

IATROGENIA MEDICAMENTOSA: a culpa é humana, ou o culpado é o sistema?***Maria Raquel Salvador dos Santos¹, Bruna de Carvalho Biagioni², Ana Lucia De Faria³, Teresa Celia de Mattos Moraes dos Santos⁴***Universidade de Taubaté / Departamento de Enfermagem, Av. Tiradentes, nº. 500, Bom Conselho, Taubaté,
CEP: 12030-180kauesantos3@yahoo.com.br, brunabiagioni@hotmail.com, anadinda2002@yahoo.com.br,
teresacelia@terra.com.br

Resumo – Busca-se neste trabalho, a partir da literatura, relacionar a abordagem individualista e a abordagem sistêmica envolvidas nas ocorrências dos erros de medicação protagonizados pela equipe de enfermagem em decorrência de seu papel e participação na administração de terapias medicamentosas e em cuidados diretos ao paciente, nos sistemas de saúde. Trata-se de pesquisa bibliográfica, de estudo sistematizado desenvolvido com base em artigos científicos, revistas, livros e *sites* referentes ao assunto. A fonte de pesquisa utilizada foi *BIREME*, e a coleta dos dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2011. Conclui-se que não importam quais sejam as causas dos erros e que eles devem ser tratados por entidades de saúde e gestores do sistema como fatores interdependentes e correlacionados aos processos administrativos, trabalhistas e ambientais. Conclui-se, também, que o gerenciamento dos riscos inclui a abordagem de muitos aspectos que não estão diretamente relacionados às atividades do profissional de enfermagem. As dificuldades que envolvem a força de trabalho da enfermagem não devem superar a responsabilidade e o compromisso ético que fundamentam o processo de cuidar.

Palavras-chave: Erros de medicação. Enfermagem. Segurança. Pacientes.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde.

Introdução

Erro de medicação pode ser definido como um acontecimento previsível causado pelo uso inapropriado de medicações. Pode ou não levar a um dano ao paciente, enquanto a medicação está sob controle de profissionais de saúde, paciente ou consumidor. Acidentes com medicação, eventos adversos, reação adversa, erro potencial e iatrogenias são termos relacionados. São todos os transtornos ou fracassos imprevisíveis ou previsíveis produzidos ou não por erros ocasionados por imprudência, imperícia ou negligência na utilização dos medicamentos (MELO; PEDREIRA, 2005).

Para Teixeira e Cassiani (2010), resulta da ação não intencional causada por algum problema ou falha durante a realização da assistência ao paciente, comprometendo sua segurança. Pode ser cometido por qualquer membro da equipe, em qualquer etapa do processo: na prescrição, interpretação e dispensação, administração ou monitoramento do uso das medicações.

Para Bohomol e Ramos (2007), erro de medicação é o resultado relacionado à observação, monitoração e intervenção terapêutica que compromete a segurança do paciente. Não deve ser tratado com um ato

isolado, mas como uma questão multifatorial e multiprofissional.

Diante do exposto, nesta pesquisa tem-se o objetivo de refletir sobre as visões individualistas e sistêmicas envolvidas na análise de iatrogenias referentes a erros de medicação e propor medidas de prevenção desses eventos, visando adquirir maior embasamento teórico sobre o tema.

Metodologia

Trata-se de pesquisa bibliográfica, de estudo sistematizado desenvolvido com base em artigos científicos publicados em revistas sobre o assunto, a fim de refletir sobre a visão sistêmica e individualista, com relação às análises de iatrogenias de enfermagem referentes aos erros de medicação, e para obter embasamento teórico sobre o tema.

A fonte de pesquisa utilizada foi *BIREME*, e a coleta dos dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2011. O período estudado abrangeu os anos de 2002 a 2010. Cabe salientar que foram encontrados 24 artigos, mas somente 16 foram incluídos por atender os critérios abaixo.

Os critérios de inclusão dos artigos selecionados para a presente pesquisa foram:

1. Artigos que retratavam o assunto em questão;

2. Artigos publicados em revistas indexadas na base de dados *BIREME*.

3. Artigos que abordaram as palavras-chave escolhidas: erros de medicação, enfermagem, segurança, pacientes;

4. Artigos publicados no idioma português e inglês;

5. Artigos publicados no período de 1999 a 2010.

Resultados

Os primeiros estudos sobre erros de medicação foram registrados em 1962, com o desenvolvimento do método de observação direta criado por Barker e Mcconnel, na Escola de farmácia da Universidade de Aubures - EUA. Os erros foram registrados por farmacêuticos treinados que acompanhavam a administração de cada dose de medicamento (CARVALHO; CASSIANI, 2002a).

