associada à incidência de erros de medicação em contexto hospitalar **(60)(61)**.

As interrupções durante as transmissões de informação, o reduzido número de enfermeiros e o grau de criticidade dos doentes são também apontados como importantes fatores contributivos para a ocorrência de EM **(62)**

Alguns outros fatores foram também identificados no relatório MEDMARX® **(52)**, (cf. Quadro 5).

Quadro 5 – Fatores que contribuem para o erro de medicação (Adaptado de MEDMARX® **(52)**)

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

2.2- EPIDEMIOLOGIA DOS ERROS DE MEDICAÇÃO

O IOM dos EUA publicou em 1999 um relatório marcante para a consciencialização desta problemática *“To Err Is Human”* que incidia sobre eventos adversos em saúde, incluindo os EM, suscitou o interesse de toda a sociedade americana, já que revelou enormes custos sociais e económicos. Este estudo definia também o importante papel que os enfermeiros podem desempenhar na construção de sistemas de saúde seguros. O relatório assinalou que os erros médicos ocasionaram entre 44 000 e 98 000 mortes por ano

nos EUA, uma mortalidade maior do que a causada por acidentes de viação, por cancro da mama e por Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

O mesmo documento trata exaustivamente os EM, por considerar que são os mais significativos e os mais conhecidos, e destaca que ocasionam mais de 7 000 mortes anuais, superando as causadas por acidentes de trabalho, e que são responsáveis por uma em cada 854 mortes em doentes hospitalizados e por uma em cada 131 mortes em doentes não hospitalizados. Indica também que os eventos adversos derivados dos erros da prescrição, administração ou a falta de cumprimento são provavelmente, mais numerosos em meio ambulatorio **(5)**.

O mesmo relatório estima ainda que ocorram, nos EUA, cerca 1,5 milhões de EM evitáveis anualmente **(5)**.

Dados ainda relativos aos EUA, atestam que cerca de 7000 mortes são causadas por EM. Em 1,8% das admissões hospitalares ocorreu um EM com dano para o doente. Na Austrália cerca de 1% das admissões hospitalares sofreram um eventos adversos em resultado de um EM. No Reino Unido, 216 reclamações tratadas pelo Medical Defence Union entre 1995 e 2011 estiveram diretamente relacionadas com EM. Em 1000 reclamações consecutivas relatadas pela Medical Protection Society após 1 de Julho de 1996, 193 (19,3%) diziam respeito a erros de medicação **(21)**.

Outros estudos efetuados revelam que 7,5 % dos doentes admitidos em hospitais de agudos, no Canadá, experienciaram pelo menos um eventos adversos relacionado com EM. Destes, 37% foram considerados como preveníveis. Os EM são comuns nos EUA (cerca de 5 em cada 100 prescrições); 7 em cada 100 EM causam dano potencial e 1 em cada 100 resulta em dano para o doente **(4)**.

A experiência de eventos adversos reportada por cidadãos suíços é comum (11,4%), sendo que em doentes hospitalizados os EM assumem-se como dos mais frequentes (5,3%) **(27)**.

Apesar dos poucos dados nacionais oficiais disponíveis, e partindo da premissa de que as instituições de saúde portuguesas têm um comportamento e *performance* semelhantes às suas congéneres americanas, alguns autores estimam que em Portugal existam entre 1330 e 2900 mortes anuais devido a erros cometidos por equipas que prestam cuidados de saúde **(23)**. Estes valores assumem relevância significativa nas causas de morte em Portugal, uma vez que revelam maior mortalidade do que os acidentes de viação (1000 no ano 2010), ou devido ao vírus da imunodeficiência humana (VIH) (638 em 2010) **(28)**.

Os eventos adversos associados à medicação começam assim, a tornar-se demasiado onerosos para os sistemas de saúde **(29)**.

A possibilidade de se comparar estudos epidemiológicos na área dos eventos adversos é limitada. No entanto, dados do “*International Health Policy Survey of the Commonwealth Fund 2010*” (30) vão de encontro a alguns dados dos estudos apresentados anteriormente, (cf. Quadro 6).

Quadro 6 – Incidência de eventos adversos nos países indicados (30)

(%)eventos adversos notificados nos últimos 2 anos	Austrália	Canadá	França	Alemanha	Holanda	NovaZelândia	Noruega	Suécia	Suiça	Reino Unido	EUA
Eventos Adversos	8	8	6	6	5	6	11	6	8	3	10
Erros de Medicação	4	6	9	2	4	5	8	5	5	2	6

Fonte: The Commonwealth Fund. 2010 International Health Policy Survey of the Commonwealth Fund. [Em Linha] Nova York: The Commonwealth Fund; 2010.

Disponível em: <http://www.commonwealthfund.org/Maps-and-Data.aspx>

Reforçando a importância e gravidade do problema, outros autores concluem que os EM ocorrem em aproximadamente 6% dos episódios hospitalares em que se utiliza medicação e, no que concerne à utilização de medicação em episódios críticos agudos, estes valores podem atingir os 106 erros por 1000 dias de internamento em Unidades de Cuidados Intensivos (31)(32).

Apesar da reconhecida subnotificação, os erros de medicação contabilizaram 10% dos 945518 eventos adversos relatados no National Health System do Reino Unido (33).

De acordo com o relatório técnico *Improving Patient Safety in the European Union* elaborado pela Comissão Europeia e publicado em 2009, estima-se que nos Estados Membros entre 8 a 12% dos doentes admitidos no hospital sofrem efeitos adversos enquanto recebem cuidados de saúde (34).

Cerca de metade de todos os erros de medicação relatados são erros perfeitamente preveníveis (35).

Atendendo a estes dados, torna-se difícil ignorar a problemática da segurança do doente e nomeadamente dos erros de medicação, razão pela qual se impõe o estudo desta temática no seio dos cuidados de saúde.

2.3- O RELATO DE ERROS DE MEDICAÇÃO

Atualmente o relato de erros de medicação nos sistemas de saúde é, na maioria das vezes, um ato voluntário, complexo e pouco confidencial. Esta limitação condiciona a caracterização da verdadeira dimensão do problema **(29)**. Quando um erro de medicação ocorre torna-se essencial identificá-lo, relatá-lo e posteriormente determinar a sua origem e causa, analisando o mesmo numa dupla perspetiva de gestão do risco e melhoria contínua da qualidade **(63)**.

Dado que nos hospitais o número de medicamentos administrados a doentes em situação aguda e, como tal, mais susceptíveis ao erro atinge um elevado número, torna-se fundamental que as instituições implementem sistemas efetivos de relato de erros de medicação **(63)**.

Diversos estudos demonstram e valorizam a importância do relato de erros de medicação e a criação de sistemas de relato nas instituições como fundamentais para a efetiva prevenção dos mesmos **(64)(65)**.

Outros estudos demonstram que os erros de medicação não são identificados e muito menos relatados **(26)(66)(67)(68)(69)**. De uma forma geral o processo de relato envolve 4 etapas básicas que incluem o reconhecimento de um EM, a perceção da importância do ato de relatar, a preparação do relatório do incidente e, numa fase posterior, a receção administrativa do relato. Apesar de este sistema parecer simples, múltiplos fatores impedem o relato de EM. Quando um EM não é relatado diminui-se drasticamente a possibilidade de evitar no futuro que esse EM volte a acontecer **(63)**.

Os fatores descritos como obstáculos ao ato de relatar os EM são múltiplos. O medo, complexidade do sistema de relato e obstáculos de gestão contribuem negativamente para o relato de EM **(70)**. Outros fatores como morosidade do processo de relato e o contacto da equipa médica também assumem um papel importante **(63)(68)(71)**. O receio da reação de colegas, das chefias, de ser alvo de críticas, estigmatizado como incompetente ou pouco qualificado, a ausência de anonimato, o medo de causar impressões negativas no doente, ou de ser alvo de processo disciplinar e legal são igualmente fatores descritos como obstáculos ao relato de EM **(26)(29)(63)(64)(68)(71)**.

De acordo com estudos anteriores, entre 63 a 84% dos enfermeiros evita relatar os EM com medo da reação negativa de chefes e colegas **(26)**. Outro fator apontado como barreira ao relato de EM é a falta de consenso sobre a definição de EM **(69)(71)** com cerca de 16% dos enfermeiros a manifestarem dúvidas sobre o que é um EM e 14% a demonstrarem não saber quando relatar um EM **(26)**.

Num estudo **(65)** realizado numa unidade de cuidados intensivos do Reino Unido com o objetivo de averiguar as crenças e atitudes dos profissionais de saúde sobre as causas e o relato de erros de medicação, foi possível apurar alguns fatores que inviabilizam o relato dos erros de medicação, nomeadamente desconhecimento da realização de um

erro de medicação; processo de relato complexo, confuso e demorado; ausência de benefícios em relatar o erro e medo das consequências.

O mesmo estudo identifica junto dos profissionais a percepção destes sobre quais seriam os benefícios em relatar erros de medicação caso existisse um sistema confidencial e simples: aprender com os erros; reduzir a culpabilização pessoal, responsabilização, prevenção de erros futuros; melhorar práticas clínicas e aumentar a reflexão na prática dos cuidados **(65)**.

No entanto, importa referir que os níveis de relato estão a aumentar nos países ocidentais **(64)**.

A ausência de estudos sobre a realidade portuguesa não permite sequer averiguar da existência de sistemas generalizados de relato de EM nas instituições de saúde em Portugal.

Somando às barreiras anteriormente descritas, o excesso de trabalho em enfermagem, a equipas muito jovens, ambientes físicos inadequados, laços fracos de cooperação e insuficientes recursos materiais são também aspetos a ter em conta dado os exigentes ambientes de trabalho da atualidade associados aos complexos procedimentos de relato de EM **(71)(72)(73)**.

Medidas como a redefinição de espaços e procedimentos de trabalho, implementação de documentação orientadora de procedimentos e instruções técnicas, bem como a promoção de boas relações de trabalho entre profissionais das equipas ajudam a aumentar as taxas de relato de EM e a diminuir a sua incidência **(74)**.

O relato de procedimentos e a aprendizagem através de erros clínicos estão evidenciadas como práticas pouco utilizadas nos hospitais e que deveriam ser reforçadas **(65)**. Aspetos importantes de gestão de medicamentos como “informação prestada” e “monitorização de eventos adversos” estão claramente descuradas **(38)**.

Estudos demonstram que face à inexistência de sistemas de relato de EM nas instituições é completamente irracional ter expectativas elevadas sobre a participação voluntária dos enfermeiros e esperar que estes se exponham à crítica infundada e estigmatizada. Não é portanto de estranhar que os enfermeiros evitem o relato de EM dado as condições de trabalho em que exercem a profissão **(29)**.

PARTE II
ESTUDO EMPÍRICO

- Metodologia
- Resultados
- Discussão
- Conclusão

3- METODOLOGIA

No presente capítulo procurou-se definir as estratégias por forma a demonstrar a verdade, constituindo-se a fase metodológica como uma etapa de precisão e planeamento.

No estudo, delimitámos um problema a investigar, em função do qual se definiram objetivos. Com o intuito de os atingir, efetuou-se uma revisão bibliográfica atual e pertinente, possibilitando sustentar teoricamente a problemática em questão.

A seleção da amostra a estudar enquadrou-se no propósito de realizar um estudo analítico, descritivo-correlacional, que possibilitasse testar as questões de investigação.

A descrição e explicação do tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, os instrumentos de recolha de dados utilizados e os procedimentos estatísticos efetuados serão descritos neste capítulo.

A segurança do doente em cuidados de saúde é uma prioridade dos sistemas de saúde atuais pelo que a ocorrência de eventos adversos em saúde tem sido alvo de reflexões e estudos nos últimos anos. Os erros de medicação estão identificados como sendo dos eventos mais frequentes embora a determinação da sua incidência seja difícil de contabilizar nas instituições de saúde devido à ausência de notificação e relato por parte dos profissionais de saúde.

O domínio de investigação surgiu do campo da prática, uma fonte importante de questões a explorar **(75)**, uma vez que as experiências pessoais do mestrando, enquanto enfermeiro, num contexto de prestação de cuidados hospitalares suscitaram interrogações sobre os erros de medicação que se pretendem ver respondidas. Essas questões resultaram de observações de práticas e comportamentos, autoavaliações, processos de reflexão e análise crítica, tendo a pesquisa bibliográfica sobre o domínio do erro de medicação ajudado a definir o problema de investigação, uma vez que foi possível conhecer outros estudos feitos em populações idênticas ou utilizando métodos de investigação semelhantes.

Em suma, a ausência de conhecimento sobre como os enfermeiros percecionam, identificam e relatam o erro de medicação na sua prestação de cuidados motivou este estudo, levando ao equacionar das seguintes questões de investigação:

- *Quais os obstáculos ao relato de erros de medicação percecionados pelos enfermeiros nos seus locais de trabalho?*
- *Quais são os fatores facilitadores do relato de erros de medicação percecionados pelos enfermeiros?*

- *Serão os enfermeiros favoráveis à divulgação dos dados relativos a erros de medicação ocorridos na sua prática e nas suas instituições de saúde?*

3.1 – OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

O objectivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo precisando as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação **(75)**.

Nesse sentido, delineámos um conjunto de objetivos que procuram dar resposta às questões de investigação:

- determinar os principais obstáculos ao relato de erros de medicação junto dos enfermeiros;
- descrever os principais fatores facilitadores do relato erros de medicação no seio dos enfermeiros;
- determinar como os enfermeiros percecionam a divulgação dos erros de medicação ocorridos na sua instituição;
- relacionar as variáveis sociodemográficas, socioprofissionais, formação, conhecimentos e experiências com a percepção dos enfermeiros sobre obstáculos ao relato de erros de comunicação;
- relacionar as variáveis sóciodemográficas, socioprofissionais, formação, conhecimentos e experiências com a percepção dos enfermeiros sobre fatores facilitadores do relato de erros de medicação;
- relacionar as variáveis sóciodemográficas, socioprofissionais, formação, conhecimentos e experiências com o grau de concordância sobre a divulgação pública de erros de medicação entre os enfermeiros.

Elaborados os objetivos de investigação foram posteriormente formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1 – Não existe relação entre as variáveis sociodemográficas e a percepção dos OREM, a percepção dos FFREM e o grau de concordância com DEM.

Hipótese 2 – Não existem relações estatisticamente significativas entre **Variáveis Socioprofissionais** e a **percepção dos OREM**, a **percepção dos FFREM** e o **grau de concordância com DEM**.

Hipótese 3 – Existem relações estatisticamente significativas entre a **Formação** e a **percepção dos OREM**, a **percepção dos FFREM** e o **grau de concordância com DEM**.

Hipótese 4 – Existe efeito significativo dos **conhecimentos sobre EM** na **percepção dos OREM**, na **percepção dos FFREM** e no **grau de concordância com DEM**.

Hipótese 5 – A **experiência com erros de medicação** tem efeito significativo na **percepção dos OREM**, na **percepção dos FFREM** no **grau de concordância com DEM**.

Hipótese 6 – As variáveis independentes **“idade”**, **“anos de exercício profissional”**, **“anos de exercício no atual serviço”**, **“número de horas de trabalho semanal”** e **“conhecimentos sobre erros de medicação”** são **preditoras da percepção dos obstáculos ao relato de erros de medicação**.

Hipótese 7 – As variáveis independentes **“anos de exercício profissional”**, **“anos de exercício no atual serviço”**, **“número de horas de trabalho semanal”** e **“conhecimentos sobre erros de medicação”** são **preditoras da percepção dos fatores facilitadores do relato de erros de medicação**.

Hipótese 8 – As variáveis independentes **“anos de exercício profissional”**, **“anos de exercício no atual serviço”**, **“número de horas de trabalho semanal”** e **“conhecimentos sobre erros de medicação”** são **preditoras do grau de concordância sobre a Divulgação dos Erros de Medicação**.

3.2 – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

O desenho de investigação está incluído nas investigações obrigacionais, ao permitir compreender o fenómeno a estudar **(75)**.

Atendendo à revisão teórica, objectivos e hipóteses formuladas, elaboramos uma diagrama, que procura demonstrar o tipo de relação que se pretende estudar entre as diferentes variáveis, (cf. Figura 1).

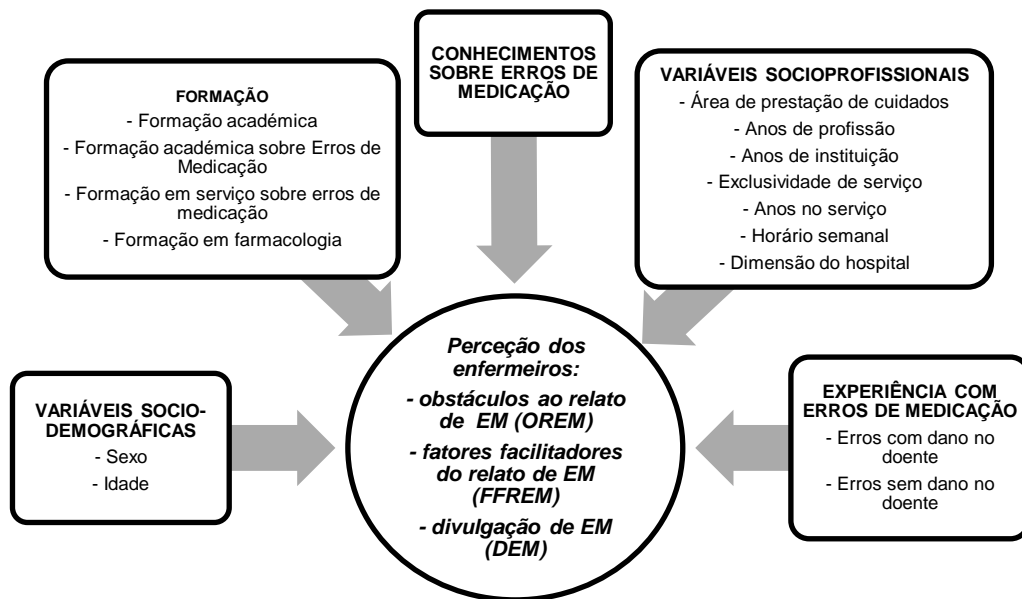


Figura 1 – Esquema de Investigação

3.3 – PARTICIPANTES

A técnica de amostragem utilizada no presente estudo, integra-se na amostragem não probabilística. Neste tipo de amostragem, a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos. O problema com este tipo de amostras é que estas podem, ou não, ser representativas da população em estudo. Apesar de a amostragem probabilística ser preferida à não probabilística, em muitas investigações não é possível, prático ou mesmo desejável obter este tipo de amostras, pelo que o investigador tem que optar por métodos não aleatórios de amostragem (75). Assim, um número indeterminado de enfermeiros foram contactados por email a partir de uma base de dados de contactos profissionais dos autores do estudo e informados acerca da natureza do mesmo, no período de 1 de Novembro a 20 de Novembro de 2011.

Assumiram-se os seguintes critérios de inclusão:

- enfermeiro(a) em prestação direta de cuidados de enfermagem;
- confirmação e validação do consentimento informado;
- resposta à totalidade do instrumento de recolha de dados;

Participaram no estudo 117 enfermeiros a exercer atividade profissional de enfermagem em diferentes instituições de saúde.

3.3.1 – Características Sociodemográficas

Sexo

A amostra é constituída por 117 indivíduos. A análise sóciodemográfica revelou que 70,1% dos participantes são do sexo feminino, (cf. Quadro 8). Assim, o quociente entre o grupo de maior dimensão (N=82) e o grupo de menor dimensão (n=35) é superior a 1.5 (N/n=2.3) logo os grupos não têm dimensões semelhantes.

Idade

A idade dos sujeitos da amostra oscila entre os 22 e os 55 anos, com uma idade média 33.50 anos (Dp = 7.33) e uma dispersão média (Cv=21.88%). A média de idade das mulheres é menor do que a dos homens (\bar{X} =32.54 vs \bar{X} =35.74) com diferenças estatisticamente significativas (U=1090,5; Z=-2,005; p=0,04), (cf. Quadro 7).

Os valores de assimetria ($Sk_{\text{erro}}= 4.91$) indicam enviesamento à esquerda e os valores de achatamento ($K_{\text{erro}}= 1.46$), indicam uma curva mesocúrtica.

Quadro 7– Estatísticas relativas à idade dos enfermeiros em função do sexo

IDADE	n	Min	Max	\bar{X}	Dp	Cv (%)	Sk/Erro	K/Erro
Feminino	82	22	55	32.54	6.76	20.79	4.35	2.23
Masculino	35	26	54	35.74	8.18	22.88	2.29	-.34
Valor Global	117	22	55	33.50	7.33	21.88	4.91	1.46

U=1090,5; Z=-2,005; p=0,04*

Procedeu-se ao agrupamento da variável idade em classes verificando-se que o grupo etário “30-39 anos” corresponde a 50.4% da amostra (cf. Quadro 8).