Segundo Rosa e Perine (2003), a abordagem dos erros de medicação no sistema de saúde atual é feita de forma individualista; Considera-se o erro como ato de completa responsabilidade da pessoa que o cometeu, e suas principais causas são: desatenção, displicência, desmotivação e má formação do profissional. Esse profissional está fadado a lidar com a vergonha, o medo e as punições num sistema em que tecnologias diagnósticas e terapêuticas vêm sendo introduzidas com o objetivo de aprimorar a qualidade do cuidado e aumentar a expectativa de vida. A atenção à saúde torna-se cada vez mais cara e complexa, e o paciente, mais conhecedor de seus direitos, exigente e contestador. A assistência à saúde une agora um modo de prestação de serviços que também agrega valores lucrativos e financeiros e que está sujeito às leis de direito civil e penal, com aumento no número de demandas judiciais relacionadas a processos e indenizações. Isso faz com que assuma grande importância diante dos eventos adversos que podem ocorrer durante essa assistência.

Ainda para o autor supracitado, somam-se a essas circunstâncias as abordagens sensacionalistas sobre os erros na saúde. A mídia procura revelar detalhes assustadores para atrair a atenção da população. É nesse contexto que o profissional de enfermagem, nem sempre preparado em sua formação para esse avanço tecnológico, cultural e científico, torna-se o centro das atenções daqueles que buscam um culpado. Tal situação impede-lhe a aprendizagem que esses acontecimentos normalmente proporcionam.

Nos países ocidentais, o sistema de justiça em vigor está moldado de tal maneira que pune o indivíduo, subestimando as causas sistêmicas que

favoreceram a ocorrência do erro. As investigações chegam, muitas vezes, a conclusões precipitadas e simplistas (SCHATKOSKI et al., 2009).

Konh, Corrigan e Donaldson (2000) afirmam que existem muitas condições que facilitam a ocorrência dos erros no sistema de saúde. Há uma interdependência entre elas, numa relação de silêncio assentido entre as partes comprometidas: organizações prestadoras de serviços, órgãos de classe, empresas regulamentadoras, profissionais e pacientes. Cada um acredita fazer bem o seu papel; mas, quando o erro acontece e é grave, desencadeia-se uma forte pressão para se descobrir o culpado, normalmente representado por um indivíduo. Poucas Instituições mantêm ambiente propício a uma discussão e reflexão aberta e honesta sobre o assunto, visando à melhoria do sistema.

Além de um atraso quanto ao estudo dos erros humanos e da ciência da segurança pelo sistema de saúde, Leape (1999) considera que a formação dos profissionais que lidam com vidas humanas é fortemente marcada pela busca da perfeição e ausência de falhas, seja na graduação, seja nos treinamentos, na vida profissional. A mensagem hegemônica é de que “os erros são inadmissíveis, pois o doente está sob a completa responsabilidade do profissional”, “o cuidado à saúde isento de riscos e danos”.

Daí as dificuldades dos profissionais para administrarem o erro humano nas instituições de saúde. Quando é impossível a omissão, o foco é geralmente dirigido a pessoas, e negligencia-se a busca de causas sistêmicas (KAWANO et al., 2006).

A enfermagem é uma das profissões em que se enfatiza esse aspecto perfeccionista, desde os primórdios de sua história, por seu caráter cuidador e humanitário, o que ressalta a abordagem individualista dos erros, como evidencia a transcrição do texto publicado na revista *Enfermagem*, publicação oficial do COREM SP, ano 11, nº 87, dez/2010, com referência a iatrogenias de enfermagem de forte exposição na mídia e na opinião pública, ocorridas em 2010 (COREN, 2010).

A enfermagem é uma profissão em evidência na mídia, devido a erros causados por diversos motivos: despreparo profissional, inadequados processos seletivos nas empresas, falhas nos processos de gerenciamento, gestão e sistematização das ações de enfermagem determinadas em leis, operações assistenciais equivocadas, desrespeito aos princípios de biossegurança, sobrecarga de atividades, baixa remuneração, condições de trabalho desumanas, dentre outros. Esses erros ofuscam e

desvalorizam, para a sociedade, as desmedidas ações positivas da profissão (COREN, 2010).