Quadro 8 – Estatísticas relativas à idade dos enfermeiros da amostra

GRUPOS ETÁRIOS	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
< 30 anos	28	34.1	8	22.9	36	30.8
30 – 39 anos	42	51.2	17	48.6	59	50.4
>40 anos	12	14.6	10	28.6	22	18.8
Valor Global	82	70.1	35	29.9	117	100

Em suma:

- A amostra é constituída por 117 indivíduos, 70.1% do sexo feminino e 29,9% do sexo masculino;

- A média de idades foi de 33.50 (Dp=7.33), oscilando entre os 22 e os 55 anos, 18.8% dos indivíduos tem mais de 40 anos, 30.8% tem menos de 30 anos e 50.4% tem entre 30 a 40 anos de idade;
- A idade dos homens é superior à das mulheres, tendo o teste U Mann-Whitney revelado diferenças estatisticamente significativas ($p = 0.04$).

3.3.2 – Características Socioprofissionais

Área de prestação de cuidados

No que concerne à área de prestação de cuidados de enfermagem 67.5% da amostra prestam cuidados gerais enquanto que 32.5% presta cuidados especializados, (cf. Quadro 10).

Exerce funções unicamente num serviço

Relativamente ao exercício de funções, 69.2% dos enfermeiros da amostra exercem num só serviço e 30.8% em mais do que um serviço, (cf. Quadro 10).

Anos de exercício profissional

O número de anos de exercício profissional varia entre 0 e 33 anos com uma média de anos de 10.79 anos (Dp = 6.93), e uma dispersão elevada (Cv=64.29%). Os valores de assimetria ($Sk_{\text{erro}} = 4.64$) indicam enviesamento à esquerda e os valores de achatamento ($K_{\text{erro}} = 2.12$), indicam uma curva leptocúrtica, (cf. Quadro 9).

No que diz respeito ao número de anos de exercício profissional procedeu-se ao agrupamento desta variável em classes verificando-se que o grupo “6-10 anos” e “11-15 anos” representam 56.4% (N= 66) da mostra, seguido do grupo “≤ 5 anos” com 22.2% (N= 26), “16-20 anos” com 11.1% (N= 13) e “>20 anos” com 10.3% (N= 12), (cf. Quadro 10).

Quadro 9 – Estatísticas relativas a anos de exercício profissional, anos na instituição, anos no serviço e horas de trabalho semanal.

Item	N	Min	Max	\bar{X}	Dp	Cv (%)	Sk _{Erro}	K _{Erro}
Anos de exercício profissional	117	0	33	10.79	6.93	64.29	4.64	2.12
Anos na instituição	117	0	32	9.02	6.53	72.42	5.16	2.83
Anos no serviço	117	0	27	6.56	5.57	84.96	5.68	3.90
Horas de trabalho semanal	117	7	50	37.47	4.78	12.77	-6.87	31.43

Anos de exercício profissional na instituição

O número de anos de exercício profissional na instituição varia entre 0 e 32 anos sendo a média de 9.02 anos ($Dp = 6.53$), e uma dispersão elevada ($Cv=72.42\%$). Os valores de assimetria ($Sk_{\text{erro}} = 5.16$) indicam enviesamento à esquerda e os valores de achatamento ($K_{\text{erro}} = 2.83$), indicam uma curva leptocúrtica, (cf. Quadro 8).

Relativamente aos anos de exercício profissional na atual instituição foi igualmente realizado o agrupamento dos sujeitos por classes. O grupo “5-10 anos” representa 41% ($N=48$) da amostra e o grupo “11-15 anos” representa 12.8% ($N=15$), (cf. Quadro 10).

Anos de exercício profissional no serviço

O número de anos de exercício profissional no serviço varia entre 0 e 27 anos sendo a média de 6.56 anos ($Dp = 5.57$), e uma dispersão elevada ($Cv=84.96\%$). Os valores de assimetria ($Sk_{\text{erro}} = 5.68$) indicam enviesamento à esquerda e os valores de achatamento ($K_{\text{erro}} = 3.90$), indicam uma curva leptocúrtica, (cf. Quadro 9).

Em relação aos anos de exercício profissional no atual serviço e após se proceder ao agrupamento por classes, verificou-se que “ ≤ 5 anos” representa 47.9% ($N=56$) da amostra e o grupo “ > 15 anos” representa 6.8% ($N= 8$), (cf. Quadro 10).

Horas de trabalho semanal

O número de horas de trabalho semanal varia entre 7 e 50 horas sendo a média de 37.47 horas ($Dp = 4.78$), e uma dispersão fraca ($Cv=12.77\%$). Os valores de assimetria ($Sk_{\text{erro}} = -6.87$) indicam que a distribuição é enviesada à direita e os valores de achatamento ($K_{\text{erro}} = 31.43$), indicam distribuição com uma curva leptocúrtica, (cf. Quadro 9).

No que concerne ao número de horas de trabalho semanal os participantes foram igualmente agrupados por classes. Apenas 2.6% ($N=3$) dos inquiridos trabalham “ ≤ 30 horas” e a maioria 51.3% ($N=60$) trabalha “31-35 horas”, (cf. Quadro 10).

Dimensão do hospital onde exerce funções

Em relação a esta variável 85.5% ($N=100$) dos participantes trabalham em hospitais e 14.5% ($N= 17$) trabalham em outras unidades de saúde.

No que diz respeito aos enfermeiros que trabalham em hospitais, 70% ($N=70$) destes trabalham em instituições hospitalares com “*mais de 500 camas*”, (cf. Quadro 10).

Quadro 10 – Características socioprofissionais em função do sexo

ATIVIDADE PROFISSIONAL	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
	82	70.1	35	29.9	117	100
Área de Prestação de Cuidados (N=117)						
Cuidados Gerais	55	67.1	24	68.6	79	67.5
Cuidados Especializados	27	32.9	11	31.4	38	32.5
Exerce funções num só serviço (N=117)						
Sim	62	75.6	19	54.3	81	69.2
Não	20	24.4	16	45.7	36	30.8
Anos de exercício profissional (N=117)						
≤ 5 anos	20	24.4	6	17.1	26	22.2
6-10 anos	26	31.7	7	20.0	33	28.2
11-15 anos	22	26.8	11	31.4	33	28.2
16-20 anos	8	9.8	5	14.3	13	11.1
> 20 anos	6	7.3	6	17.1	12	10.3
Anos na instituição (N=117)						
≤ 5 anos	27	32.9	9	25.7	36	30.8
6-10 anos	34	41.5	14	40.0	48	41.0
11-15 anos	12	14.6	3	8.6	15	12.8
> 15 anos	9	11.0	9	25.7	18	15.4
Anos no serviço (N=117)						
≤ 5 anos	40	48.8	16	45.7	56	47.9
6-10 anos	28	34.1	8	22.9	36	30.8
11-15 anos	11	13.4	6	17.1	17	14.5
> 15 anos	3	3.7	5	14.3	8	6.8
Horas de trabalho semanal (N=117)						
≤ 30 horas	2	2.4	1	2.9	3	2.6
31-35 horas	43	52.4	17	48.6	60	51.3
36-40 horas	24	29.3	14	40.0	38	32.5
> 40 horas	13	15.9	3	8.6	16	13.7
Dimensão do hospital onde trabalha						
< 100 camas	6	7.3	4	11.4	10	8.5
101-299 camas	11	13.4	1	2.9	12	10.3
300-499 camas	5	6.1	3	8.6	8	6.8
> 500 camas	46	56.1	24	68.6	70	59.8
Não trabalha em hospital	14	17.1	3	8.6	17	14.5

3.4 – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A metodologia de recolha de dados utilizada, predominantemente quantitativa, baseou-se na aplicação de um questionário eletrónico de auto-relato durante período de 1 de Novembro a 20 de Novembro para avaliar as percepções, experiências e conhecimentos dos enfermeiros relativamente a erros de medicação. Este questionário inclui 8 escalas: uma primeira escala (1) que avalia os conhecimentos dos enfermeiros relativamente a erros de medicação, uma segunda escala (2) que analisa a percepção da frequência da ocorrência de erros de medicação, uma terceira escala (3) que mede as percepções dos enfermeiros acerca da frequência das causas primárias dos erros de medicação, uma quarta (4) escala que avalia a experiência com erros de medicação, uma quinta (5) escala que analisa a percepção de obstáculos ao relato de erros de medicação (**OREM**), uma sexta (6) escala que mede a percepção de factores facilitadores do relato de erros de medicação (**FFREM**), uma sétima (7) escala que avalia o grau de concordância com a divulgação de erros de medicação (**DEM**) e uma oitava (8) escala que analisa a percepção de utilidade do uso de tecnologias na redução dos erros de medicação.

A presente investigação contempla apenas o estudo das escalas 1, 4, 5, 6 e 7 sendo as restantes alvo de análise numa outra investigação. O questionário inclui ainda recolha de dados sociodemográficos e socioprofissionais: sexo, idade, formação académica, área de prestação de cuidados, número de anos de experiência na profissão, na instituição e no serviço, número de horas de trabalho semanais, formação em farmacologia e em erros de medicação e sua prevenção e dimensão da instituição onde são exercidas as funções.

A primeira escala, que avalia os conhecimentos dos enfermeiros relativamente a erros de medicação (CEEM), foi elaborada com base numa versão modificada da escala original de Gladstone (1995) (**67**) construída por Osborne J, Blais K & Hayes J (1999) (**26**) e na versão portuguesa da mesma realizada por Bohomol E, Ramos L (2007) (**82**). A escala contém seis vinhetas, cada uma delas representativa de uma situação hipotética de erro de medicação (**APÊNDICE 1 – Instrumento de recolha de dados**). Um exemplo é: “*A um doente não foi administrada a dose de Ampicilina das 12:00h porque este permaneceu no raio X durante 3 horas*”. Esta escala permite avaliar, para cada situação hipotética, o conhecimento relativo a um eventual erro de medicação, se o médico deverá ser notificado e se a situação deverá ser relatada. As respostas são dadas numa escala dicotómica (*Sim, Não*). O estudo das características psicométricas desta escala revelou bons índices de validade factorial e índices adequados a medíocre de consistência interna. Da análise factorial relativa ao conhecimento sobre erros de medicação resultaram duas dimensões, as quais explicam 48% da variância. Contudo, todos os itens saturam acima de 0,36 no

primeiro factor (o qual explica 24,21% da variância) e apenas os itens 1 e 5 da escala saturam mais no segundo factor. A escala revelou um índice medíocre de consistência interna ($\alpha = 0,46$). Em relação à análise factorial que incidiu no conhecimento dos participantes se o médico deveria ou não ser informado resultaram duas dimensões, as quais explicam 59,26% da variância. De forma semelhante ao subteste anterior, todos os itens saturam mais no primeiro factor (o qual explica 30,78% da variância) do que no segundo factor. A escala revelou um índice aceitável de consistência interna ($\alpha = 0,69$). Relativamente à análise factorial que incidiu no conhecimento dos participantes se a situação deveria ser relatada resultaram duas dimensões, as quais explicam 55,05% da variância. De forma semelhante aos subtestes anteriores, todos os itens saturam mais no primeiro factor (o qual explica 27,89% da variância) do que no segundo factor. A escala revelou um índice aceitável de consistência interna ($\alpha = 0,65$). Foram criados três indicadores do conhecimento sobre erros de medicação (existência de erro de medicação, notificação ao médico e relato da situação), a partir das médias de respostas correctas dadas por cada participante no conjunto dos itens que compõem cada uma das três subescalas da escala.

A segunda escala foi construída para a presente investigação, com base na revisão de literatura efectuada, com especial incidência no MEDMARX® Data Report 1998-2005 (2006) **(52)** e numa escala presente no estudo de Alves C (2009) **(49)**. A escala contempla 14 itens que avaliam a frequência de ocorrência de diferentes tipos de erros de medicação (**APÊNDICE 1**) e inclui frases como “*Medicamento errado/ não autorizado*” (formato *Likert* de cinco pontos, desde *nunca=1* a *sempre=5*). A escala apresenta bons indicadores psicométricos, em termos de validade (factorial) e precisão. Da análise factorial resultaram quatro dimensões de erros de medicação, as quais explicam 62,88% da variância. Contudo, todos os itens saturam acima de 0,41 no primeiro factor (o qual explica 22,57% da variância) e apenas os três primeiros itens da escala não saturam mais no primeiro factor do que nos restantes. A escala revelou um bom índice de consistência interna ($\alpha = 0,86$). Foi calculada a média da frequência de tipos de erros de medicação percebida. O indicador da frequência da percepção de tipos de erros de medicação foi calculado a partir da média do conjunto de respostas dadas por cada sujeito aos itens da escala.

As escalas subsequentes são uma adaptação para a população portuguesa do questionário Nurses' perceptions of and experiences with medication errors (NPEME) de Maurer MJ (2010) **(62)**. A terceira escala consiste em 12 itens que medem as percepções dos enfermeiros acerca da frequência das causas primárias dos erros de medicação (**APÊNDICE 1**) e inclui frases como “*Falta de enfermeiros*” (formato *Likert* de cinco pontos, desde *nunca=1* a *sempre=5*). Esta escala inclui ainda um último item (13) de resposta

aberta (outra opção). O estudo das características psicométricas mostra que esta escala evidencia bons indicadores de validade (factorial) e precisão. Da análise factorial resultaram três dimensões de causas primárias dos erros de medicação, as quais explicam 61,20% da variância. Contudo, à semelhança da segunda escala, todos os itens saturam acima de 0,46 no primeiro factor (o qual explica 24,12% da variância) e apenas os dois primeiros itens da escala não saturam mais no primeiro factor do que nos restantes. A escala revelou um bom índice de consistência interna ($\alpha = 0,86$). O indicador da frequência dos factores percecionados como sendo a causa primária de erros de medicação foi calculado a partir da média do conjunto de respostas dadas por cada sujeito aos itens da escala.

A quarta escala integra 3 itens que avaliam a experiência dos enfermeiros com erros de medicação. No primeiro e segundo itens é avaliado o número de erros de medicação efectuados por um enfermeiro ou por um colega, durante o último ano, que causaram ou não dano ao doente (formato *Likert* de 12 pontos, desde 0 a mais de 10). O terceiro item, que se subdivide em dois, centra-se no número de erros relatados durante o último ano, que causaram ou não dano ao doente (relato do número de erros absoluto). Tendo em conta que os itens desta escala não têm todos o mesmo formato de resposta e o número de itens já é, em si mesmo, muito reduzido não foi feita uma análise da validade (factorial) e da precisão desta escala, sendo a análise dos itens feita de forma isolada, através das percentagens de sujeitos que responderam a cada uma das possibilidades de resposta, de cada item da escala.

A quinta escala consiste em 8 itens que analisam a percepção de obstáculos ao relato de erros de medicação por parte dos enfermeiros (OREM) (**APÊNDICE 1**) e inclui frases como “O acto/sistema de relatar é demasiado detalhado e moroso” (formato *Likert* de quatro pontos, desde *grande obstáculo=1* a *não é obstáculo=4*). Esta escala inclui ainda um último item (9) de resposta aberta (outra barreira). O estudo das características psicométricas desta escala revelou indicadores bons a razoáveis de validade (factorial) e precisão. Da análise factorial resultaram três dimensões sobre a percepção de obstáculos ao relato de erros de medicação, as quais explicam 69,10% da variância. O primeiro factor integra, maioritariamente, os itens 1, 2, 4, 6 e 7 (34,47% da variância explicada) e debruça-se sobre o receio das consequências para os enfermeiros se relatarem erros de medicação; o segundo factor inclui, principalmente, os itens 3 e 8 (18,46% da variância explicada) e refere-se à ausência de importância dada, ou pelo enfermeiro ou pela instituição; e o terceiro factor contém, essencialmente, o item 5 (16,18% da variância explicada) relativo á morosidade do processo. A escala revelou um índice razoável de consistência interna ($\alpha = 0,74$). O indicador da intensidade da percepção de obstáculo ao relato dos erros de

medicação foi calculado a partir da média do conjunto de respostas dadas por cada sujeito aos itens da escala.

A sexta escala integra 7 itens que medem a percepção de factores facilitadores do relato de erros de medicação (FFREM) (**APÊNDICE 1**) e contempla frases como “*Se o processo de relato for anónimo*” (formato *Likert* de cinco pontos, desde *probabilidade elevada=1* a *probabilidade muito baixa=5*). Esta escala inclui ainda um último item (8) de resposta aberta (outros factores). O estudo das características psicométricas mostra que esta escala evidencia indicadores bons a razoáveis de validade (factorial) e precisão. Da análise factorial resultaram duas dimensões de factores promotores do relato de erros de medicação, as quais explicam 58,30% da variância. O primeiro factor integra, maioritariamente, os itens 2, 4, 5, 6 e 7 (38,57% da variância explicada) e debruça-se sobre factores relacionados com o processo ou consequências para o enfermeiro sobre o relato de erros de medicação; o segundo factor inclui, principalmente, os itens 1 e 3 (19,74% da variância explicada) e refere-se às implicações directas no doente. A escala revelou um índice razoável de consistência interna ($\alpha = 0,70$). O indicador da probabilidade de aumento da hipótese de relato de um erro de medicação foi calculado a partir da média do conjunto de respostas dadas por cada sujeito aos itens da escala.

A sétima escala contém 3 itens que avaliam a percepção da Divulgação de Erros de Medicação (DEM) (**APÊNDICE 1**) e integra frases como “*Os erros de medicação, quando ocorrem, devem ser relatados ao doente*” (formato *Likert* de cinco pontos, desde *concordo totalmente=1* a *discordo totalmente=5*). O estudo das características psicométricas mostra que esta escala evidencia indicadores bons a razoáveis de validade (factorial) e precisão. Da análise factorial resultou um fator único, o qual explica 64,53% da variância e o índice relativo à consistência interna é razoável ($\alpha = 0,64$). O indicador da percepção de comunicação de erros de medicação foi calculado a partir da média do conjunto de respostas dadas por cada sujeito aos itens da escala.

Finalmente, a oitava escala integra 4 itens que analisam a percepção de utilidade do uso de tecnologias na redução dos erros de medicação (**APÊNDICE 1**) e contém frases como “*bombas infusoras inteligentes*” (formato *Likert* de cinco pontos, desde *muito vantajoso=1* a *não vantajoso=5*). Existe ainda uma alternativa exclusiva de resposta (*não existe no meu serviço*). O estudo das características psicométricas mostra que esta escala evidencia indicadores bons a razoáveis de validade (factorial) e precisão. À semelhança da escala sete, da análise factorial resultou um factor único, o qual explica 59,98% da variância e o índice relativo à consistência interna é razoável ($\alpha = 0,77$). Foram calculadas, para cada

item, as percentagens de sujeitos que responderam a cada uma das possibilidades de resposta.

Quadro 11 - Coeficiente de Alpha Cronbach da Escala de percepção de OREM

Obstáculos ao relato de erros de medicação	Alpha Cronbach (se Item apagado)
A. Na nossa instituição/serviço a culpa é centrada no indivíduo em vez de se pensar no sistema como um potencial causador de erro.	.690
B. Os outros vão pensar que os enfermeiros são incompetentes.	.696
C. Os enfermeiros pensam que a maioria dos erros não têm importância suficiente para serem relatados.	.718
D. Se algo acontece com o doente em resultado de um erro de medicação, a culpa será atribuída ao enfermeiro.	.696
E. O acto/sistema de relatar é demasiado detalhado e moroso.	.738
F. Os enfermeiros têm receio das advertências se relatarem um erro de medicação cometido.	.686
G. Os enfermeiros têm receio das consequências que possam resultar se relatarem um erro de medicação.	.672
H. Se um erro for detetado antes de atingir o doente (erro potencial), não existe necessidade de o relatar	.777
Valor Global	.737

Quadro 12 - Coeficiente de Alpha Cronbach da escala de percepção de FFREM

Factores facilitadores do relato de erros de medicação	Alpha Cronbach (se Item apagado)
A. Se algum dos 5 princípios (doente correcto, medicamento correcto, dose correcta, hora correcta e via correcta) da administração de medicação for violado.	.727
B. Se o processo de relato for anónimo.	.716
C. Se o doente for lesado ou pudesse ter sido lesado.	.698
D. Se existirem benefícios no relatar, tais como, a prevenção de erros futuros, a melhoria das práticas ou o aumento da responsabilização.	.692
E. Se os enfermeiros não sentirem medo de retaliações no ambiente de trabalho.	.607
F. Se os enfermeiros tiverem uma relação positiva com o superior hierárquico ou com o director clínico.	.593
G. Se os enfermeiros tiverem uma relação positiva com os médicos do serviço.	.618
Valor Global	.701

Quadro 13 - Coeficiente de Alpha Cronbach da escala de grau de concordância com DEM

Divulgação dos erros de medicação	Alpha Cronbach (se Item apagado)
A. Os erros de medicação, quando ocorrem, devem ser relatados ao doente.	.390
B. Os erros de medicação devem ser relatados à família, quando o doente não está capaz de compreender o que aconteceu.	.287
C. Os relatórios relativos aos erros de medicação dos hospitais devem ser publicados para conhecimento público.	.910
Valor Global	.638

Quadro 14 - Coeficientes de Alpha Cronbach das escalas do nosso estudo comparativamente ao estudo original **(62)**

Escala	Número de Itens	α de Cronbach Maurer J, 2010	α de Cronbach nosso estudo
Percepção dos OREM	8	.87	.737
Percepção dos FFREM	7	.84	.701
DEM	3	.77	.638

Foi realizado um pré-teste a 10 enfermeiros com critérios de inclusão na amostra, no período de 26 a 30 de Outubro de 2011. Foi necessário proceder a alterações de tradução relativamente a algumas questões para melhor compreensão das mesmas.