No mesmo texto citado acima, o COREN diz que os fatos explicam, mas não justificam os erros, visto que a profissão é regida por protocolos assistenciais básicos e embasados na segurança do exercício profissional, com o princípio fundamental de construir a vida, e não dano e morte. Ninguém deve ser causador de erro que destrua vidas humanas.

Mais uma vez a culpa se volta para um indivíduo, na busca de um réu, desfavorecendo as melhorias para aqueles que necessitam do sistema de saúde (SCHATKOSKI et al., 2009).

A abordagem sistêmica sugerida para esse problema incentiva a comunicação e notificação do erro, desestimula a tendência a ocultá-lo, ressalta a importância da qualidade da medicação e considera as limitações humanas, o processo de distribuição e a utilização segura.

De acordo com essa abordagem, os homens são falíveis, e os erros são destacados como resultados, e não como causas. A segurança é valorizada em todos os seus aspectos, não basta somente mudar condições humanas. Os erros são analisados detalhadamente, à luz de princípios éticos e morais. Conhecendo-se as causas, será possível controlar esses erros (CARVALHO; CASSIANI, 2002a).

Os erros podem ser considerados ativos. São os que ocorrem no ambiente do operador, e seus efeitos são sentidos imediatamente. Trata-se da abordagem centrada na pessoa. Erros latentes são os que resultam de instalação incorreta, design empobrecido, falhas na manutenção, decisões administrativas incorretas, organizações mal estruturadas. São os erros avaliados por meio da abordagem sistêmica. Ao detectar precocemente as falhas latentes e as falhas próximas, é possível prevenir e controlar com maior eficiência e eficácia os erros ativos (MELO; PEDREIRA, 2005).

Os erros podem ser também [ser](#) classificados como de autoridade ou de omissão (CARVALHO; CASSIANI, 2002b). Os erros de omissão podem ser intencionais e não intencionais. Os erros intencionais estão relacionados à falha proposital, por exemplo, medicação prescrita a um paciente que não deveria recebê-la. Os erros não intencionais são as falhas acidentais, por exemplo, ao administrar medicação prescrita. Os erros intencionais de autoridade são quando a medicação não prescrita é administrada. Erros não intencionais de autoridade correspondem à administração de medicamentos não prescritos ou prescritos incorretamente.

A responsabilidade de prevenir os erros é de todos os profissionais envolvidos no sistema, desde administradores, médicos, equipe de

enfermagem, farmacêuticos, empresas farmacêuticas e fabricantes de materiais e equipamentos, dentre outros (PADILHA et al., 2002).

A gravidade dos erros de medicação, de maneira geral, é classificada de acordo com a necessidade de intervenções médicas, intervenções de enfermagem e tratamentos necessários, incluindo os cirúrgicos. É o dano sofrido pelo cliente que determina a existência do erro. A relação causa e dano determina a comprovação dos fatos e o grau de penalizações nas Instituições, ações jurídicas, civis e penais, Fatores intrínsecos e extrínsecos interferem na variação do erro. As consequências do erro atingem o paciente, a instituição envolvida e o profissional que o cometeu. Para o paciente: prolonga a internação, aumenta o custo da hospitalização, surgem tratamentos, exames e procedimentos adicionais, e pode ocorrer dor, sofrimento e até a morte. Para a instituição, gera aumento dos gastos, comprometimento da qualidade assistencial e da imagem institucional. Então, considera-se que o investimento em tecnologias e no capital humano tem sido a alternativa viável. Para os profissionais, são consequências de ordem administrativa: punições verbais e escritas, processos legais, civis e éticos. Pode ocorrer impedimento do exercício legal da profissão, o que acarretará ao profissional danos morais e emocionais (CARVALHO; CASSIANI, 2002b).

Segundo Rosa e Perini (2003), a cultura punitiva presente na maioria das situações com iatrogenias leva a um dos maiores empecilhos à prevenção e controle desses erros – a notificação e o registro. Preconiza-se que as ocorrências adversas com medicação sejam notificadas e registradas, o que possibilitará medidas corretivas e preventivas eficazes. A cultura nos serviços de saúde deve visar ao aprendizado, e não somente à procura de culpados, favorecendo assim o benefício dos usuários e de todos os envolvidos no processo de cuidado e atenção à saúde, o que na prática diária acaba não acontecendo.