3.5 – PROCEDIMENTOS

Para a realização do estudo e, nomeadamente para a aplicação dos questionários aos participantes foi necessário obedecer aos princípios éticos constantes no código deontológico do enfermeiro, nomeadamente o anonimato e confidencialidade das respostas dadas, informação sobre a natureza do estudo e métodos utilizados, assim como sobre as condições, procedimentos, vantagens e riscos de participação na investigação garantindo os princípios básicos consagrados na Declaração de Helsínquia **(76)**. Estes princípios dizem respeito aos métodos científicos, à publicação de resultados e à diferenciação entre a investigação terapêutica tendo por finalidade melhorar a saúde dos participantes e a investigação não terapêutica que visa o avanço dos conhecimentos.

O questionário foi disponibilizado em formato electrónico, com possibilidade de ser respondido online. Um número indeterminado de enfermeiros foram contactados por email a partir de uma base de dados de contactos profissionais dos autores do estudo e informados acerca da natureza do mesmo. Foi também solicitada a sua colaboração e divulgação junto de outros colegas enfermeiros.

A participação dos sujeitos foi feita de forma voluntária, mediante consentimento informado, sendo os mesmos livres de abandonar o estudo em qualquer momento. Não foi fornecido qualquer tipo de incentivos materiais/financeiros para a participação no presente estudo.

Foi indispensável solicitar autorização aos autores para utilização das escalas CEEM e NPME **(ANEXO 1 – Autorizações dos autores das escalas utilizadas no estudo)**.

3.6 - PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO

Após uma primeira análise à base de dados que compilou todas as respostas ao questionário submetido eletronicamente que teve como objetivo verificar se todos os campos de resposta tinham sido preenchidos, procedeu-se à sua codificação e tabulação de modo a tornar eficiente o tratamento estatístico.

Para a análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica. Relativamente à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais (Absolutas (N) e Percentuais (%)), algumas medidas de tendência central ou de localização (Médias (\bar{X}); Desvio padrão (Dp); Coeficiente de variação (Cv)), para além de medidas de simetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

Em relação ao CV utilizamos os seguintes intervalos de variação para classificar as dispersões: “ $CV \leq 15\%$ - dispersão fraca”; “ $15\% < CV \leq 30\%$ - dispersão média”; “ $CV > 30\%$ - dispersão elevada” **(78)**.

Com o intuito de se analisar a simetria (SK), que se obtém através do cociente entre SK com o erro padrão (SK/erro) utilizamos os seguintes valores: $SK/erro \leq -1.96$ – *assimetria negativa ou enviesada à direita*; $-1.96 < SK/erro \leq 1.96$ – *simétrica*; $SK/erro > 1.96$ – *assimétrica positiva ou enviesada à esquerda*. De igual modo e para as medidas de achatamento curtose (K) o resultado também se obtém através do cociente com o EP(K/erro) **(78)**:

- $K/erro \leq -1.96$ – *platicúrtica*;
- $-1.96 < K/erro \leq 1.96$ – *mesocúrtica*;
- $K/erro > 1.96$ – *leptocúrtica*.
-

A operacionalização de algumas variáveis obedeceu à reunião de alguns itens, obrigando à realização de grupos de extremos tendo por base a fórmula [valor médio \pm 0.25 x dp], originando 3 grupos **(78)**.

Em relação à estatística inferencial, foram aplicados testes não paramétricos quando a condição da homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou ou seja, quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1,5 **(78)**. Sempre que se verificaram condições de afastamento da normalidade e homogeneidade do (N) utilizamos os Testes de U Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Quando adequado, realizaram-se análises de regressão linear simples entre variáveis de interesse por aplicação do coeficiente de correlação de *Pearson* (r). No que diz respeito a este tipo de teste usámos os seguintes valores de r (78):

$r < 0.2$ – **associação muito baixa;**

$0.2 \leq r \leq 0.39$ – **associação baixa;**

$0.4 \leq r \leq 0.69$ – **associação moderada;**

$0.7 \leq r \leq 0.89$ – **associação alta;**

$r > 0.89$ – **associação muito alta.**

Quando comparamos uma variável dependente com mais que uma variável independente efetuamos regressões múltiplas. Como métodos de estimação utilizou-se o *Stepwise* e o *Enter*, originando o primeiro tantos modelos quantos os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente e o segundo incorpora as variáveis no modelo numa única etapa.

Os valores de significância considerados estatisticamente significativos foram de $\alpha = 0.05$ (espera-se que a probabilidade de erro seja de $p < 0.05$), pois em ciências sociais é considerada uma probabilidade de erro admissível (77).

O tratamento estatístico foi efectuado informaticamente através do programa (Statistical Package for the Social Science) SPSS versão 19.0 para o Windows.

A apresentação dos resultados é feita através de quadros e tabelas, onde serão demonstrados os dados mais relevantes do estudo. A descrição e análise dos dados obedecem à ordem pelo qual foi elaborado o instrumento de recolha de dados.

Expostas as considerações metodológicas procede-se à apresentação e análise dos resultados.

4 - ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos após a aplicação do instrumento de colheita de dados e o respectivo tratamento estatístico. Em primeiro lugar, será abordada a caracterização da amostra, posteriormente realizada a análise inferencial.

4.1 - ANÁLISE DESCRITIVA

A aplicação do instrumento de recolha de dados permitiu-nos obter os resultados que em seguida são apresentados.

4.1.1 Caracterização dos conhecimentos sobre erros de medicação

Os resultados dos conhecimentos que os enfermeiros da amostra têm sobre EM, têm por base seis cenários diferentes. No primeiro e no último cenário mais de 50% dos enfermeiros consideraram não se tratar dum EM, contudo mais de 78% consideram que o médico deve ser notificado e mais de 80% dizem que a situação deve ser relatada. O segundo, terceiro e quinto cenário foram considerados por mais de 83% dos enfermeiros da amostra como sendo EM e no entendimento de mais de 82%, o médico deve ser notificado no cenário número dois e cinco. Para 94% dos participantes a situação deve ser relatada no cenário número dois (cf. Quadro 17).

A análise do valor global dos conhecimentos dos enfermeiros sobre EM, denota terem variado entre um mínimo de 0 e um máximo de 18, com um valor médio de 13.50 ($Dp=2.96$) e com uma dispersão média ($Cv=21.89\%$). Os valores de simetria ($Sk_{\text{erro}} = -4.82$) e curtose ($K_{\text{erro}} = 6.88$) insinuem uma curva enviesada à direita e leptocúrtica (cf. Quadro 15).

Quadro 15 – Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre erros de medicação

Item	N	Min	Max	\bar{X}	Dp	Cv (%)	SK_{Erro}	K_{Erro}
Conhecimentos EM	117	0	18	13.50	2.96	21.89	-4.82	6.88

Com o intuito de poder classificar o conhecimento dos enfermeiros da amostra sobre EM procedeu-se à realização de grupos de extremos. Estes grupos foram concebidos com base na seguinte fórmula ($\bar{X} \pm 0.25 \times Dp$) **(78)**.

Do resultado obtido adotar-se-á a seguinte classificação:

Fracos Conhecimentos - $M \leq 12.77$

Razoáveis Conhecimentos - $12.77 > M > 14.24$

Bons Conhecimentos - $M \geq 14.24$

Verifica-se que 37.6% dos enfermeiros da amostra detêm “bons conhecimentos”, onde predomina o sexo feminino (34.1%), 31.6% apresentam “conhecimentos razoáveis” e 30.8% apresentam “fracos conhecimentos” sobre EM, (cf. Quadro 16).

Quadro 16 – Classificação dos conhecimentos dos enfermeiros sobre EM

Conhecimentos sobre EM	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Fracos	22	26.8	14	40.0	36	30.8
Razoáveis	28	34.1	9	25.7	37	31.6
Bons	32	39.0	12	34.3	44	37.6

Quadro 17 – Características dos conhecimentos sobre EM

Item	Resposta correta		\bar{X}	DP
	N	%		
1- A um doente não foi administrada a dose de Ampicilina das 12:00h porque este permaneceu no raio X durante 3 horas.				
Ocorreu um erro de medicação	48	41.0	.41	.494
O médico deve ser notificado	92	78.6	.79	.412
A situação deve ser relatada	107	91.5	.91	.281
2- Numa clínica de cirurgia bastante movimentada, 4 doentes recebem a sua dose intravenosa de antibiótico das 18:00h com 4 horas de atraso.				
Ocorreu um erro de medicação	105	89.7	.90	.305
O médico deve ser notificado	97	82.9	.83	.378
A situação deve ser relatada	110	94.0	.94	.238
3- A Nutrição Parenteral Total dum doente foi administrada a um ritmo de 200ml/h em vez dos 125ml/h prescritos. Isto ocorreu durante as primeiras 3 horas das 24 horas de perfusão - a bomba infusora foi ajustada para o ritmo prescrito depois da mudança de turno das 8:00h, quando o enfermeiro que iniciou o turno se apercebeu que a bomba estava a perfundir a outro ritmo.				
Ocorreu um erro de medicação	106	90.6	.91	.293
O médico deve ser notificado	73	62.4	.62	.486
A situação deve ser relatada	86	73.5	.74	.443
4- Num doente admitido por crise de asma foram-lhe prescritas nebulizações com Salbutamol de 4 em 4 horas, no dia 13/08/2011 às 2:00h. O enfermeiro omitiu a administração das 6:00h do dia 13/08/2011 porque o doente estava a dormir.				
Ocorreu um erro de medicação	74	63.2	.63	.484
O médico deve ser notificado	76	65.0	.65	.479
A situação deve ser relatada	93	79.5	.79	.406
5- Um doente que está no seu pós-operatório tem uma analgesia prescrita: comprimido de Dol-u-ron (paracetamol + fosfato de codeína) caso sinta dores. Às 16:00h o doente refere sentir dor e solicita um comprimido que lhe é administrado. Às 18:30h o doente refere novamente sentir dor e solicita outro comprimido. O enfermeiro administra o segundo comprimido.				
Ocorreu um erro de medicação	98	83.8	.84	.370
O médico deve ser notificado	97	82.9	.83	.378
A situação deve ser relatada	100	85.5	.85	.354
6- Todos os dias às 9:00h é administrada a dose diária de digoxina a um doente. Ontem o doseamento de digoxina era de 1.8 mg/L (valores normais 0.8 – 2.0 mg/L). Hoje foi colhida nova análise de sangue (digoxinémia) às 6:00h. Às 9:00h o enfermeiro adia a administração da digoxina porque o resultado da análise não está ainda disponível.				
Ocorreu um erro de medicação	32	27.4	.27	.448
O médico deve ser notificado	92	78.6	.79	.412
A situação deve ser relatada	94	80.3	.80	.399

4.1.2 - Caracterização da experiência com erros de medicação

Relativamente ao número de EM efetuados pelo próprio enfermeiro ou por um colega, com ou sem dano no doente, nos últimos doze meses e quantos EM foram relatados no serviço nos últimos doze meses que tenham causado ou não dano no doente, obteve-se:

- No que diz respeito ao número de EM efetuados com dano para o doente, mais de 82% dos inquiridos referem não ter efetuado/observado erros de medicação e apenas 10.3% atestam terem efetuado/observado um erro;

- Quando questionados sobre EM efetuados sem que tenha ocorrido dano para o doente, 27.4% afirmam não ter efetuado/observado nenhum e 54.7% dizem ter efetuado/observado dois ou mais erros, (cf. Quadro 18).

Quadro 18 – Características da experiência com a ocorrência de EM

Experiência com ocorrência de EM	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Com dano						
0 erros	67	81.7	30	85.7	97	82.9
1 erro	8	9.8	4	11.4	12	10.3
≥ 2 erros	7	8.5	1	2.9	8	6.8
Sem dano						
0 erros	21	25.6	11	31.4	32	27.4
1 erro	16	19.5	5	14.3	21	17.9
≥ 2 erros	45	54.9	19	54.3	64	54.7

Relativamente ao relato dos EM nos serviços, nos últimos doze meses, mais de 87% dos participantes referiram não terem sido relatados erros que tenham causado dano ao doente e mais de 67% referem o mesmo com EM que não causaram dano ao doente (cf. Quadro 19).

Quadro 19 – Características da experiência com o relato de EM

Experiência com o relato de EM	Total	
	N	%
Com dano (n=116)		
0 erros	102	87.9
1 erro	9	7.8
≥ 2 erros	5	4.3
Sem dano (n=115)		
0 erros	78	67.8
1 erro	10	8.7
≥ 2 erros	27	23.4

4.1.3 - Percepção dos OREM

Foi solicitado aos participantes do estudo que classificassem oito obstáculos percecionados nos seus locais de trabalho passíveis de dificultar o relato de erros de medicação.

A variável percepção dos OREM varia entre 8 e 28 com uma média de 15.14 e CV=27.22%.

Os valores de assimetria ($Sk_{\text{erro}} = 2.71$) refletem enviesamento à esquerda e os valores de achatamento ($K_{\text{erro}} = .62$), indicam uma curva mesocúrtica (cf. Quadro 20, 21).

Quadro 20 – Estatísticas globais relativas à percepção dos OREM

Item	N	Min	Max	\bar{X}	Dp	Cv (%)	SK_{Erro}	K_{Erro}
Percepção dos OREM	117	8.0	28.0	15.14	4.12	27.22	2.71	0.62

Quadro 21 – Estatísticas relativas à Percepção dos OREM

Obstáculos ao relato de erros de medicação	N	Min	Max	\bar{X}	Dp	Cv (%)	SK/ Erro	K/ Erro
Na nossa instituição/serviço a culpa é centrada no indivíduo em vez de se pensar no sistema como um potencial causador de erro.	117	1	4	1.68	.808	48.21	5.19	2.17
Os outros vão pensar que os enfermeiros são incompetentes.	117	1	4	1.92	.892	46.39	3.33	-0.34
Os enfermeiros pensam que a maioria dos erros não têm importância suficiente para serem reportados.	117	1	4	2.02	.799	39.59	1.25	-1.47
Se algo acontece com o doente em resultado de um erro de medicação, a culpa será atribuída ao enfermeiro.	117	1	4	1.64	.804	48.97	4.69	0.68
O acto/sistema de relatar é demasiado detalhado e moroso.	117	1	4	2.34	.939	40.10	.68	-1.92
Os enfermeiros têm receio das advertências se relatarem um erro de medicação cometido.	117	1	4	1.65	.723	43.83	4.13	1.17
Os enfermeiros têm receio das consequências que possam resultar se relatarem um erro de medicação.	117	1	4	1.60	.708	44.29	4.71	2.04
Se um erro for detetado antes de atingir o doente (erro potencial), não existe necessidade de o relatar	117	1	4	2.29	1.182	51.61	.94	-3.35

Procedeu-se ao agrupamento da percepção dos OREM em classes verificando-se que que os participantes consideram maioritariamente os itens desta escala como grandes obstáculos ao relato de erros de medicação (51.3%), (Cf. Quadro 22).

Quadro 22 – Caracterização por grupos da percepção dos OREM

Obstáculos ao relato de erros	N	%
Grandes Obstáculos	60	51.3
Obstáculos Médios	17	14.5
Obstáculos Baixos	40	34.2
Total	117	100

Os 3 OREM mais pontuados foram (cf. Quadro 23):

- “Os enfermeiros têm receio das consequências que possam resultar se relatarem um erro de medicação.” - (\bar{X} = 1.60; dp=.708)

- “Se algo acontece com o doente em resultado de um erro de medicação. a culpa será atribuída ao enfermeiro” - ($\bar{X} = 1.64$; $dp=.804$)

- “Os enfermeiros têm receio das advertências se relatarem um erro de medicação cometido” - ($\bar{X} = 1.65$; $dp=.723$)

Quadro 23 – Caracterização da percepção dos OREM

Obstáculos ao relato de erros de medicação	Grande Obstáculo (1)	Obstáculo Moderado (2)	Obstáculo Menor (3)	Não é Obstáculo (4)	\bar{X} (DP)
	N (%)				
A. Na nossa instituição/serviço a culpa é centrada no indivíduo em vez de se pensar no sistema como um potencial causador de erro.	58 (49.6)	44 (37.6)	10 (8.5)	5 (4.3)	1.68 (0.808)
B. Os outros vão pensar que os enfermeiros são incompetentes.	43 (36.8)	48 (41.0)	18 (15.4)	8 (6.2)	1.92 (0.892)
C. Os enfermeiros pensam que a maioria dos erros não têm importância suficiente para serem relatados.	33 (28.2)	52 (44.4)	29 (24.8)	3 (2.6)	2.02 (0.799)
D. Se algo acontece com o doente em resultado de um erro de medicação, a culpa será atribuída ao enfermeiro.	63 (53.8)	36 (30.8)	15 (12.8)	3 (2.6)	1.64 (0.804)
E. O acto/sistema de relatar é demasiado detalhado e moroso.	24 (20.5)	43 (36.8)	36 (30.8)	14 (12.0)	2.34 (0.939)
F. Os enfermeiros têm receio das advertências se relatarem um erro de medicação cometido.	56 (47.9)	48 (41.0)	11 (9.4)	2 (1.7)	1.65 (0.723)
G. Os enfermeiros têm receio das consequências que possam resultar se relatarem um erro de medicação.	60 (51.3)	46 (39.3)	9 (7.7)	2 (1.7)	1.60 (0.708)
H. Se um erro for detetado antes de atingir o doente (erro potencial), não existe necessidade de o relatar	44 (37.6)	20 (17.1)	28 (23.9)	25 (21.4)	2.29 (1.182)
Valor Global					1.69 (0.521)

4.1.4 - Percepção de FFREM

Foi solicitado igualmente aos participantes do estudo que classificassem sete fatores FFREM.

A variável percepção de FFREM varia entre 7 e 27 com uma média de 12.05 e CV=33.33%.

Os valores de assimetria ($Sk_{\text{erro}} = 5.22$) indicam enviesamento à esquerda e os valores de achatamento ($K_{\text{erro}} = 3.32$), revelam uma curva leptocúrtica, (Cf. Quadro 24, 26).

Quadro 24 – Estatísticas globais relativas à percepção de FFREM

Item	N	Min	Max	\bar{X}	Dp	Cv (%)	SK/ Erro	K/ Erro
Percepção dos FFREM	117	7.0	27.0	12.05	4.02	33.33	5.22	3.32

Os participantes consideram maioritariamente os itens desta escala como altamente prováveis de facilitar o relato de erros de medicação (53.8%), (Cf. Quadro 25)..

Quadro 25 – Caracterização por grupos da percepção de FFREM

Fatores facilitadores do relato de erros de medicação	N	%
Probabilidade elevada	63	53.8
Probabilidade média	18	15.4
Probabilidade baixa	36	30.8
Total	117	100

Quadro 26 – Estatísticas relativas à percepção de FFREM

Fatores facilitadores do relato de erros de medicação	N	Min	Max	\bar{X}	Dp	Cv (%)	SK/ Erro	K/ Erro
Se algum dos 5 princípios (doente correcto, medicamento correcto, dose correcta, hora correcta e via correcta) da administração de medicação for violado.	117	1	5	2.22	1.197	53.92	3.24	-1.00
Se o processo de relato for anónimo.	117	1	5	1.84	1.017	55.27	6.85	5.15
Se o doente for lesado ou pudesse ter sido lesado.	117	1	5	1.76	1.088	61.82	6.94	3.97
Se existem benefícios no relatar, tais como, a prevenção de erros futuros, a melhoria das práticas ou o aumento da responsabilização.	117	1	4	1.44	.649	45.07	6.95	6.32
Se os enfermeiros não sentirem medo de retaliações no ambiente de trabalho.	117	1	5	1.50	.795	53.00	8.49	9.02
Se os enfermeiros tiverem uma relação positiva com o superior hierárquico ou com o director clínico.	117	1	5	1.62	.908	56.05	7.84	6.90
Se os enfermeiros tiverem uma relação positiva com os médicos do serviço.	117	1	5	1.68	.954	56.79	7.70	6.57

Apresentamos de seguida os resultados das respostas dos participantes do estudo quando solicitados para classificarem, segundo as suas percepções, sete fatores que poderiam contribuir para o aumento do relato de erros de medicação.

Os 3 fatores mais pontuados foram:

“Se existem benefícios no relatar, tais como, a prevenção de erros futuros, a melhoria das práticas ou o aumento da responsabilização”.- (\bar{X} = 1.44; dp=.649)

“Se os enfermeiros não sentirem medo de retaliações no ambiente de trabalho” –

($\bar{X} = 1.50$; $dp=.795$)

“Se os enfermeiros tiverem uma relação positiva com o superior hierárquico ou director clínico” – ($\bar{X} = 1.62$; $dp=.908$).

De salientar ainda que 83.7% dos participantes considera que “se o processo de relato for anónimo” configura uma probabilidade média a elevada de aumentar o relato de erros de medicação ($\bar{X} = 1.84$; $dp=1.017$) (cf. Quadro 27).

Quadro 27 – Caracterização da percepção de FFREM

Percepção de FFREM	Probabilidade Elevada (1)	Probabilidade Média (2)	Indeciso (3)	Probabilidade Baixa (4)	Probabilidade Muito Baixa (5)	\bar{X} (DP)
	N (%)					
A. Se algum dos 5 princípios (doente correcto, medicamento correcto, dose correcta, hora correcta e via correcta) da administração de medicação for violado.	41 (35.0)	35 (29.9)	21 (17.9)	14 (12.0)	6 (5.1)	2.2 (1.197)
B. Se o processo de relato for anónimo.	52 (44.4)	46 (39.3)	10 (8.5)	4 (3.4)	5 (4.3)	1.84 (1.017)
C. Se o doente for lesado ou pudesse ter sido lesado.	65 (55.6)	31 (26.5)	10 (8.5)	6 (5.1)	5 (4.3)	1.76 (1.088)
D. Se existirem benefícios no relatar, tais como, a prevenção de erros futuros, a melhoria das práticas ou o aumento da responsabilização.	73 (62.4)	38 (32.5)	4 (3.4)	2 (1.7)	0	1.44 (0.649)
E. Se os enfermeiros não sentirem medo de retaliações no ambiente de trabalho.	75 (64.1)	31 (26.5)	7 (6.0)	3 (2.6)	1 (0.9)	1.50 (0.795)
F. Se os enfermeiros tiverem uma relação positiva com o superior hierárquico ou com o director clínico.	68 (58.1)	35 (29.9)	7 (6.0)	5 (4.3)	2 (1.7)	1.62 (0.908)
G. Se os enfermeiros tiverem uma relação positiva com os médicos do serviço.	64 (54.7)	38 (32.5)	7 (6.0)	5 (4.3)	3 (2.6)	1.68 (0.954)
Valor Global						1.72 (0.572)

4.1.5 - Divulgação dos erros de medicação

A variável concordância com DEM entre 4 e 15 com uma média de 2.19 e $CV=22.84\%$.

Os valores de assimetria ($Sk/erro= -.12$) indicam enviesamento à direita e os valores de achatamento ($K/erro= .18$), revelam uma curva mesocúrtica (Cf. Quadro 28).

Quadro 28 – Estatísticas globais da concordância com DEM

Item	N	Min	Max	\bar{X}	Dp	Cv (%)	SK/ Erro	K/ Erro
Divulgação do erro de medicação	117	4.0	15.0	9.59	2.19	22.84	-.12	0.18

Com o intuito de poder classificar o grau de concordância dos enfermeiros da amostra com a DEM procedeu-se à realização de grupos de extremos. Estes grupos foram concebidos com base na seguinte fórmula ($\bar{X} \pm 0.25 \times Dp$) **(78)**.

Do resultado obtido adotar-se-á a seguinte classificação:

Concordam com a DEM - $M \leq 9.04$

Não concordam/Não discordam – $9.04 > M > 10.14$

Discordam - $M \geq 10.14$

Os participantes apresentam um grau de discordância com a DEM de 45.3%, concordando com a DEM 29.9%(Cf. Quadro 29).

Quadro 29 – Caracterização por grupos da concordância com DEM

Divulgação do erro de medicação	N	%
Concordam	35	29.9
Não concordam/nem discordam	29	24.8
Discordam	53	45.3
Total	117	100

A opinião dos enfermeiros inquiridos ainda não está bem formada no que diz respeito ao relatar do EM ao doente e à família, cerca de 47% disse estar indeciso e quase 30% discorda que seja comunicado. Quando questionados sobre a divulgação pública por relatório dos erros de medicação 37,6% diz discordar, 17,9% discorda totalmente e 17,1% refere estar indeciso , 23.6% concorda com a Divulgação de relatórios hospitalares sobre EM, (cf. Quadro 30).

Quadro 30 – Estatísticas relativas à concordância com DEM

Divulgação dos erros de medicação	Concordo totalmente (1)	Concordo (2)	Indeciso (3)	Discordo (4)	Discordo totalmente (5)	\bar{X} (DP)
	N (%)					
A. Os erros de medicação, quando ocorrem, devem ser relatados ao doente.	6 (5.1)	22 (18.8)	55 (47.0)	30 (25.6)	4 (3.4)	3.03 (0.890)
B. Os erros de medicação devem ser relatados à família, quando o doente não está capaz de compreender o que aconteceu.	3 (2.6)	20 (17.1)	56 (47.9)	35 (29.9)	3 (2.6)	3.13 (0.815)
C. Os relatórios relativos aos erros de medicação dos hospitais devem ser publicados para conhecimento público.	4 (3.4)	28 (23.9)	20 (17.1)	44 (37.6)	21 (17.9)	3.43 (1.140)
Valor Global						3.20 (0.73)

4.1.6 - Caracterização da formação

Formação Académica

No que diz respeito à formação académica dos participantes no estudo, 82.9% (N= 97) possuem grau de licenciatura enquanto 17.1% (N=20) possuem grau de mestre, (cf. Quadro 31).

Como classifica a sua formação académica sobre erros de medicação e sua prevenção?

Relativamente à classificação atribuída pelos sujeitos sobre a formação académica sobre erros de medicação e sua prevenção 58.1% (N=68) consideram-na como “*inexistente/insuficiente*”, 25.6% (N=30) “*suficiente*” e apenas 16.2% (N=19) consideram esta formação como “*boa/muito boa*”, (cf. Quadro 31).

Individualizando por género, 60% (N=21) dos inquiridos masculinos classificam a formação académica sobre erros de medicação como “*inexistente/insuficiente*”, enquanto 57.3% (N=47) dos inquiridos do sexo feminino classificam como “*inexistente/insuficiente*” a sua formação académica sobre erros de medicação, (cf. Quadro 31).

Como classifica a sua formação contínua adquirida enquanto profissional sobre erros de medicação e sua prevenção?

No que diz respeito à forma como os participantes classificam a formação contínua adquirida sobre erros de medicação e sua prevenção, a maioria 67.5% (N=79) classificam-

na como “inexistente/insuficiente” sendo que 77.1% (N=27) dos participantes do sexo masculino a classificam como tal, enquanto que no sexo feminino a percentagem é de 67.5% (N=52) , (cf. Quadro 31).

Apenas 14.5% (N=17) dos participantes classificam a formação contínua sobre erros de medicação e sua prevenção como “boa/muito boa” , (cf. Quadro 31).

Anos decorridos sobre formação em farmacologia

Procedeu-se ao agrupamento da variável anos decorridos sobre formação em farmacologia em classes verificando-se que o grupo “6-10 anos” corresponde a 32.5% (N=38) da amostra, verificando-se que 64.1% (N=75) não recebe formação em farmacologia há pelo menos 6 anos, (cf. Quadro 31).

Quadro 31 – Características da formação

Variáveis Formação	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Formação Académica					117	100
Licenciatura	31	88.6	66	80.5	97	82.9
Mestrado	4	11.4	16	19.5	20	17.1
Formação Académica sobre Erros de Medicação						
Inexistente/insuficiente	21	60.0	47	57.3	68	58.1
Suficiente	7	20.0	23	28.0	30	25.6
Boa/Muito Boa	7	20.0	12	14.6	19	16.2
Formação Contínua sobre Erros de Medicação						
Inexistente/Insuficiente	27	77.1	52	67.5	79	67.5
Suficiente	2	5.7	19	23.2	21	17.9
Boa/Muito Boa	6	17.1	11	13.4	17	14.5
Última formação contínua sobre farmacologia						
≤1 ano	3	8.6	9	11	12	10.3
2 – 5 anos	8	22.9	22	26.8	30	25.6
6 – 10 anos	14	40.0	24	29.3	38	32.5
> 10 anos	10	28.6	27	32.9	37	31.6

Em suma:

- A amostra é constituída por 117 indivíduos, 70.1% do sexo feminino e 29.9% do sexo masculino;
- A média de idades foi de 33.50 (Dp=7.33), oscilando entre os 22 e os 55 anos, 18.8% dos indivíduos tem mais de 40 anos, 30.8% tem menos de 30 anos e 50.4% tem entre 30 a 40 anos de idade;
- A idade dos homens é superior à das mulheres, tendo o teste U Mann-Whitney revelado diferenças estatisticamente significativas ($p = 0.04$);
- Relativamente aos conhecimentos sobre EM, 37.6% dos enfermeiros apresentam “bons conhecimentos” e 30.8% “fracos conhecimentos”;
- No que concerne à experiência dos enfermeiros com EM nos últimos 12 meses, 82.9% não experienciaram qualquer erro com dano nos últimos 12 meses e em

- relação à experiência de EM sem dano para o doente, 54.7% experienciaram 2 ou mais erros;
- Relativamente ao relato de erros de medicação, 87.9% dos enfermeiros afirma que não foi relatado nenhum erro de medicação com dano nos últimos 12 meses no seu serviço; e 67.8% atesta que não foi relatado nenhum erro de medicação sem dano para o doente em igual período;
 - 53.1% dos participantes consideram os OREM identificados como grandes obstáculos ao relato de erros de medicação nos seus locais de trabalho, sendo os 3 obstáculos mais identificados:
 - *“Os enfermeiros têm receio das consequências que possam resultar se relatarem um erro de medicação.”* - ($\bar{X} = 1.60$; $dp=.708$);
 - *“Se algo acontece com o doente em resultado de um erro de medicação. a culpa será atribuída ao enfermeiro”* - ($\bar{X} = 1.64$; $dp=.804$);
 - *“Os enfermeiros têm receio das advertências se relatarem um erro de medicação cometido”* - ($\bar{X} = 1.65$; $dp=.723$);
 - Em relação à percepção de FFREM os participantes consideram maioritariamente os itens dessa escala como altamente prováveis de facilitar o relato de erros de medicação (53.8%), sendo os 3 fatores mais identificados os seguintes:
 - *“Se existirem benefícios no relatar, tais como, a prevenção de erros futuros, a melhoria das práticas ou o aumento da responsabilização”*.- ($\bar{X} = 1.44$; $dp=.649$)
 - *“Se os enfermeiros não sentirem medo de retaliações no ambiente de trabalho”* - ($\bar{X} = 1.50$; $dp=.795$)
 - *“Se os enfermeiros tiverem uma relação positiva com o superior hierárquico ou director clínico”* - ($\bar{X} = 1.62$; $dp=.908$).
 - Ainda em relação à percepção de FFREM é salientar que 83.7% dos participantes considera que “se o processo de relato for anónimo” configura uma probabilidade média a elevada de aumentar o relato de erros de medicação ($\bar{X} = 1.84$; $dp=1.017$);
 - Relativamente ao grau de concordância sobre a DEM, 45.3% dos enfermeiros discordam com a DEM ao cliente ($\bar{X} = 3.03$; $dp=.890$) e à família ($\bar{X} = 3.13$; $dp=.815$), sendo que o item que apresenta maior grau de discordância é *“Os relatórios relativos aos erros de medicação dos hospitais devem ser publicados para conhecimento público”* ($\bar{X} = 3.43$; $dp=1.140$);

- No que concerne à variável atividade profissional:
 - 67.5% prestam cuidados gerais e 32.5% cuidados especializados;
 - 69.2% dos enfermeiros exercem funções num só serviço e 30.8% em mais do que um serviço;
 - O número de anos de exercício profissional varia entre 0 e 33 anos com uma média de 10.79 anos (Dp = 6.93);
 - O número de anos de exercício profissional na instituição varia entre 0 e 32 anos sendo a média de 9.02 anos (Dp = 6.53);
 - O número de anos de exercício profissional no serviço varia entre 0 e 27 anos sendo a média de 6.56 anos (Dp = 5.57);
 - O horário de trabalho semanal varia entre 7 e 50 horas sendo a média de 37.47 horas (Dp = 4.78);
 - 14.5% trabalham em unidades de saúde não hospitalares e 85.5% trabalham em unidades hospitalares sendo que destes 70% exerce funções em hospitais com dimensão > 500 camas;
- Em relação à variável Formação:
 - Relativamente à formação académica 82.9% possuem licenciatura e 17.1% detêm mestrado;
 - 58.1% dos inquiridos consideram a sua formação académica sobre Erros de Medicação e sua prevenção como “*inexistente/insuficiente*” e apenas 16.2% a consideram de “*boa/muito boa*”;
 - 67,5% consideram a sua formação profissional contínua sobre Erros de medicação e sua prevenção como “*inexistente/insuficiente*”;
 - Relativamente aos anos decorridos sobre última formação na área da farmacologia, 64.1% não recebe formação em farmacologia há mais de 6 anos, sendo que 31.6% há mais de 10 anos;

4.2 - ANÁLISE INFERENCIAL

Após a caracterização da amostra, obtida através da análise descritiva dos dados, passamos à abordagem inferencial dos mesmos através da estatística analítica, procurando dar resposta às hipóteses que nortearam a presente investigação de forma a conseguir atingir os objetivos inicialmente delineados.

Hipótese 1 – *Não existe relação entre as variáveis sociodemográficas (idade e sexo) e a perceção dos OREM, a perceção dos FFREM e o grau de concordância com DEM.*

No que diz respeito ao **sexo**, os sujeitos do sexo feminino apresentam em média uma maior percepção sobre os **OREM** (M=55.78 vs M=66.54).

De igual forma, relativamente à percepção dos **FFREM** os sujeitos do sexo feminino apresentam uma maior percepção sobre os FFREM (M=56.93 vs M=63.86).

No que concerne à grau de concordância com **DEM** os elementos do sexo feminino revelam-se mais favoráveis à DEM (M=56.39 vs M=65.11).

O teste de U Mann-Whitney revelou não existirem diferenças significativas entre enfermeiros e enfermeiras no que diz respeito à percepção sobre os OREM (U=1171.0; W=4574.0; p=.115), percepção dos FFREM (U=1265.0; W=4668.0; p=.309) e do grau de concordância com DEM (U=1221.0; W=4624; p=.197) (cf. Quadro 32).

Quadro 32- Teste de U Mann-Whitney entre o sexo e a percepção de OREM, de FFREM e da concordância com DEM.

	Feminino (n = 82)	Masculino (n = 35)	Mann-Whitney U	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Percepção de OREM	55.78	66.54	1171.0	.115
Percepção de FFREM	56.93	63.86	1265.0	.309
Grau de Concórdancia de DEM	56.39	65.11	1221.0	.197

No que concerne à idade, os enfermeiros com mais de 40 anos apresentam em média uma menor percepção sobre os OREM (M=66.18) sendo os enfermeiros com idades compreendidas entre os 30-40 anos os que têm maior percepção dos OREM, (M=53.72), (cf. Quadro 33).

Em relação à percepção dos FFREM o grupo etário que percebe fatores que possam aumentar a hipótese de relatar um EM é igualmente o grupo 30-40 anos (M=52.98).

Relativamente à concordância com DEM, o grupo etário <30 anos apresenta um score de grau discordância com DEM mais elevado (M=61.83), sendo o grupo 30-40 anos o mais favorável à DEM (M=57.16).

No entanto o teste de Kruskal-Wallis revelou que não existem diferenças estatisticamente significativas para a relação entre idade e percepção dos OREM ($X^2_{KW}(2)=2.969$; p=.227; N=117), percepção dos FFREM ($X^2_{KW}(2)=3.878$; p=.144; N=117) e grau de concordância com DEM ($X^2_{KW}(2)=.438$; p=.803; N=117), (cf. Quadro 33).

Quadro 33 – Teste de Krukal-Wallis entre a idade e a percepção de OREM, FFREM e da concordância com DEM.

Grupo Etário	<30 anos (n =36)	30-40 anos (n =59)	>40 anos (n =22)	X ²	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Percepção de OREM	63,19	53,76	66,18	2,969	,227
Percepção de FFREM	66,21	52,98	63,34	3,878	,144
Grau de Concórdancia de DEM	61,83	57,16	59,30	,438	,803

X²- Kruskal Wallis

Hipótese 2 – Não existem relações estatisticamente significativas entre as variáveis Socioprofissionais (“Área de prestação de cuidados de enfermagem”, “Anos de exercício profissional”, “Anos de instituição”, “Exclusividade de serviço”, “Anos de serviço”, “Horas de trabalho semanal”, “Dimensão do hospital”) e a percepção dos OREM, a percepção dos FFREM e a concordância com DEM.

Os enfermeiros que prestam cuidados gerais apresentaram scores de percepção da OREM inferiores (M=56.78) aos enfermeiros que prestam cuidados especializados (M=63.61). No entanto estas diferenças observadas não são estatisticamente significativas (U=1326.0; W=4486.0; p=.306), (cf. Quadro 34).

Relativamente à percepção dos FFREM, os enfermeiros dos cuidados especializados apresentam scores menores (M=56.61) relativamente aos enfermeiros de cuidados gerais (M=60.15), considerando os FFREM presentes na escala como facilitadores de aumentar a hipótese de relatar EM. Contudo estas diferenças observadas não são estatisticamente significativas (U=1410.0; W=2151.0; p=.595), (cf. Quadro 34).

De igual modo os enfermeiros que prestam cuidados especializados apresentam scores que evidenciam maior concordância com a DEM comparativamente aos de cuidados gerais (M=49.62 vs M=63.51), sendo esta diferença observada estatisticamente significativas (U=1144.5; W=1885.5; p=.035), (cf. Quadro 34).

Quadro 34 - Teste de U Mann-Whitney entre a área de prestação de cuidados percepção de OREM, de FFREM e a concordância com DEM.

Área de prestação de cuidados	Cuidados Gerais (n = 79)	Cuidados Especializados (n = 38)	Mann-Whitney U	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Percepção de OREM	56.78	63.61	1326.0	.306
Percepção de FFREM	60.15	56.61	1410.0	.595
Grau de Concórdancia de DEM	63.51	49.62	1144.5	.035*

*p<.05

Os enfermeiros que exercem funções em mais do que um serviço têm em média maior percepção dos OREM (M=65.96). No que concerne à percepção de FFREM as médias são muito equivalentes em ambos os grupos (M=58.91 vs M=59.21). Já no que diz respeito ao grau de concordância de DEM, os enfermeiros que exercem funções num só serviço apresentam valores médios superiores aos que exercem funções em mais do que um serviço (M=52.43). Contudo não existem diferenças significativas entre os enfermeiros que apenas trabalhavam num único serviço e aqueles que trabalhavam em mais do que um, no que diz respeito à percepção sobre os OREM (U=1207.50; W=4528.500; p=.137), à percepção dos FFREM (U=1450.50; W=4771.50; p=.965) e à percepção sobre DEM (U=1221.50; W=1887.50; p=.157), (cf. Quadro 35).

Quadro 35 - Teste de U Mann-Whitney entre a exclusividade de funções e a percepção de OREM, FFREM e concordância com DEM.

Exercício de funções num único serviço	Sim (n = 81)	Não (n = 36)	Mann-Whitney U	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Percepção de OREM	55.91	65.96	1207.5	.137
Percepção de FFREM	58.91	59.21	1450.5	.965
Grau de Concórdancia de DEM	61.92	52.43	1221.5	.157

Os participantes do estudo com mais de 20 anos de exercício profissional têm em média menor percepção de OREM (M=66.79) sendo o grupo “11-15 anos” aquele que possui maior percepção dos OREM (M=54.82), (cf. Quadro 36).

O grupo de enfermeiros com exercício profissional “≤5 anos” possui um score de média mais elevada nos FFREM, demonstrando que os fatores identificados nesta escala não são tão potenciadores do relato de erro como o são para o grupo com exercício profissional “6-10 anos”.

No que concerne à percepção sobre a divulgação do EM, verifica-se que o grupo com exercício profissional > 20 anos possui score de média menor relativamente aos restantes grupos (M=47.33).

O teste de Kruskal-Wallis revelou não existirem diferenças significativas entre os anos de exercício profissional no que diz respeito à percepção dos OREM ($X^2_{KW}(2)=2.295$; p=.682; N=117), à percepção dos FFREM ($X^2_{KW}(2)=2.599$; p=.627; N=117) e à percepção da DEM ($X^2_{KW}(2)=1.852$; p=.763; N=117) (cf. Quadro 36).

Quadro 36 - Teste de Krukal-Wallis entre “anos de exercício profissional” e a percepção de OREM, de FFREM e concordância com DEM.

Anos exercício profissional	≤5 anos (n=26)	6-10 anos (n=33)	11-15 anos (n=33)	16-20 anos (n=13)	>20 anos (n=12)	X ²	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Percepção de OREM	62.60	55.12	54.82	65.08	66.79	2.295	.682
Percepção de FFREM	67.08	54.17	57.17	63.15	55.33	2.599	.627
Grau de Concórdancia de DEM	58.67	62.55	59.55	60.04	47.33	1.852	.763

Para testar o efeito que a variável anos de exercício profissional no atual serviço tem nas variáveis dependentes aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis.

Os indivíduos que exercem funções no atual serviço há mais de 15 anos são os que menos percebem os OREM (M=82.56) e os indivíduos com “5-10 anos” revelam-se como os que mais percebem OREM (M=47.15). Na relação entre anos de exercício profissional no atual serviço e a percepção dos enfermeiros sobre os OREM verificam-se diferenças estatísticas significativas ($X^2_{KW}(2)=9.029$; $p=.029$; $N=117$) entre os grupos, (cf. Quadro 37, 38)

Relativamente à percepção dos FFREM não se verificaram diferenças estatísticas significativas em função dos anos de exercício profissional no atual serviço ($X^2_{KW}(2)=3.948$; $p=.267$; $N=117$), bem como em relação ao grau de concordância com DEM ($X^2_{KW}(2)=1.551$; $p=.670$; $N=117$), (cf. Quadro 37)

Quadro 37 - Teste de Krukal-Wallis entre “anos de exercício profissional no atual serviço” e percepção dos OREM, de FFREM e concordância com DEM.

Anos exercício profissional no atual serviço	<5 anos (n=36)	5-10 anos (n=48)	11-15 anos (n=15)	>15 anos (n=18)	X ²	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Percepção de OREM	62.61	47.15	61.12	82.56	9.029	.029*
Percepção de FFREM	63.88	50.36	63.35	54.50	3.948	.267
Grau de Concórdancia de DEM	59.30	56.78	66.65	50.63	1.551	.670

X² - Kruskal Wallis

* $p < .05$

Quadro 38 – Teste Tukey: associação entre os grupos de anos exercício profissional no atual serviço e a percepção de OREM

Anos exercício profissional no atual serviço	<5anos vs 5-10anos (p)	<5anos vs 11-15anos (p)	<5anos vs >15anos (p)	5-10anos vs 11-15anos (p)	5-10anos vs >15anos (p)	11-15anos vs >15anos (p)
Percepção de OREM	.129	.998	.379	.475	.034*	.428

* p< .05

Pelo cálculo da variabilidade verifica-se que a variável anos de exercício profissional no atual serviço é responsável por 7.78% da variação da percepção dos OREM.

No que concerne ao número de horas de trabalho semanal os enfermeiros que trabalham entre 36 a 40 horas são os que mais percebem OREM (M=55.08). Os enfermeiros que trabalham 30 horas ou menos são os que têm maior percepção dos FFREM (M=47.33). No que diz respeito ao grau de concordância com DEM, os enfermeiros que trabalham mais de 40 horas semanais são os que apresentam maior grau de concordância (M=47.66).

No entanto as diferenças estatísticas não são significativas para qualquer das variáveis dependentes (percepção dos OREM ($X^2_{KW}(2)=.766$; $p=.858$; $N=117$), percepção dos FFREM ($X^2_{KW}(2)=2.728$; $p=.436$; $N=117$) e grau de concordância com DEM ($X^2_{KW}(2)=2.419$; $p=.490$; $N=117$)) na relação com o número de horas de trabalho semanal, (cf. Quadro 39).

Quadro 39 - Teste de Kruskal-Wallis entre “horas de trabalho semanal” e a percepção dos OREM, de FFREM e concordância com DEM.

Horas de trabalho semanal	≤30 horas (n=3)	31-35 horas (n=60)	36-40 horas (n=38)	>40 horas (n=16)	X^2	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Percepção de OREM	62.5	60.79	55.08	60.94	.766	.858
Percepção de FFREM	47.33	54.74	63.75	65.88	2.728	.436
Grau de Concordância de DEM	51.17	61.59	60.30	47.66	2.419	.490

X^2 - Kruskal Wallis

Os participantes do estudo que trabalham em hospitais com mais de 500 camas são os que têm uma maior percepção dos OREM (M=56.25), sendo os participantes que trabalham em hospitais com 300-499 camas os que têm menor percepção (M=64.81). No que diz respeito à percepção dos FFREM os participantes com menor percepção são os que não trabalham em hospitais (M=72.41). No que diz respeito ao grau de concordância sobre DEM

os participantes que trabalham em hospitais com menos de 100 camas são os que globalmente apresentam médias de discordância mais elevadas ($M=78.05$), (cf. Quadro 40).

O teste de Kruskal-Wallis revelou não existirem diferenças significativas entre a dimensão do hospital e percepção dos OREM ($X^2_{KW}(2)=1.329$; $p=.856$; $N=117$), percepção dos FFREM ($X^2_{KW}(2)=4.431$; $p=.351$; $N=117$) e quanto ao grau de concordância sobre DEM ($X^2_{KW}(2)=7.985$; $p=.092$; $N=117$) (cf. Quadro 40).

Quadro 40 - Teste de Krukal-Wallis entre “dimensão do hospital” e a percepção de OREM, de FFREM e concordância com DEM.

Dimensão do hospital	<100 camas (n=10)	100-299 camas (n=12)	300-499 camas (n=8)	>500 camas (n=70)	Não trabalha num hospital (n=17)	X^2	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Percepção de OREM	60.10	65.58	64.81	56.25	62.29	1.329	.856
Percepção de FFREM	66.55	56.25	48.88	56.29	72.41	4.431	.351
Grau de Concórdancia de DEM	78.05	47.29	38.25	60.79	58.47	7.985	.092

X^2 - Kruskal Wallis

Hipótese 3 – Existem relações estatisticamente significativas entre as variáveis de Formação (“Habilitações literárias”, “Formação académica sobre erros de medicação”, “Formação contínua sobre erros de medicação”) e a percepção dos OREM, a percepção dos FFREM e o grau de concordância com DEM.

Os enfermeiros com mestrado são os que têm maior percepção dos OREM ($M=48.65$) e têm maior percepção dos FFREM ($M=54.05$). Contudo estas diferenças não são estatisticamente significativas.

No que concerne ao grau de concordância com DEM, os enfermeiros com mestrado possuem maior grau de concordância com a DEM comparativamente com os possuidores de licenciatura ($M=42.28$ vs $M=62.41$), sendo esta diferença estatisticamente significativa. ($U=639.50$; $W= 849.50$; $p=.015$) (Cf. Quadro 41).

Quadro 41 - Teste de U Mann-Whitney entre habilitações literárias e a percepção dos OREM, de FFREM e concordância com DEM.

Formação acadêmica	Bacharelato/ Licenciatura (n=97)	Mestrado (n=20)	Mann-Whitney U	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Percepção de OREM	61.13	48.65	763,00	,132
Percepção de FFREM	60.02	54.05	871,00	,472
Grau de Concórdancia de DEM	62.41	42.48	639,50	,015

No que concerne à **formação acadêmica sobre EM e sua prevenção**, os enfermeiros que consideram este tipo de formação como sendo “Boa/Muito boa” são os que têm em média menor percepção dos OREM (M=70.84) enquanto que os classificam a formação de “Inexistente/Insuficiente” identificam maiores OREM (M=55.68).

De igual modo, no que diz respeito à percepção de FFREM o grupo de enfermeiros que classifica a **formação acadêmica sobre EM e sua prevenção** como “Inexistente/Insuficiente” apresenta níveis de percepção de FFREM maiores (M=55.74) do que o grupo que classifica esta formação como “Boa/Muito boa” (M=63.68), (cf. Quadro 42).

Analisando o nível de significância não existem diferenças significativas entre a **formação acadêmica sobre EM e sua prevenção** quando relacionada com percepção dos OREM ($X^2_{KW}(2)=2.991$; $p=.224$; $N=117$), percepção dos FFREM ($X^2_{KW}(2)=1.512$; $p=.470$; $N=117$) e grau de concordância sobre DEM, (cf. Quadro 42).

Quadro 42 - Teste de Krukal-Wallis entre “formação acadêmica sobre EM e sua prevenção” e percepção de OREM, de FFREM e concordância com DEM.

Formação acadêmica sobre EM e sua prevenção	Inexistente/ Insuficiente (n=68)	Suficiente (n=30)	Boa/ Muito boa (n=19)	X ²	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Percepção de OREM	55.68	59.02	70.84	2.991	.224
Percepção de FFREM	55.74	63.42	63.68	1.512	.470
Grau de Concórdancia de DEM	59.68	54.23	64.08	1.074	.584

X²- Kruskal Wallis

No que concerne à formação profissional continua sobre EM e sua prevenção, os indivíduos que consideram este tipo de formação como sendo “Inexistente/Insuficiente” são os que têm maior percepção dos OREM (M=53.91) e os que apresentam menor percepção dos OREM são os enfermeiros que classificaram a formação profissional continua sobre EM e sua prevenção “Boa/Muito Boa” (M=82.56), (cf. Quadro 43).

A diferença entre estes dois grupos apresenta-se como significativa do ponto de vista estatístico, ($X^2_{KW}(2)=10.065$; $p=.007$; $N=117$) (cf. Quadro 43, Quadro 44).

Quanto à percepção de FFREM o grupo de enfermeiros que classifica como “Suficiente” a formação profissional continua sobre EM e sua prevenção apresenta scores de média inferiores ($M=48.98$) considerando esses FFREM como mais prováveis para conduzirem ao relato de erros, (cf. Quadro 42). As diferenças entre os grupos não se revelaram estatisticamente significativas ($X^2_{KW}(2)=4.453$; $p=.108$; $N=117$).

No que concerne à concordância com DEM, o grupo que classifica como “Inexistente/Insuficiente” a formação profissional continua sobre EM e sua prevenção apresenta valores médios mais elevados ($M=62.59$) sendo menos favoráveis à DEM. No entanto, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($X^2_{KW}(2)=2.813$; $p=.245$; $N=117$).

Quadro 43 - Teste de Kruskal-Wallis entre “formação profissional continua sobre EM e sua prevenção” e percepção de OREM, de FFREM e concordância com DEM.

Formação profissional continua sobre EM e sua prevenção	Inexistente/Insuficiente (n=79)	Suficiente (n=21)	Boa/Muito boa (n=17)	χ^2	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Percepção de OREM	53.91	59.07	82.56	10.065	.007*
Percepção de FFREM	58.82	48.98	72.21	4.453	.108
Grau de Concórdancia de DEM	62.59	51.12	52.03	2.813	.245

χ^2 - Kruskal Wallis

* - $p < .05$

Quadro 44 – Teste Tukey: associação entre a classificação da “formação profissional continua sobre EM e sua prevenção” e a percepção dos OREM

Anos exercício profissional no atual serviço	Inexistente/Insuficiente vs Suficiente (p)	Inexistente/Insuficiente vs Boa/Muito Boa (p)	Suficiente vs Boa/Muito Boa (p)
Percepção de OREM	.795	.004*	.074

Pelo cálculo da variabilidade verifica-se que a variável “formação profissional continua sobre EM e sua prevenção” é responsável por 8.68% da variação da percepção dos OREM.

Hipótese 4 – Existe efeito significativo dos conhecimentos sobre EM na percepção dos OREM, na percepção dos FFREM e no grau de concordância com DEM.

No que respeita ao nível de conhecimento sobre erros de medicação, os indivíduos da amostra que apresentam fracos conhecimentos são os que identificam níveis de percepção dos OREM mais elevados ($M=55.14$) e são os que têm mais discordância da DEM ($M=65.71$). Os indivíduos que têm conhecimentos razoáveis sobre erros de medicação são os que têm maior percepção dos FFREM ($M=55.62$). Já os indivíduos que têm bons conhecimentos sobre erros de medicação são aqueles que têm menor percepção dos OREM ($M=61.61$) e dos FFREM ($M=60.78$) e são os que têm um maior grau de concordância com a DEM ($M=50.75$), (cf. Quadro 45).

O teste de Kruskal-Wallis revelou não existirem diferenças significativas entre o conhecimento global sobre erros de medicação, a percepção dos OREM ($X^2_{KW}(2)=.748$; $p=.688$; $N=117$), dos FFREM ($X^2_{KW}(2)=.546$; $p=.761$; $N=117$) e da DEM ($X^2_{KW}(2)=4.475$; $p=.107$; $N=117$), (cf. Quadro 45).

Quadro 45 – Teste de Kruskal-Wallis entre o conhecimento global sobre EM e percepção dos OREM, de FFREM e concordância com DEM.

Conhecimento Global sobre EM	Fraco (n=36)	Razoável (n=37)	Bom (n=44)	χ^2	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Percepção de OREM	55.14	59.65	61.61	.748	.688
Percepção de FFREM	60.29	55.62	60.78	.546	.761
Grau de Concordância de DEM	65.71	62.28	50.75	4.475	.107

χ^2 - Kruskal Wallis

Hipótese 5 - A experiência com erros de medicação tem efeito significativo na percepção dos OREM, na percepção dos FFREM e no grau de concordância com DEM.

Para testar o efeito que a variável experiência de EM com dano para o doente tem na percepção aplicou-se um teste de Kruskal-Wallis.

Os indivíduos que tiveram maior experiência de EM com danos para o doente ($p=.610$) são os que mais percebem OREM ($M=49.06$), (cf. Quadro 46).

Relativamente à percepção dos FFREM, os indivíduos que não experienciaram EM com dano para o doente apresentam scores de média mais elevados ($M=60.40$), (cf. Quadro 46).

No que concerne à concordância sobre a DEM os indivíduos que experienciaram 2 ou mais erros, apresentam níveis de concordância superiores (M=38.31) aos demais grupos, (cf. Quadro 46).

Contudo, as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas ($X^2_{KW}(2) = .963$; $p = .610$; $N = 117$), ($X^2_{KW}(2) = 1.028$; $p = .598$; $N = 117$), ($X^2_{KW}(2) = 4.820$; $p = .090$; $N = 117$) (cf. Quadro 46).

Os participantes que tiveram maior experiência de EM sem dano para o doente ($p = .635$) são os que mais percebem OREM (M=56.64), (cf. Quadro 46).

Em relação à percepção dos FFREM os indivíduos que não experienciaram EM sem dano para o doente são os que apresentam scores de média inferiores (M=53.47), (cf. Quadro 46).

No que concerne à concordância sobre a DEM os indivíduos que experienciaram 2 ou mais erros, apresentam níveis de concordância superiores (M=54.58) aos demais grupos, (cf. Quadro 46).

Contudo, as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas ($X^2_{KW}(2) = .909$; $p = .635$; $N = 117$), ($X^2_{KW}(2) = 2.867$; $p = .239$; $N = 117$), ($X^2_{KW}(2) = 2.466$; $p = .291$; $N = 117$) (cf. Quadro 46).

Quadro 46 – Teste de Kruskal-Wallis entre experiência com EM e a percepção dos OREM, FFREM e concordância com DEM

Experiência com Erros de Medicação	0 erros (n=97)	1 erro (n=12)	≥2 erros (n=8)	X^2	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Experiência EM com dano					
Percepção de OREM	59.20	64.04	49.06	.963	.610
Percepção de FFREM	60.40	50.75	54.44	1.028	.598
Grau de concordância com DEM	61.92	49.21	38.31	4.820	.090
Experiência EM sem dano					
Percepção de OREM	63.61	59.17	56.64	.909	.635
Percepção de FFREM	53.47	69.38	58.36	2.867	.239
Grau de concordância com DEM	64.33	64.36	54.58	2.466	.291

X^2 - Kruskal Wallis

Hipótese 6 - As variáveis independentes “idade”, “anos de exercício profissional”, “anos de exercício no atual serviço”, “número de horas de trabalho semanal” e “conhecimentos sobre erros de medicação” são preditoras da percepção dos enfermeiros da amostra relativamente à percepção dos obstáculos ao relato de erros de medicação.

A regressão linear múltipla, com seleção de variáveis pelo método *stepwise*, foi utilizada para obter um modelo parcimonioso que permitisse prever a percepção dos enfermeiros da amostra relativamente aos obstáculos ao relato de erros de medicação em função das variáveis independentes: idade, anos de exercício profissional, anos de exercício profissional no atual serviço, número de horas de trabalho semanal e conhecimentos sobre erros de medicação.

Os procedimentos de seleção de variáveis apresentam a vantagem de indicar, com base num critério exacto, quais as variáveis que apresentam relações mais fortes com a variável dependente e por isso são melhores candidatas ao modelo definitivo. O procedimento de seleção *stepwise*, em particular, permite a remoção de uma variável cuja importância no modelo é reduzida pela adição de novas variáveis, sendo particularmente apropriado quando existem correlações significativas entre as variáveis independentes (79) e em fases mais exploratórias das investigações (80) como é o caso do presente estudo.

Numa primeira fase procedeu-se a uma análise das relações entre as variáveis independentes uma vez que quando estas estão fortemente correlacionadas entre si a análise do modelo de regressão ajustado pode ser extremamente confusa e desprovida de significado. Correlações bivariadas elevadas entre variáveis independentes ($r > .75$ ou $r < -.75$) conduzem geralmente a problemas de multicolinearidade (79). Uma análise correlacional entre as variáveis independentes idade e anos de exercício profissional revelou um valor extremamente elevado ($r = .970$; $p < .001$). Por este motivo optou-se por refazer a análise de regressão linear múltipla retirando a variável idade, uma vez que se considerou que a variável anos de exercício profissional teria uma relevância maior tendo em conta os objetivos do estudo.

A regressão linear múltipla, com seleção de variáveis *stepwise*, não conduziu porém a que nenhuma variável entrasse na equação, pelo que se optou por utilizar o método *enter*, sem seleção de variáveis. Em seguida analisaram-se as correlações existentes entre as variáveis independentes e a variável dependente e verificou-se que nenhuma delas se encontrava correlacionada (coeficiente de correlação de Pearson) com a percepção dos obstáculos ao relato de erros de medicação (Quadro 47) de forma significativa ($p > .05$). De igual modo, a regressão linear múltipla revelou a inexistência de variáveis preditoras da

percepção dos obstáculos ao relato de erros de medicação (Quadro 48). O valor de $F(4, 112) = .225$ não é estatisticamente significativo ($p = .924$), logo não é possível rejeitar a ausência de relação entre as variáveis.

Em suma, nenhuma das variáveis independentes (anos de exercício profissional, anos de exercício profissional no atual serviço, número de horas de trabalho semanal e conhecimentos sobre erros de medicação) se revelou um preditor válido da percepção dos obstáculos ao relato de erros de medicação.

Quadro 47 – Correlação de Pearson entre a percepção de OREM e variáveis independentes

Variáveis	r	p
Anos de exercício profissional	.044	.320
Anos de exercício profissional no atual serviço	.033	.361
Horas de trabalho semanal	-.068	.235
Conhecimentos sobre EM	.051	.293

Quadro 48 – Regressão linear múltipla entre a percepção dos OREM e variáveis independentes

Variável dependente: PERCEÇÃO DOS OREM						
R= .089 R2= .008 R2 Ajustado= -.027			Erros padrão da Estimativa= 4.177 F= .225 p= .924			
PESOS DE REGRESSÃO	Variáveis independentes		Coefficientes Beta	Coefficiente Padronizado	t	p
	Constante		16.056		4.352	.000
	Anos de exercício profissional		.016	.027	.235	.814
	Anos de exercício profissional no atual serviço		.005	.007	.057	.955
	Horas de trabalho semanal		-.053	-.062	-.652	.516
	Conhecimentos de EM		.065	.046	.491	.625
ANÁLISE DE VARIÂNCIA	Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
	Regressão	15.692	4	3.923	.225	.924
	Residual	1954.120	112	17.447		
	Total	1969.812	116			

Hipótese 7 - As variáveis independentes “anos de exercício profissional”, “anos de exercício no atual serviço”, “número de horas de trabalho semanal” e “conhecimentos sobre erros de medicação” são preditoras da percepção dos fatores facilitadores do relato de erros de medicação.

Efectuou-se uma segunda regressão linear múltipla, inicialmente com seleção de variáveis *stepwise*, com o intuito de obter um modelo de predição da frequência percebida pelos enfermeiros da amostra relativamente à percepção de fatores facilitadores do relato de erros de medicação em função das variáveis independentes: anos de exercício profissional, anos de exercício profissional no atual serviço, número de horas de trabalho semanal e conhecimentos sobre erros de medicação. Porém nenhuma variável entrou na equação, pelo que se optou por utilizar o método *enter*, sem seleção de variáveis.

Em seguida analisaram-se as correlações existentes entre as variáveis independentes e a variável dependente e verificou-se que nenhuma delas se encontrava correlacionada (coeficiente de correlação de Pearson) com a percepção de fatores facilitadores do relato de erros de medicação (cf. Quadro 49) de forma significativa ($p > 0.05$). De forma semelhante, a regressão linear múltipla revelou a inexistência de variáveis preditoras da percepção de fatores facilitadores do relato de erros de medicação (cf. Quadro 50). O valor de $F(4, 112) = 0,437$ não é estatisticamente significativo ($p = 0,781$), logo não é possível rejeitar a ausência de relação entre as variáveis.

Em suma, nenhuma das variáveis independentes (anos de exercício profissional, anos de exercício profissional no atual serviço, número de horas de trabalho semanal e conhecimentos sobre erros de medicação) se revelou um preditor válido da percepção de fatores facilitadores do relato de erros de medicação.

Quadro 49 – Correlação de Pearson entre a percepção de FFREM e variáveis independentes

Variáveis	r	p
Anos de exercício profissional	.000	.499
Anos de exercício profissional no atual serviço	-.054	.281
Horas de trabalho semanal	.107	.126
Conhecimentos sobre EM	.012	.451

Quadro 50 – Regressão linear múltipla entre a percepção de FFREM e variáveis independentes

Variável dependente: PERCEÇÃO DE FFREM						
R= .124 R2= .015 R2 Ajustado= -.020			Erros padrão da Estimativa= 4.056 F= .437 p= .781			
PESOS DE REGRESSÃO	Variáveis independentes		Coefficientes Beta	Coefficiente Padronizado	t	p
	Constante		8.504		2.373	.019*
	Anos de exercício profissional		.032	.055	.477	.634
	Anos de exercício profissional no atual serviço		-.053	-.074	-.640	.524
	Horas de trabalho semanal		.088	.105	1.108	.270
	Conhecimentos de EM		.018	.014	.144	.886
ANÁLISE DE VARIÂNCIA	Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
	Regressão	28.777	4	7.194	.437	.781
	Residual	1842.915	112	16.455		
	Total	1871.692	116			

Hipótese 8 - As variáveis independentes “anos de exercício profissional”, “anos de exercício no atual serviço”, “número de horas de trabalho semanal” e “conhecimentos sobre erros de medicação” são preditoras do grau de concordância sobre a Divulgação dos Erros de Medicação.

Efectuou-se uma terceira regressão linear múltipla, com seleção de variáveis *stepwise*, a fim de se obter um modelo que permitisse prever o grau de concordância relativamente à DEM em função das variáveis independentes: anos de exercício profissional, anos de exercício profissional no atual serviço, número de horas de trabalho semanal e conhecimentos sobre erros de medicação.

Seguidamente, analisaram-se as correlações existentes entre as variáveis independentes e a variável dependente e verificou-se que a variável conhecimentos sobre erros de medicação ($r = -.307$; $p < .001$) está negativamente correlacionada (coeficiente de correlação de Pearson) com o grau de concordância relativamente à DEM (cf. Quadro 51) de forma muito significativa. Nem as variáveis anos de exercício profissional, nem a variável anos de exercício profissional no atual serviço, nem ainda a variável número de horas de trabalho semanal surgiram significativamente associadas com a variável dependente ($p > .05$).

A regressão linear múltipla permitiu identificar um modelo de predição (cf. Quadro 52) no qual apenas a variável independente conhecimentos sobre erros de medicação surgiu como um preditor significativo do grau de concordância relativamente à DEM, revelando um valor de t com significância estatística [$t(1, 115) = -3.464$; $p = .001$] e apresentando um coeficiente beta estandardizado (β) de $-0,307$. Este modelo explica uma variabilidade de

9,4% (R^2 ajustado = .094) e um erro padrão de regressão (QME) de 2.093. No quadro da ANOVA obtém-se um valor de $F(1.115) = 12.001$ o qual é estatisticamente significativo ($p = .001$), levando à rejeição da ausência de relação entre as variáveis.

O modelo final ajustado é apresentado na fórmula seguinte: **grau de concordância relativamente à DEM = 12.666 + (-.228 conhecimentos sobre erros de medicação).**

Em suma, os conhecimentos sobre erros de medicação surgem como um preditor válido do grau de concordância relativamente à DEM, sendo que quanto maior é o conhecimento sobre erros de medicação maior é o grau de concordância relativamente à DEM.



Figura 2 – Síntese das relações entre Grau de concordância sobre Divulgação de Erros de Medicação e variável independente “Conhecimentos sobre Erros de Medicação”

Quadro 51 – Correlação de Pearson entre a Concordância com DEM e variáveis independentes

Variáveis	r	p
Anos de exercício profissional	-.054	.283
Anos de exercício profissional no atual serviço	.009	.462
Horas de trabalho semanal	-.072	.220
Conhecimentos sobre EM	-.307	.000

Quadro 52 – Regressão linear múltipla entre a Concordância com DEM e variáveis independentes

Variável dependente: DIVULGAÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO						
R= .307 R2= .094 R2 Ajustado= -.087			Erros padrão da Estimativa= 2093 F= p=			
PESOS DE REGRESSÃO	Variáveis independentes		Coefficientes Beta	Coefficiente Padronizado	t	p
	Constante		12.666		13.938	.000
	Conhecimentos de EM		-.228	-.307	-3.464	.001**
ANÁLISE DE VARIÂNCIA	Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
	Regressão	52.570	1	52.570	12.001	.001**
	Residual	503.738	115	4.380		
	Total	556.308	116			

5- DISCUSSÃO

É na discussão que o investigador examina os principais resultados da investigação ligando-os ao problema, às questões ou às hipóteses, confrontando os resultados obtidos com os de outros trabalhos de investigação. O investigador indica os erros de amostragem, os constrangimentos experimentados na aplicação do desenho ou as dificuldades encontradas na manipulação das variáveis **(75)**.

5.1- DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Durante o desenvolvimento deste trabalho de investigação defrontámo-nos com várias dificuldades metodológicas.

Ao nível da fundamentação teórica deparamo-nos com a escassez de estudos e dados nacionais relacionados com a problemática dos eventos adversos, nomeadamente com os erros de medicação que impossibilitou retratar a dimensão do problema em Portugal. Tentou-se contactar informalmente alguns hospitais, no sentido de que estes fornecessem dados institucionais sobre o relato de erros de medicação mas constatou-se que não existem sistemas implementados para o relato dos mesmos na maioria dos hospitais nacionais.

O tamanho da amostra e a técnica de amostragem utilizada sendo não probabilística por conveniência (utilização de formulário eletrónico, divulgado por correio eletrónico), poderá condicionar os resultados obtidos, uma vez que não é representativa da população. Contudo face à necessidade de garantir confidencialidade e anonimato dos profissionais e dados institucionais, aliada à dificuldade de obtenção dos questionários, foi a selecionada.

Os instrumentos de auto-relato são considerados por muitos investigadores como limitativos por si só da investigação. No entanto, no que concerne ao estudo da presente problemática são os instrumentos de recolha de dados mais utilizados **(40)(62)(81)**. Segundo alguns autores, os enfermeiros continuam a manifestar dúvidas relativamente à confidencialidade dos dados, o que dificulta o trabalho de investigação **(29)**.

No que respeita à fidelidade do instrumento de colheita de dados, a análise efetuada às características psicométricas do instrumento permitiu apurar que a consistência interna para as diferentes escalas utilizadas revelaram razoáveis índices de consistência interna (cf. Quadro 13). Estas escalas foram selecionadas dado que eram as que mais se adaptavam à população em estudo. De acordo com os autores **(26)(62)(67)**, estas escala foram

elaboradas por forma a avaliar os conhecimentos, a experiência e as percepções dos enfermeiros sobre erros de medicação.

Assim, sugerimos para futuras utilizações destas escalas, nomeadamente na escala da percepção de FFREM, a substituição dos termos da escala de likert por “Probabilidade Muito elevada”, “probabilidade elevada”, “probabilidade média”, “probabilidade baixa” e “probabilidade muito baixa”, suprimindo a categoria “indeciso”;

Na escala que avalia o grau de concordância sobre DEM, o termo indeciso deverá ser substituído por “Não concordo/Não discordo”;

Para uma melhor e mais profícua caracterização da variável atividade profissional dever-se-à futuramente elaborar um item que possibilite a categorização área/departamento onde o profissional exerce funções, criando categorias de áreas/departamentos;

No que concerne à escala de cenários para a avaliação dos conhecimentos sobre EM fica a dúvida em saber se os enfermeiros leram para além do que está descrito, visto verificarem-se algumas incongruências nos resultados apurados, nomeadamente na interpretação feita pelos inquiridos sobre os conceitos de notificação ao médico e relato da situação.

5.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A nossa amostra é constituída por 117 participantes maioritariamente do sexo feminino (70.1%) com cerca de 34 anos de idade (\bar{X} =33.50; Dp=7.33). Esta maior proporção de enfermeiros do género feminino vai ao encontro dos dados estatísticos da Ordem dos enfermeiros **(95)**, na qual a percentagem de mulheres enfermeiras é de 81%. Os participantes cuidados gerais de enfermagem (67.5%) num hospital (85.5%) com mais de 500 camas (59.8%). Possuem cerca de 11 anos de atividade profissional, e atualmente exercem funções num só serviço (69.5%). Estão há 9 anos na mesma instituição e há 6 no atual serviço. Possuem um horário semanal de 37,5 horas.

São maioritariamente detentores de licenciatura (82.9%) e consideram a sua formação académica sobre EM e sua prevenção como “inexistente/insuficiente” (58.1%) e a sua formação profissional contínua sobre EM e sua prevenção como “inexistente/insuficiente” (67.5%). Não têm atualização de conteúdos/conhecimentos em farmacologia há pelo menos 6 anos (64.1%).

Esta amostra é diferente da do estudo de Maurer (2010) **(62)** com 341 participantes, dos quais 93% são do sexo feminino, a média de idades é de 48.5 anos (\bar{X} =48.49;

Dp=10.27), 55.1 % prestam cuidados especializados de enfermagem. A maioria (41.3%) trabalha num hospital com mais de 300 camas e 49% possuem um mestrado em enfermagem.

Devido ao número de EM que ocorrem em todos os sistemas de saúde e aos riscos potenciais que daí advêm, é fundamental que os enfermeiros relatem os EM de forma rápida e eficiente. Quando um EM ocorre e é devidamente relatado, facilita a sua análise para a determinação do tipo e da causa desse erro, promovendo não só uma análise e gestão de risco bem como garantir uma melhoria contínua de qualidade **(63)**.

No que diz respeito ao nível de conhecimentos dos enfermeiros da amostra sobre EM, verifica-se que apenas 37.6% dos enfermeiros possuem um bom nível de conhecimentos, resultados que vão de encontro aos estudos anteriores **(26)(64)(67)(82)**. De igual forma, à semelhança de outros estudos **(26)(83)(82)** verificou-se não existir uniformidade entre a deteção de EM e o relato desse mesmo EM, denotando dificuldades na compreensão do que é um erro de medicação, quando deve ser comunicado ao médico e quando deve ser efetuado um relatório de EM.

No que diz respeito à experiência com erros de medicação, constatamos que os participantes identificam frequências de ocorrência de EM com dano nos últimos doze meses diminutas ou mesmo nulos, dados que diferem de outros estudos que apresentam valores tendencialmente mais elevados, embora difíceis de comparar devido à divergência de denominador **(40)(84)**. À semelhança desses estudos também os relatos de erro de medicação apresentam valores muito reduzidos, confirmando a ideia generalizada da sub-notificação dos erros de medicação.

Torna-se fundamental perceber junto dos enfermeiros quais os obstáculos identificados por estes que impedem e dificultam o relato de EM. No presente estudo todos os itens mencionados foram identificados pelos participantes como grandes obstáculos/obstáculos moderados ao relato de EM. Os três obstáculos mais pontuados foram: *“Os enfermeiros têm receio das consequências que possam resultar se relatarem um erro de medicação”* ($\bar{X} = 1.84$; dp=1.017) *“Se algo acontece com o doente em resultado de um erro de medicação, a culpa será atribuída ao enfermeiro”* ($\bar{X} = 1.64$; dp=.804), e *Os enfermeiros têm receio das advertências se relatarem um erro de medicação cometido.* ($\bar{X} = 1.65$; dp=.723).

Ainda no que concerne à perceção dos OREM, 53.1% dos participantes consideram os itens da escala como grandes OREM nos seus locais de trabalho.

Os resultados obtidos demonstram que os inquiridos consideram os itens como grandes obstáculos/obstáculos moderados. Quando comparados com dados de outro estudo **(62)** verifica-se que são substancialmente diferentes no que diz respeito à perceção

de OREM (cf. Quadro 53, e 54). Assim podemos concluir que para os enfermeiros da nossa amostra existem grandes obstáculos ao relato de erros de medicação nos seus locais de trabalho.

De salientar que relativamente ao estudo de Maurer (2010) **(62)** os obstáculos identificados pelos participantes dessa amostra classificam genericamente esses itens como obstáculos moderados a menores pelos participantes. Nesse estudo os itens mais percecionados como OREM foram: “receio das consequências que possam resultar caso relatem um EM”; “se algo acontece a um doente a culpa será atribuída ao enfermeiro” e o terceiro “enfermeiros têm receio das advertências” caso relatem um EM.

Quadro 53 – Comparação entre os itens mais votados do nosso estudo e respetivos valores percentuais e os dados obtidos para as mesmas categorias por Maurer, 2010 **(62)**.

Obstáculos ao relato de erros de medicação (nosso estudo; N= 117 vs Maurer, 2010; N= 333 to 337)	Grande Obstáculo % nosso estudo	Grande Obstáculo % Maurer, 2010
D. Se algo acontece com o doente em resultado de um erro de medicação, a culpa será atribuída ao enfermeiro.	53.8	28.2
G. Os enfermeiros têm receio das consequências que possam resultar se relatarem um erro de medicação.	51.3	29.3
A. Na nossa instituição/serviço a culpa é centrada no indivíduo em vez de se pensar no sistema como um potencial causador de erro.	49.6	19.4

Quadro 54 – Comparação entre os diferentes itens e respetivas frequências entre o nosso estudo e o estudo de Maurer, 2010 **(62)**.

Obstáculos ao relato de erros de medicação (nosso estudo; N= 117 vs Maurer, 2010; N= 333 to 337)	Grande Obstáculo nosso estudo (1)	Grande Obstáculo Maurer, 2010 (1)	Obstáculo Moderado nosso estudo (2)	Obstáculo Moderado Maurer, 2010 (2)	Obstáculo Menor nosso estudo (3)	Obstáculo Menor Maurer, 2010 (3)	Não é Obstáculo nosso estudo (4)	Não é Obstáculo Maurer, 2010 (4)
	N (%)							
A. Na nossa instituição/serviço a culpa é centrada no indivíduo em vez de se pensar no sistema como um potencial causador de erro.	58 (49.6)	66 (19.4)	44 (37.6)	84 (24.6)	10 (8.5)	91 (26.7)	5 (4.3)	92 (27.0)
B. Os outros vão pensar que os enfermeiros são incompetentes.	43 (36.8)	55 (16.1)	48 (41.0)	108 (31.7)	18 (15.4)	111 (32.6)	8 (6.2)	61 (17.9)
C. Os enfermeiros pensam que a maioria dos erros não têm importância suficiente para serem relatados.	33 (28.2)	34 (10.0)	52 (44.4)	115 (33.7)	29 (24.8)	105 (30.8)	3 (2.6)	73 (21.4)
D. Se algo acontece com o doente em resultado de um erro de medicação, a culpa será atribuída ao enfermeiro.	63 (53.8)	96 (28.2)	36 (30.8)	122 (35.8)	15 (12.8)	70 (20.5)	3 (2.6)	42 (12.3)
E. O acto/sistema de relatar é demasiado detalhado e moroso.	24 (20.5)	55 (16.1)	43 (36.8)	114 (33.4)	36 (30.8)	105 (30.8)	14 (12.0)	54 (15.8)
F. Os enfermeiros têm receio das advertências se relatarem um erro de medicação cometido.	56 (47.9)	95 (27.9)	48 (41.0)	115 (33.7)	11 (9.4)	82 (24.0)	2 (1.7)	43 (12.6)
G. Os enfermeiros têm receio das consequências que possam resultar se relatarem um erro de medicação.	60 (51.3)	100 (29.3)	46 (39.3)	108 (31.7)	9 (7.7)	85 (24.9)	2 (1.7)	40 (11.7)
H. Se um erro for detetado antes de atingir o doente (erro potencial), não existe necessidade de o relatar	44 (37.6)	74 (21.7)	20 (17.1)	99 (29.0)	28 (23.9)	78 (22.9)	25 (21.4)	81 (23.8)

Num outro estudo **(68)**, os investigadores identificaram outros OREM, nomeadamente desacordo sobre o que é um EM, processo de relato complexo, medo e receio de punições.

Outros estudos identificam o facto de a responsabilidade recair na pessoa do enfermeiro em vez de se equacionar problemas no sistema, tal como identificado no nosso estudo **(60) (84)**.

Num estudo sobre notificação de EM 70,1% dos enfermeiros referem que não notificam alguns EM com medo da reação dos enfermeiros responsáveis e demais profissionais **(82)**.

Num estudo qualitativo realizado em Portugal **(49)** efetuado em enfermeiros da área de pediatria foram identificados diversas razões para a sub-notificação de erros de medicação entre os elementos da amostra que foram, após análise de conteúdo agrupadas em *4 categorias*: **fatores pessoais** (Medo da consequência de críticas negativas, punições e/ou penalizações; Competência posta em causa; Cobardia/falta de coragem; Falta de

profissionalismo) **fatores institucionais** (falta de cultura de notificação; falta de protocolos de atuação e meios para notificar; muita burocracia para notificar; falta de formação e informação sobre o assunto; falta de compreensão e apoio institucional; represálias) **fatores da equipa** (pouca sensibilidade da equipa para reconhecer e compreender o erro; falta de comunicação entre a equipa) e **outras razões** (desvalorização das consequências; não reconhecer ou detetar o erro; esquecimento; instabilidade profissional; sobrecarga de trabalho; exclusão profissional).

O receio de perder o emprego ou de ser sujeito a inquéritos disciplinares são também fortemente evidenciados em diversos estudos como um grande OREM **(57)(70)**.

No que diz respeito à perceção de FFREM todos os itens foram identificados como tendo probabilidade elevada de facilitar o relato de EM sendo os mais pontuados: “se existirem benefícios no relatar, tais como, a prevenção de erros futuros, a melhoria das práticas ou o aumento da responsabilização” ($\bar{X} = 1.44$; $dp=.649$); “se os enfermeiros não sentirem medo de retaliações no ambiente de trabalho” ($\bar{X} = 1.50$; $dp=.795$), e “se os enfermeiros tiverem uma relação positiva com o superior hierárquico ou director clínico” ($\bar{X} = 1.62$; $dp=.908$). O item “se o processo de relato for anónimo” apresenta um score de $\bar{X} = 1.84$; $dp=1.017$ (cf. Quadro 55).

Comparativamente ao estudo de Maurer (2010) **(62)** verifica-se similaridade de resultados, considerando de uma forma global que os fatores identificados são todos eles facilitadores do relato de EM (cf. Quadro 56).

Quadro 55 – Comparação entre os itens mais votados do nosso estudo e respetivos valores percentuais e os dados obtidos para as mesmas categorias por Maurer, 2010 **(62)**.

Fatores facilitadores do relato de erros de medicação <i>(nosso estudo; N= 117 vs Maurer, 2010; N= 334 to 338)</i>	Probabilidade Elevada % nosso estudo	Probabilidade Elevada % Maurer, 2010
E. Se os enfermeiros não sentirem medo de retaliações no ambiente de trabalho.	64.1	88.8
D. Se existirem benefícios no relatar, tais como, a prevenção de erros futuros, a melhoria das práticas ou o aumento da responsabilização.	62.4	90.6
F. Se os enfermeiros tiverem uma relação positiva com o superior hierárquico ou com o director clínico.	58.1	85.6

Quadro 56 – Comparação entre os diferentes itens e respetivas frequências entre o nosso estudo e o estudo de Maurer, 2010 (62).

Fatores facilitadores do relato de erros de medicação (nosso estudo; N= 117 vs Maurer, 2010; N= 334 a 338)	Probabilidade Elevada/Média nosso estudo	Probabilidade Elevada/Média Maurer, 2010	Indeciso nosso estudo	Indeciso Maurer, 2010 (2)	Probabilidade Baixa/Muito Baixa nosso estudo	Probabilidade Baixa/Muito Baixa Maurer, 2010
	N (%)					
A. Se algum dos 5 princípios (doente correcto, medicamento correcto, dose correcta, hora correcta e via correcta) da administração de medicação for violado.	75 (64.9)	271 (79.5)	21 (17.9)	34 (10.0)	20 (17.1)	33 (9.6)
B. Se o processo de relato for anónimo.	98 (83.7)	271 (79.5)	10 (8.5)	34 (10.0)	9 (12.0)	31 (9.1)
C. Se o doente for lesado ou pudesse ter sido lesado.	96 (82.1)	311 (91.2)	10 (8.5)	15 (4.4)	11 (9.4)	8 (2.4)
D. Se existirem benefícios no relatar, tais como, a prevenção de erros futuros, a melhoria das práticas ou o aumento da responsabilização.	111 (94.9)	309 (90.6)	4 (3.4)	13 (3.8)	2 (1.7)	15 (4.4)
E. Se os enfermeiros não sentirem medo de retaliações no ambiente de trabalho.	106 (90.6)	303 (88.8)	7 (6.0)	19 (5.6)	4 (3.5)	14 (4.1)
F. Se os enfermeiros tiverem uma relação positiva com o superior hierárquico ou com o director clínico.	103 (88.0)	292 (85.6)	7 (6.0)	29 (8.5)	7 (6.0)	17 (5.0)
G. Se os enfermeiros tiverem uma relação positiva com os médicos do serviço.	102 (87.2)	283 (83.0)	7 (6.0)	30 (8.8)	8 (6.9)	24 (7.1)

A globalidade de resultados obtidos vão de encontro aos apurados por outros estudos (62) (85) que evidenciam uma associação positiva entre maior adesão ao relato de EM e grupos de profissionais onde predominam valores como apoio, confiança e cuidados centrados no doente versus estruturas com culturas demasiado hierarquizadas, muito formais e racionais (visando a produção e eficácia).

Relativamente ao grau de concordância sobre DEM verificámos que de uma forma global os enfermeiros não têm opinião formada sobre DEM ($\bar{X} = 3.20$; $dp=.073$), apresentando tendencialmente maior grau de discordância com a DEM quer ao cliente quer à família do doente ($\bar{X} = 3.03$; $dp=.890$) e ($\bar{X} = 3.13$; $dp=.815$), respetivamente, com o grau de discordância acentuando-se no que diz respeito à divulgação de relatórios hospitalares sobre erros de medicação ($\bar{X} = 3.43$; $dp=1.140$) (cf. Quadro 56). Os resultados obtidos são semelhantes aos obtidos no estudo de Alves (2009) (49) efetuado em

enfermeiros a exercer funções na área de pediatria em que 47.3% dos enfermeiros discorda da divulgação de EM à família do doente e 32.8% mostram-se indecisos. Quando comparados com o estudo de Maurer (2010) **(62)** (cf. Quadro 57) verifica-se que os participantes naquele estudo evidenciam níveis superiores de concordância com a DEM. Tal facto poderá estar relacionado com um maior investimento das instituições e da própria classe de profissionais na área da segurança do doente e nomeadamente na prevenção de Erros de medicação, atendendo ao facto de que esta problemática ser amplamente estudada nos EUA. Tais resultados espelham uma cultura de maior conforto, sensibilidade e valorização da importância de se divulgar os erros de medicação.

Quadro 57 – Comparação entre os diferentes itens e respetivas frequências entre o nosso estudo e o estudo de Maurer, 2010 **(62)**.

Grau de Concordância sobre Divulgação de erros de medicação (nosso estudo; N= 117 vs Maurer, 2010; N= 337 to 338)	Concordo totalmente/ Concordo % nosso estudo	Concordo totalmente/ Concordo % Maurer, 2010	Indeciso % nosso estudo	Indeciso % Maurer, 2010	Discordo totalmente % nosso estudo	Discordo totalmente % Maurer, 2010
A. Os erros de medicação, quando ocorrem, devem ser relatados ao doente.	28 (23.9)	239 (70.1)	55 (47.0)	79 (23.2)	34 (29.0)	20 (5.9)
B. Os erros de medicação devem ser relatados à família, quando o doente não está capaz de compreender o que aconteceu.	23 (19.7)	235 (68.9)	56 (47.9)	81 (23.8)	38 (32.5)	22 (6.5)
C. Os relatórios relativos aos erros de medicação dos hospitais devem ser publicados para conhecimento público.	32 (27.3)	198 (58.1)	20 (17.1)	89 (26.1)	65 (55.5)	48 (14.0)

A divulgação dos erros é uma questão vital para a segurança do doente, uma obrigação ética e um desígnio para a acreditação **(86)**. Desde 2001 que a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* **(21)** requiere como critério para a acreditação a divulgação através de relatórios os eventos adversos. No presente estudo os enfermeiros apresentam níveis elevados de indecisão sobre a temática da DEM, discordando tendencialmente da DEM ao paciente ou à família. Consideram ainda que a divulgação pública de relatórios hospitalares sobre EM não deve ser efetuada. Apesar da literatura sobre esta temática em particular ser escassa, verificam-se que os resultados deste estudo não corroboram outros. No estudo de Maurer (2010) **(62)** verifica-se que os enfermeiros concordam globalmente com a divulgação dos EM ao cliente e à família em caso que incapacidade por parte do doente, bem como se mostram favoráveis à divulgação pública de relatórios de EM por parte dos hospitais. Um outro estudo **(87)** evidencia que os enfermeiros comunicam frequentemente os EM que não causam dano ao doente, mas raramente

comunicam erros que causam dano no doente ou que eventualmente envolvam a equipa de cuidados de saúde.

Torna-se evidente, que a temática do relato de EM é percecionada pelos enfermeiros da amostra, como algo negativo que, poderá por em causa a reputação dos profissionais de saúde e nomeadamente dos enfermeiros não sendo, ainda percionado por estes como um meio para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem nas suas instituições e garantir a segurança do doente.

Dando resposta ao objetivo de verificar se as características sociodemograficas (sexo e idade) não têm efeito significativo na perceção dos OREM, perceção de FFREM e grau de concordância sobre DEM conclui-se à, semelhança de outros estudos **(62)(64)**, que estas variáveis (OREM, FFREM e DEM) não são influenciadas pelo sexo nem pela idade dos participantes.

Analisando o efeito que a variável conhecimentos sobre EM tem sobre a perceção de OREM, FFREM e grau de concordância de DEM verificamos que:

- não existe efeito estatístico significativo dos conhecimentos sobre EM sobre as variáveis na perceção de OREM, perceção de FFREM e grau de concordância de DEM.

O estudo do efeito da experiência com EM sobre a perceção dos OREM, de FFREM e do grau de concordância de DEM revelou não existir efeito estatístico significativo.

Analisando a ausência de efeito da atividade profissional na perceção de OREM, perceção de FFREM e grau de concordância de DEM constatou-se efeito estatístico significativo entre as seguintes variáveis:

- Área de prestação de cuidados (cuidados gerais vs cuidados especializados) e grau de concordância sobre DEM ($U=639.50$; $W= 849.50$; $p=.015$).;
- Anos de exercício profissional no serviço e perceção dos OREM ($X^2_{kw}(2)=9.029$; $p=.029$; $N=117$);

Os resultados obtidos vão globalmente de encontro a outros estudos **(62)(64)** onde se atesta que são poucas as características dos enfermeiros que estão associadas às diferentes perceções dos enfermeiros sobre erros de medicação, demonstrando desta forma que não existem grupos específicos de enfermeiros a selecionar para intervenções ou formação específica. Por exemplo, verifica-se que não existem diferenças estatísticas significativas entre anos de exercício profissional e as diferentes perceções sobre EM, o que salienta o cariz transversal e global da temática dos EM.

Na análise do efeito da formação na percepção de OREM, percepção de FFREM e grau de concordância de DEM:

- existe efeito estatístico significativo entre a formação profissional contínua de EM e sua prevenção e percepção de OREM ($X^2_{KW}(2)=10.065$; $p=.007$; $N=117$);
- existe efeito estatístico significativo entre as habilitações literárias (Bacharelato, Licenciatura ou Mestrado) e o grau de concordância sobre DEM ($U=639.50$; $W=849.50$; $p=.015$);
- não existe efeito estatístico significativo entre as habilitações literárias e a percepção de OREM e percepção de FFREM;
- não existe efeito estatístico significativo entre a formação profissional contínua de EM e sua prevenção e percepção de FFREM e grau de concordância sobre DEM.
- não existe efeito estatístico significativo entre a formação acadêmica sobre EM e sua prevenção e percepção de OREM, percepção de FFREM e grau de concordância sobre DEM;

Corroborando a necessidade apontada em alguns estudos **(88)(89)(90)(91)** para a formação aos profissionais de saúde sobre a temática de EM e sua prevenção inferiu-se qual a influência de algumas variáveis (anos de exercício profissional, anos de serviço; horas de trabalho semanal e conhecimentos sobre EM) nas variáveis dependentes (percepção dos OREM; percepção dos FFREM e grau de concordância sobre DEM). Verificou-se através de regressão linear que os conhecimentos sobre EM são preditores do grau de concordância sobre DEM [$t(1, 115) = -3.464$; $p = .001$; $\beta = 0.376$], resultado que vai de encontro com os achados em outros estudos **(92)(93)**.

Importa referir que poderão existir outras variáveis preditoras da percepção dos enfermeiros sobre o relato de erros de medicação para além das mencionadas e testadas no modelo de regressão stepwise e de correlação.

6 – CONCLUSÃO

Podemos verificar que existem vários obstáculos ao relato de erros de medicação identificados pelos enfermeiros bem como fatores que poderão facilitar esse mesmo relato.

Igualmente podemos constatar que a percepção dos OREM e dos FFREM por parte dos enfermeiros não tem, de uma forma geral, relação com características sociodemográficas e socioprofissionais, o que demonstra a transversalidade da problemática dos erros de medicação nas instituições.

Os nossos resultados sugerem que os hospitais devem rever as suas políticas de relato de erros de medicação garantindo que apoiem e encorajam os seus profissionais a relatar erros de medicação garantindo uma cultura não punitiva na organização. Culturas organizacionais que apoiem e motivem os profissionais criando um ambiente não punitivo são fundamentais para potenciar entre os profissionais o relato de erros de medicação **(40)(64)**. Para alcançar este objetivo, deverão as instituições elaborar programas de formação contínua sobre Erros de medicação e sua prevenção, valorizando a importância do relato dos erros de medicação e visando a construção de programas de melhoria contínua da qualidade. De igual forma, o presente estudo aponta para a necessidade de serem incorporados nos currículos académicos dos cursos base de enfermagem e nos cursos pós-graduados a temática dos EM e sua prevenção.

A implementação dos sistemas de relato de erros de medicação eficientes e aperfeiçoamento dos existentes é fundamental para detetar as falhas do sistema e contribuir decisivamente para diminuir a probabilidade de erros de medicação **(29)(94)**.

A ausência de dados sobre Erros de Medicação nas instituições de saúde configura-se como uma das principais barreiras para a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade visando a segurança do doente.

As organizações de saúde devem definir claramente o conceito de erro de medicação e deverão ser providenciadas todas as medidas necessárias para formar os profissionais de saúde **(90)(91)**. Do ponto de vista da gestão do risco clínico, os erros de medicação enquanto evento adverso em saúde devem ser relatados, para que as organizações possam implementar e melhorar os programas de segurança do doente.

Esperamos assim que o presente estudo possa contribuir para implementar ou redesenhar os sistemas de relato de erros de medicação das instituições de saúde visando a redução e eliminação dos obstáculos ao relato identificados.

De entre as intervenções salientamos eliminação ou minimização da cultura punitiva sobre os enfermeiros, providenciar programas orientadores e formação profissional contínua, bem como a implementação ou reestruturação de sistemas de relato de erros de medicação por forma a aumentar a sua fiabilidade, simplicidade e agilidade.

Em jeito de síntese, intervenções imediatas impõem-se para permitir um retrato da realidade sobre a ocorrência de EM nas instituições de saúde em Portugal. Todas as barreiras identificadas como obstáculos ao relato de EM devem ser minimizadas e os enfermeiros devem ser encorajados e motivados a relatarem os erros de medicação.

Futuramente caso estes obstáculos identificados sejam ultrapassados, importa verificar se o grau de concordância com DEM aumenta no seio dos profissionais de saúde e nomeadamente nos enfermeiros, bem como terá todo o interesse perceber como os cidadãos percecionam a divulgação dos erros de medicação por parte das organizações de saúde.

Sugerimos também a investigação da mesma temática junto de outros profissionais de saúde, nomeadamente médicos e farmacêuticos.

A persistência de incidentes com medicação e erros com fármacos nos ambientes das instituições de saúde em todo o mundo sugere que infelizmente estamos a esperar demasiado dos enfermeiros e muito pouco da investigação em enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Weingart SN, et al. Epidemiology of medical error. BMJ. 2000; 320: 774-77
2. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Genebra: WHO; 2006 [Consult. 2011 Setembro 23]. Disponível em: http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf
3. RAND EUROPE. Improving patient safety in EU – Technical Report. Cambridge; 2008 [citado em 2011 Setembro 21]. Disponível em: http://www.rand.org/pubs/technical_reports/2008/RAND_TR596.pdf.
4. World Health Organization. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Genebra: WHO; 2008 [Consult. 2011 Outubro 26]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596541_eng.pdf
5. Institute of Medicine. To err is human. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000 [consult. 2011 Setembro 21]. Disponível em: <http://www.google.pt/search?tbm=bks&tbo=1&hl=pt-PT&q=to+error+is+human&btnG=>
6. Bates D, et al. Incidence of adverse drug events – implications for prevention. Journal of the American Medical Association. 1995; 274(1): 29-34.
7. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000; 320: 768-70
8. World Health Organization. Guidance on developing quality and safety strategies with a health system. Copenhaga: WHO, 2008 [Citado em 2011 Novembro 12]. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/96473/E91317.pdf
9. Ballard KA. Patient safety: a shared responsibility. OJIN [Revista em linha]. 2003 [Consult. 23 Setembro 2011]; 8(3): Disponível em: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume82003/No3Sept2003/PatientSafety.html>
10. Conselho da Europa – Committee of experts on management of safety and quality in health care (SP-SQS)- Expert Group on safe medication practices - Glossary of terms related to patient and medication safety. Estrasburgo: Council of Europe; 2006 [Consult. 5 Novembro 2011]. Disponível em: http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/medication%20safety%20culture%20report%20e.pdf

11. World Health Organization. World alliance for patient safety: forward programme. Geneva: WHO, 2004 [Consult. 2011 Novembro 11]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
12. Ordem dos Enfermeiros. Código deontológico do enfermeiro. Lisboa: Ordem dos enfermeiros; 2009.
13. Ordem dos Enfermeiros. A enfermagem conta – erros de medicação. Revista da Ordem dos Enfermeiros. 2005 Julho; 17: 44-46.
14. PORTUGAL. Ministério da Saúde. SNS 30 anos – indicadores. Lisboa: Ministério da Saúde; 2009.
15. American Nurses Association. Statement of the american nurses association for the institute of medicine's committee on work environment for nurses and patient safety. Washington, D.C.: ANA; 2006.
16. Florence Nightingale. Notes on nursing. Londres: Harrison; 1859.
17. Secretaria General de Sanidad. National Study on Hospitalisation-Related Adverse Events -ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [Consult. 2011 Novembro 21]. Disponível em: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/ENEAS_ENG.pdf
18. Escola Nacional de Saúde Pública. Segurança do doente - eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade. Lisboa: ENSP; 2011 [Consult. 2011 Novembro 23]. Disponível em: http://www.ensp.unl.pt/ensp/paginas_noticias/brochura_estudo_ea2011.pdf
19. Woodward HI, et al. What have we learned about interventions to reduce medical errors? Annu. Rev. Public Health. 2010; 31:479-497
20. Donaldson L, Philip P. Patient safety – a global priority. Bulletin of the World Health Organization. Dezembro 2004; 82(12): A
21. Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations. Hospital Accreditation Standards. Oak Brook: Joint Commission Resources, Inc.; 2008.
22. Ootim B. Error making and nursing. Nursing Management. Março 2002; 8 (10): 24-27
23. Fragata J, Martins L. O Erro em medicina. 3ª Edição. Coimbra: Almedina; 2008.
24. Otero MJ, et al. *Errores de medicación*. Farmacia Hospitalaria. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2002: 713-747.

25. Institute of Medicine. Preventing medication errors: quality chasm series. Washington, D.C.: National Academies Press; 2007.
26. Osborne J, Blais K, Hayes J. Nurses perceptions: when is it medication? Journal of Nursing Administration. 1999; 29:33-38
27. Schwappach D. Frequency of and predictors for patient-reported medical and medication errors in Switzerland. Swiss Med Wkly [Revista em linha]. October 4, 2011;141: w13262. Disponível em: http://www.smw.ch/scripts/stream_pdf.php?doi=smw-2011-13262
28. Instituto Nacional de Estatística. Dados estatístico online. [Em linha] Lisboa: INE; 2010 [Atualizado em 17 Janeiro 2012; Consult. 21 Janeiro 2012]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados&bdpageNumber=14&bdnivelgeo=00&contexto=bd&bdtemas=1117
29. Joolae S, et al. The relationship between incidence and report of medication errors and working conditions. International Nursing Review. 2011 Março; 58(1): 37-44.
30. The Commonwealth Fund. 2007 International Health Policy Survey of the Commonwealth Fund. [Em Linha] Nova York: The Commonwealth Fund; 2008. Disponível em: <http://www.commonwealthfund.org/Maps-and-Data.aspx>
31. Kane-Gill S, Weber RJ: Principles and practices of medication safety in the ICU. Crit Care Clin. 2006; 22: 273-290.
32. Krahenbuhl-Melcher A, et al. Drug related problems in hospitals: a review of the recent literature. Drug Safety. 2007; 30:379-407.
33. National Patient Safety Agency. National Reporting and learning system quarterly data summary. Learning from reporting. London: National Patient Safety Agency; 2009 [Consult. 2011 Dezembro 12]. Disponível em: www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/quarterly-data-summaries/?entryid45=65320.
34. European Commission. Patient safety and quality of healthcare: full report. Special Eurobarometer. Brussels: European Commission; 2010 [Consult. 2011 Setembro 14]. Disponível em: www.ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf
35. Thomas MR, Holquist C, Phillips J. Med error reports to FDA show a mixed bag. FAD Safe. 2001; 145: 23.
36. Alanko K, Nyholm L. Oops! Another medication error: A literature review of contributing factors and methods to prevent medication errors. Health Care and Social Services. Helsinki. 2007 [Consult. 2011 Novembro 23]. Disponível em: <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/29617/stadia-1194960145-7.pdf?sequence=1>

37. Vincent C, et al. Is health care getting safer? *BMJ*. 2008; 337: a2426.
38. Jordan S. Managing adverse drug reaction: an orphan task. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 38 (5): 437–448.
39. McBride-Henry K, Fourer M. Medication administration errors: understanding the issues. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2006; 23 (3): 33-41.
40. Mrayyan M, Shishani K, Al-Faouri I. Rate, cause and reporting of medication errors in Jordan: nurses' perspectives. *Journal of Nursing Management*. 2007; 15: 659–670.
41. Pape TM: Searching for the final answer: Factors contributing to medication administration errors. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 2001; 32 (4):152-160.
42. Anselmi ML, Peduzzi M, Dos Santos CB. Errors in the administration of intravenous medication in Brazilian hospitals. *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 16 (10): 1839–1847.
43. Bruce J, Wong I. Parenteral drug administration errors by nursing staff on an acute medical admissions ward during day duty. *Drug Safety*. 2001; 24 (11), 855–862.
44. Hoefel H, et al. Vancomycin administration: mistakes by nursing staff. *Nursing Standard*. 2008; 22 (39): 35–42.
45. Prot S, et al. Drug administration errors and their determinants in pediatric in-patients. *International Journal for Quality in Health Care*. 2005; 17 (5): 381–389.
46. Taxis K, Barber N. Ethnographic study of incidence and severity of intravenous drug errors. *BMJ*. 2003; 326 (7391):684.
47. Tissot E, et al. Medication errors at the administration stage in an intensive care unit. *Intensive Care Medicine*. 1999; 25 (4):353–359.
48. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. What is a Medication Error? [HomePage] Rockville: NCCMERP; 1998 [Atualizado em 2006 Consult. 2011 Setembro 23]. Disponível em: <http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html>
49. Alves C. Erro de terapêutica em pediatria: percepção dos enfermeiros. Tese de Dissertação de Mestrado. Porto: ICBAS, Universidade do Porto; 2009
50. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. Taxonomy of Medication Errors. [HomePage] Rockville: NCCMERP; 2001 [Atualizado em 2006 Consult. 2011 Setembro 23]. Disponível em: <http://www.nccmerp.org/medErrorTaxonomy.html>
51. American Society of Health-System Pharmacists. Guidelines on preventing medication errors in hospitals. *Am J Health Syst Pharm* 1993; 50:305-14.

52. United States Pharmacopoeia MEDMARX ® Data Report – A Chartbook of Medication Error Findings from the Perioperative Settings from 1998-2005. Disponível em: <http://www.usp.org/pdf/EN/medmarx/2005MEDMARXReport.pdf>
53. Lassetter JH, Warnick ML. Medical errors, drug-related problems, and medication errors: a literature review on quality of care and cost issues. *Journal of Nursing Care Quality*. 2003; 18:175–183.
54. Teixeira TC, Cassiani SH. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. *Ver Esc Enferm USP*. 2010; 44(1):139-46.
55. Milch CE, et al. Voluntary electronic reporting of medical errors and adverse events. *J Gen Intern Med*. 2006; 21: 165-170.
56. Simonsen BO, et al. Medication knowledge, certainty, and risk of errors in health care: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2011; 11:175.
57. Mrayyan MT, et al. Nurses' perceptions of medication errors in Jordan. *J Med J*. 2008 Junho; 42 (2): 94-105.
58. Hartel MJ, et al. High incidence of medication documentation errors in a Swiss university hospital due to the handwritten prescription process. *BMC Health Services Research*. 2011; 11:199.
59. McBride-Henry K, Foureur M. Medication administration errors: understanding the issues. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2006; 23 (3):33 – 41.
60. Petrova E, et al. Nurses' perceptions of medication errors in Malta. *Nursing Standard*. 2010 Abril; 24 (33): 41-48.
61. Westbrook JI, et al. Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. *Arch Intern Med*. 2010; 170 (8): 683-690.
62. Maurer MJ. Nurses' perceptions of and experiences with medication errors. Toledo, Ohio: University of Toledo, 2010.
63. Wakefield DS, et al. Understanding why medication administration errors may not be reported. *American Journal of Medical Quality*. 1999;14 (2): 81–88.
64. Mayo AM, Duncan D. Nurse perceptions of medication errors. What we need to know for patient safety. *Journal of Nursing Quality Care*. 2004; 19: 209–217.
65. Sanghera IS, Franklin BD, Dhillon S. The attitudes and beliefs of healthcare professionals on the causes and reporting of medication errors in a UK Intensive care unit. *Journal Compilation the Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland*. 2007; 62: 53–61.

66. Blegen MA, Vaughn TE, Goode CJ. Nurse experience and education: effect on quality of care. *Journal of Nursing Administration*. 2001; 31:33–38.
67. Gladstone J. Drug administration errors: a study into the factor underlying the occurrence and reporting of drug errors in a district general hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 1995; 22: 628–637.
68. Wakefield DS, et al. Understanding and comparing differences in reported medication administration error rates. *American Journal of Medical Quality*. 1999; 14(2): 73–80.
69. Wakefield DC, et al. Perceived barriers in reporting medication administration errors. *Best Practices and Benchmarking in Healthcare*. 1996; 1:191–197.
70. Chiang HY, Pepper G. Barriers to nurses' reporting of medication administration errors in Taiwan. *Journal of Nursing Scholarship*. 2006; 38: 392–399.
71. Uribe CL, et al. Perceived barriers to medical-error reporting: an exploratory investigation. *Journal of Healthcare Management*. 2002; 47: 263–280.
72. Jones L, Arana G. Is downsizing affecting incident reports? *Joint Commission Journal on Quality Improvement*. 1996; 22(8): 592–594.
73. Seki Y, Yamazaki Y. Effects of working conditions on intravenous medication errors in Japanese hospital. *Journal of Nursing Management*. 2006; 14: 128–139.
74. Karow HS. Creating a culture of medication administration safety: laying the foundation for computerized provider order entry. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*. 2002; 28(7): 398–402.
75. FORTIN, MF. O processo de investigação, da concepção à realização. Loures: Lusociencia; 1999.
76. ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. Declaração de Helsínquia [Em linha]. Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000 [consult. 20 Out. 2011]. Disponível em: http://iprexole.com/pdfs/Declaration_of_Helsinki_Portuguese.pdf
77. Almeida L, Freire, T. Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. Braga. 2003
78. Pestana MH; GAGEIRO JN. Análise de dados para ciências sociais : a complementaridade do SPSS. 5ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.
79. Maroco J. Análise estatística com utilização do SPSS. 5ª Edição. Lisboa: Gradiva; 2011
80. Field A. Discovering statistics using SPSS. 2ª Edição. Londres: SAGE; 2005.

81. Balas MC, Scott LD, Rogers AE. The prevalence and nature of errors and near errors reported by hospital staff nurses. *Nursing Research*. 2004; 17: 224-230.
82. Bohomol E, Ramos L. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(16): 32-36.
83. Franco JN, et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. *Ver Bras Enferm*. 2010; 63(6): 927-932.
84. Stratton KM, et al. Reporting of medication errors by pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing*. 2004; 19: 385-392.
85. Wakefield B, et al. Organizational culture, continuous quality improvement and medication error reporting. *American Journal of Medical Quality*. 2001; 16(4): 128-134.
86. Garbutt J, et al. Reporting and disclosing medical errors. *Archives of pediatric and adolescent medicine*. 2007; 161: 179-185.
87. Shannon S, et al. Disclosing errors to patients: perspectives of registered nurses. *Joint commission journal on quality and patient safety*. 2009; 35(1): 5-12.
88. Anderson JG. A systems approach to preventing adverse drug events. *Studies in health technology and informatics*. 2003; 92: 95-102.
89. Donn SM. Medical liability, risk management, and the quality of healthcare. *Seminars in fetal & medicine*. 2005; 10(1): 3-9.
90. Hughes RG, Ortiz E. Medication errors: why they happen, and how they can be prevented. *Journal of infusion nursing*. 2005; 28(2): 14-24.
91. Pronovost PJ, et al. Defining and measuring patient safety. *Critical care clinics*. 2005; 21(1):1-19.
92. Griffith R, Griffiths H, Jordan S. Continuing professional development: administration of medicines. Part 1 The law. *Nursing standard*. 2003; 18(2): 47-54.
93. Kendall-Raynor P. Training assessment will address medication and care concerns. 2010; 24(31):7.
94. Yu KH, Nation RL, Dooley MJ. Multiplicity of medication safety terms, definitions and functional meanings: when is enough enough? *Qual Saf Health Care*. 2005;14:358–363.
95. Ordem dos Enfermeiros. Dados Estatísticos 2000-2009. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2010 [Consult. 2011 Dezembro 21]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/OE_Dados_Estatisticos_2000_2009_VFinal.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE 1 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS



Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
 UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E INVESTIGAÇÃO
Unidade Científico-Pedagógica - Enfermagem Médico-Cirúrgica

COD: _____

QUESTIONÁRIO

Os estudantes do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, no âmbito da unidade curricular de Relatório Final, estão a desenvolver um trabalho sobre *“PERCEPÇÕES, EXPERIÊNCIAS E CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS RELATIVAMENTE A ERROS DE MEDICAÇÃO”*. Pretende-se analisar o conhecimento que os enfermeiros possuem relativamente aos erros de medicação, assim como a sua percepção relativamente à frequência de ocorrência dos mesmos e ainda que estratégias poderão ser utilizadas para lidar com esses erros e que barreiras contribuem para a sua subnotificação

A sua participação voluntária neste estudo é muito importante!

Como tal solicitamos a sua colaboração na obtenção de dados, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas. As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico.

Assim sendo:

- As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e verdade;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- As suas respostas serão apenas lidas pela equipa que realiza o estudo. Elas não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação;
- Não é necessário identificar-se com o seu nome, pois a recolha de dados é absolutamente anónima e confidencial.

Gratos pela sua colaboração e disponibilidade prestada.



Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E INVESTIGAÇÃO
Unidade Científico-Pedagógica - Enfermagem Médico-Cirúrgica

COD: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Investigadores Principais: António Madureira Dias e Olivério de Paiva Ribeiro

Investigadores Colaboradores: Ana Margarida Proença Raimundo e Hugo Alexandre da Silva Raimundo

Reconheço que todos os procedimentos relativos à investigação em curso foram claros e responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo e os métodos a utilizar. Percebo as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo.

Asseguraram-me que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a minha privacidade e identidade.

Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento.

Pelo presente documento, declaro que autorizo participar no estudo, preenchendo o questionário que se segue, para recolha de dados.

Data: ____/____/2011

Assinatura _____ do

Participante _____

Nome do entrevistador: _____

Assinatura: _____

QUESTIONÁRIO

“PERCEPÇÕES, EXPERIÊNCIAS E CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS RELATIVAMENTE A ERROS DE MEDICAÇÃO”

Por favor, preencha cada um dos seguintes itens de acordo com as instruções. Não coloque o seu nome no questionário.

PARTE I

1. Em baixo são descritas algumas situações que podem ocorrer na prática clínica. Leia atentamente cada uma delas e assinale com uma X em “Sim” ou “Não”: (Gladstone, 1995; Osborne, 1999; Mayo & Duncan, 2004; Bohomol, 2007)

a) A um doente não foi administrada a dose de Ampicilina das 12:00h porque este permaneceu no raio X durante 3 horas.

- | | | | |
|----|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a. | Ocorreu um erro de medicação? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| b. | O médico deve ser notificado? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| c. | A situação deve ser relatada? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

b) Numa clínica de cirurgia bastante movimentada, 4 doentes recebem a sua dose intravenosa de antibiótico das 18:00h com 4 horas de atraso.

- | | | | |
|----|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a. | Ocorreu um erro de medicação? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| b. | O médico deve ser notificado? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| c. | A situação deve ser relatada? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

c) A Nutrição Parenteral Total dum doente foi administrada a um ritmo de 200ml/h em vez dos 125ml/h prescritos. Isto ocorreu durante as primeiras 3 horas das 24 horas de perfusão - a bomba infusora foi ajustada para o ritmo prescrito depois da mudança de turno das 8:00h, quando o enfermeiro que iniciou o turno se apercebeu que a bomba estava a perfundir a outro ritmo.

- | | | | |
|----|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a. | Ocorreu um erro de medicação? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| b. | O médico deve ser notificado? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| c. | A situação deve ser relatada? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

d) Num doente admitido por crise de asma foram-lhe prescritas nebulizações com Salbutamol de 4 em 4 horas, no dia 13/08/2011 às 2:00h. O enfermeiro omitiu a administração das 6:00h do dia 13/08/2011 porque o doente estava a dormir.

- | | | | |
|----|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a. | Ocorreu um erro de medicação? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| b. | O médico deve ser notificado? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| c. | A situação deve ser relatada? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

e) Um doente que está no seu pós-operatório tem uma analgesia prescrita: comprimido de Dolu-ron (paracetamol + fosfato de codeína) caso sinta dores. Às 16:00h o doente refere sentir dor e solicita um comprimido que lhe é administrado. Às 18:30h o doente refere novamente sentir dor e solicita outro comprimido. O enfermeiro administra o segundo comprimido.

- a. Ocorreu um erro de medicação? Sim Não
- b. O médico deve ser notificado? Sim Não
- c. A situação deve ser relatada? Sim Não

f) Todos os dias às 9:00h é administrada a dose diária de digoxina a um doente. Ontem o doseamento de digoxina era de 1.8 mg/L (valores normais 0.8 – 2.0 mg/L). Hoje foi colhida nova análise de sangue (digoxinémia) às 6:00h. Às 9:00h o enfermeiro adia a administração da digoxina porque o resultado da análise não está ainda disponível.

- a. Ocorreu um erro de medicação? Sim Não
- b. O médico deve ser notificado? Sim Não
- c. A situação deve ser relatada? Sim Não

2. Os erros de medicação podem ter diversas causas. Assim sendo, indique qual pensa ser a frequência da ocorrência dos seguintes tipos de erros de medicação. (Raimundo & Raimundo, 2011)

		Nunca	Pouco Frequente	Relativamente Frequente	Muito Frequente	Sempre
A.	Medicamento errado/não autorizado					
B.	Forma farmacêutica errada					
C.	Erro de prescrição					
D.	Erro de Omissão: não administração de uma dose ou de um medicamento prescrito					
E.	Hora Errada					
F.	Dose/quantidade Incorrecta					
G.	Preparação Incorrecta					
H.	Técnica de administração errada - ex: não efectuar lavagem de cateter periférico após administração de fármaco					
I.	Doente Errado					
J.	Sobredosagem					
K.	Produto deteriorado					
L.	Via Errada					
M.	Produto Expirado					
N.	Erro na identificação: falha na identificação de seringas com fármacos ou rotulagem de outra medicação.					

PARTE II

PERCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE ERROS DE MEDICAÇÃO (Maurer, 2010)

1. Com que frequência considera os seguintes factores, abaixo descritos, como causa primária de erros de medicação?

		Nunca	Raramente	Às Vezes	Frequentemente	Sempre
A.	O enfermeiro tem que calcular a dose do fármaco a administrar					
B.	Conhecimentos do enfermeiro sobre o fármaco a administrar					
C.	Interrupções durante a preparação de medicamentos					
D.	Procedimentos mal definidos e não regulamentados sobre a administração de medicamentos					
E.	Falta de enfermeiros					
F.	Cuidados de enfermagem a doentes em situação crítica					
G.	O enfermeiro trabalha mais do que 12 horas por turno					
H.	O enfermeiro trabalha mais do que 40 horas por semana					
I.	Prescrição incompleta de medicação					
J.	O enfermeiro não está familiarizado com o ambiente da unidade					
K.	O enfermeiro tem conhecimentos limitados da prática clínica					
L.	Ambiente de trabalho hostil					
M.	Outra: (Especifique e classifique)					

2. POR FAVOR, CLASSIFIQUE A SUA EXPERIÊNCIA COM ERROS DE MEDICAÇÃO (ASSINALE COM UM CÍRCULO):

A. Nos últimos 12 meses, quantos erros de medicação foram efectuados por si ou por um colega seu, tendo resultado dano para o doente?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mais de 10

B. Nos últimos 12 meses, quantos erros de medicação foram efectuados por si ou por um colega seu, não tendo resultado dano para o doente?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mais de 10

C. Quantos erros de medicação foram relatados no seu serviço nos últimos 12 meses? (Preencha o espaço)

1. Erros de medicação que causaram danos em doentes: _____

2. Erros de medicação que não causaram danos em doentes: _____

3. Como classifica os seguintes obstáculos ao relato de erros de medicação no seu local de trabalho?

		Grande Obstáculo	Obstáculo Moderado	Obstáculo Menor	Não é Obstáculo
A.	Na nossa instituição/serviço a culpa é centrada no indivíduo em vez de se pensar no sistema como um potencial causador de erro.				
B.	Os outros vão pensar que os enfermeiros são incompetentes.				
C.	Os enfermeiros pensam que a maioria dos erros não têm importância suficiente para serem relatados.				
D.	Se algo acontece com o doente em resultado de um erro de medicação, a culpa será atribuída ao enfermeiro.				
E.	O acto/sistema de relatar é demasiado detalhado e moroso.				
F.	Os enfermeiros têm receio das advertências se relatarem um erro de medicação cometido.				
G.	Os enfermeiros têm receio das consequências que possam resultar se relatarem um erro de medicação.				
H.	Se um erro for detetado antes de atingir o doente (erro potencial), não existe necessidade de o relatar				
I.	Identifique outro obstáculo ao relato de erros de medicação: (classifique). _____				

4. Qual a probabilidade de cada um dos seguintes factores aumentar a hipótese de relatar um erro de medicação cometido por si ou por outra pessoa?

		Probabilidad e Elevada	Probabilidad e Média	Indeciso	Probabilidad e Baixa	Probabilidad e Muito Baixa
A.	Se algum dos 5 princípios (doente correcto, medicamento correcto, dose correcta, hora correcta e via correcta) da administração de medicação for violado.					
B.	Se o processo de relato for anónimo.					
C.	Se o doente for lesado ou pudesse ter sido lesado.					
D.	Se existirem benefícios no relatar, tais como, a prevenção de erros futuros, a melhoria das práticas ou o aumento da responsabilização.					
E.	Se os enfermeiros não sentirem medo de retaliações no ambiente de trabalho.					
F.	Se os enfermeiros tiverem uma relação positiva com o superior hierárquico ou com o director clínico.					
G.	Se os enfermeiros tiverem uma relação positiva com os médicos do serviço.					
H.	Por favor, especifique outros factores que possam aumentar a sua probabilidade de relatar erros: (classifique). _____ _____					

5. Classifique o seu grau de concordância ou discordância com as seguintes afirmações:

		Concordo totalment e	Concordo	Indeciso	Discordo	Discordo totalment e
A.	Os erros de medicação, quando ocorrem, devem ser relatados ao doente.					
B.	Os erros de medicação devem ser relatados à família, quando o doente não está capaz de compreender o que aconteceu.					
C.	Os relatórios relativos aos erros de medicação dos hospitais devem ser publicados para conhecimento público.					

6. De que forma as seguintes tecnologias vieram ajudar a diminuir os erros de medicação na instituição onde exerce funções?

		Muito Vantajoso	Vantajoso	Pouco Vantajoso	Não Vantajoso	Não tenho a certeza	Não existe no meu serviço
A.	Sistema de código de barras na administração de medicação						
B.	Prescrição informatizada do médico						
C.	Dispensa automatizada de medicamentos						
D.	Bombas infusoras inteligentes						

**PARTE III
DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS**

1. SEXO

- (1) Masculino
- (2) Feminino

2. IDADE

_____ anos

3. FORMAÇÃO ACADÉMICA

- (1) Bacharelato
- (2) Licenciatura
- (3) Mestrado
- (4) Doutoramento
- (5) Pós-Doutoramento
- (6) Outro: Qual? _____

4. ÁREA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

- (1) Cuidados Gerais
- (2) Cuidados Especializados: Qual?
- (2.1) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- (2.2) Enfermagem Médico-Cirúrgica
- (2.3) Enfermagem Comunitária
- (2.4) Enfermagem de Reabilitação
- (2.5) Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- (2.6) Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

5. EXERCE FUNÇÕES UNICAMENTE NESSE SERVIÇO?

- (1) Sim
- (2) Não

6. HÁ QUANTOS ANOS EXERCE A PROFISSÃO?

_____ anos

7. HÁ QUANTOS ANOS TRABALHA NA ACTUAL INSTITUIÇÃO?

_____ anos

8. HÁ QUANTOS ANOS TRABALHA NO ACTUAL DEPARTAMENTO/SERVIÇO?

_____ anos

9. EM MÉDIA, QUANTAS HORAS TRABALHA POR SEMANA PARA ESTA INSTITUIÇÃO (INCLUI TEMPO EXTRA, REMUNERADO OU NÃO, PELA INSTITUIÇÃO)?

_____ horas

10. DURANTE A SUA FORMAÇÃO ACADÉMICA COMO CLASSIFICA A FORMAÇÃO QUE RECEBEU SOBRE ERROS DE MEDICAÇÃO E SUA PREVENÇÃO?

(1) Inexistente (2) Insuficiente (3) Suficiente (4) Boa (5) Muito Boa

11. DURANTE A SUA FORMAÇÃO CONTÍNUA COMO PROFISSIONAL COMO CLASSIFICA A FORMAÇÃO ADQUIRIDA SOBRE ERROS DE MEDICAÇÃO E SUA PREVENÇÃO?

(1) Inexistente (2) Insuficiente (3) Suficiente (4) Boa (5) Muito Boa

12. HÁ QUANTOS ANOS RECEBEU FORMAÇÃO CONTÍNUA SOBRE FARMACOLOGIA?

_____ anos

13. QUAL A DIMENSÃO DO HOSPITAL/INSTITUIÇÃO ONDE EXERCE FUNÇÕES?

- (1) Menos de 100 camas (2) 100-299 camas (3) 300-499 camas
 (4) Mais de 500 camas (5) Não trabalho num hospital

Obrigado(a) pela sua colaboração.

Ana Raimundo e Hugo Raimundo

ANEXOS

ANEXO 1

AUTORIZAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO DAS ESCALAS CEEM E NPEME

ESCALA NPEME

Hugo Raimundo

para mmauer, mjmaurer ▾

Hello,

My name is Hugo Raimundo, i'm a Registered Nurse from Portugal.

First let me give you the congratulations for your work in the course of the research conducted. It is of extraordinary importance and contributes decisively to the improvement of safety of hospitalized patients.

I am currently developing a scientific work within my Master's degree in Viseu Health Sciences School, in the area of medication errors and would like to get your authorization to perform the questionnaire (survey) translation into Portuguese language.

...

The aim of this translation will validate the questionnaire for the Portuguese population of nurses can contribute to patient safety and establish processes for continuous quality improvement.

Expecting a positive response to my request,

Best Regards,

Hugo Raimundo

Maurer, Mary Jo

para mim ▾

Feel free to use, I have attached for you. mjmaurer Good Luck.

ESCALA CEEM

Assunto: Artigo Científico

DE: hugoalexraimundo@gmail.com

PARA: ebohomol@uol.com.br>

Boa noite Enfermeira Elena Bohomol e Enfermeira Lais Helena Ramos,

Somos dois enfermeiros portugueses e estamos neste momento a investigar a Percepções dos enfermeiros portugueses sobre erros de medicação, no âmbito do nosso Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica. Gostaríamos de solicitar autorização para utilizar a vossa escala no nosso estudo, dado que já se encontra traduzida para português e seria uma mais-valia para o nosso estudo.

Gratos desde já pela atenção dispensada ficamos a aguardar uma resposta vossa.

Cumprimentos

Ana Raimundo e Hugo Raimundo

Assunto: Artigo Científico

DE: hugoalexraimundo@gmail.com

PARA: ebohomol@uol.com.br>

...

Prezados colegas

nao ha qualquer problema em utiliza-la. So gostaria de saber dos resultados ao termino da pesquisa,

att

Elena Bohomol

ESCALA CEEM

This is a License Agreement between Hugo A Raimundo ("You") and Wolters Kluwer Health ("Wolters Kluwer Health") provided by Copyright Clearance Center ("CCC"). The license consists of your order details, the terms and conditions provided by Wolters Kluwer Health, and the payment terms and conditions.

All payments must be made in full to CCC. For payment instructions, please see information listed at the bottom of this form.

License Number	2793740518466
License date	Nov 21, 2011
Licensed content publisher	Wolters Kluwer Health
Licensed content publication	Journal of Nursing Administration for Individuals
Licensed content title	Nurses' Perceptions: When Is It a Medication Error?
Licensed content author	Osborne, Joan; MSN, RN; Blais, Kathleen; EdD, RN; Hayes, Janice; PhD, RN
Licensed content date	Jan 1, 1999
Volume Number	29
Issue Number	4
Type of Use	Dissertation/Thesis
Requestor type	Individual
Title of your thesis / dissertation	Nurses Perceptions about medication errors in portugal
Expected completion date	Jan 2012
Estimated size(pages)	50
Billing Type	Invoice
Billing address	Rua Sao Francisco Lote 7 1 Dto