Considera-se que a notificação dos erros de medicação seja um importante instrumento para o gerenciamento da qualidade da assistência ao paciente e um indicador dessa qualidade, que sofre interferências e prejuízos devido a vários motivos, dentre eles a dificuldade dos membros da equipe de enfermagem em compreender e definir o que vem a ser um erro e quais são suas consequências para o paciente, como prejuízos econômicos, questões judiciais e outros problemas correlacionados. Alguns dos motivos de subnotificação e não notificação é o medo do estigma da atitude negativa, das ações

disciplinares e da complexidade dos relatórios (BOHOMOL; RAMOS, 2007).

Teixeira e Cassiani (2010) citam a *Joint Commission On Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), organização privada americana que credencia instituições hospitalares. Essa organização incorpora o método da análise de causa raiz para avaliar os erros de medicação. Esse método inclui: análise de barreiras, análise de mudanças, diagrama de *Ishikawa*, análise de Pareto, dentre outros. A proposta é encontrar as causas, resolver o fato, prevenir e evitar novos eventos, identificar problemas, analisar incidentes críticos e gerar melhorias em todo o sistema. Outros objetivos são: reduzir frequência do erro, diminuir exposição do pessoal envolvido e minimizar consequências.

Discussão

É possível prevenir e controlar erros de medicação. Para isso, fazem-se necessários esforços conjuntos para avaliar as fragilidades do sistema e programar medidas de intervenção numa perspectiva profissional e sistêmica (SANTOS e PADILHA, 2005).

Nesse enfoque, o enfermeiro, profissional que coordena e supervisiona a assistência, deve atuar de forma contínua e direta no processo. Cabe a ele a detecção precoce, a prevenção de riscos e de possíveis complicações advindas de terapia medicamentosa. Ele deve ter conhecimento de farmacologia em geral e também conhecimentos relativos a medicamentos específicos e quimioterapia. Portanto ele deve buscar conhecimentos variados, consistentes e profundos a respeito da medicação que seu cliente está usando, o que lhe facilitará a tomada de decisão diante de uma situação crítica, evitando erros de medicação, quando lhe for exigida prontidão de ação para prevenção de agravos. A capacitação profissional da enfermagem em todos os níveis é um dos meios de se alcançar a excelência e proteger os pacientes. É preciso prevenir danos e potencializar benefícios, e refletir sobre a prática, o que nem sempre é fácil, já que a ação reflexiva exige materialização de uma consciência transformadora (FILHO-TELLES; 2004).

Para Padilha et al. (2002), os erros ocorrem por vários fatores, sendo a displicência do funcionário o mais recorrente. A isso se associam procedimentos técnicos, complexidade de equipamentos, dinâmica do trabalho, habilidades técnico-científicas, omissão de informações, dentre outros. As ações do enfermeiro diante de erros de medicação variam conforme idade, tempo de serviço e emoções decorrentes dessas circunstâncias, Pode ocorrer repreensão do funcionário envolvido, comunicação ao médico,

intensificação do controle do paciente, comunicação à chefia imediata (que garante maior monitoração do paciente em plantões subsequentes) e anotação da ocorrência. As exigências burocráticas, a comunicação aos comitês de ética, a complexidade dos formulários próprios para documentação do erro e a sobrecarga afetiva para os profissionais envolvidos são outros aspectos que devem ser bem analisados, para melhoria dos resultados de prevenção.

Santos et al. (2007) afirmam que, na década de 60, surgiu, na prática da enfermagem, a chamada avaliação dos 5 certos: droga, dose, via, hora e paciente certos. Na década de 90, a documentação certa passou a ser considerada mais um princípio importante, em relação à segurança do paciente. Além disso, vale ressaltar que, não menos importante, é a padronização de nomenclaturas, símbolos e métodos de anotação do processo de consecução de terapia.

No entanto, alguns autores, como Melo e Pedreira (2005), consideram que o princípio dos cinco certos enfoca somente o papel do enfermeiro, ignorando fatores relacionados ao sistema, na ocorrência de um erro. Esses autores propõem objetivos, e não definem as variáveis e as estratégias relevantes.

A equipe de enfermagem forma uma rede de segurança para ocorrência dos erros, interceptando grande parte deles, porém não há nenhuma rede de segurança para quem administra a medicação, visto que é o último componente do sistema, ou seja, enfermeiros e equipe de enfermagem, no geral, formam uma rede de segurança que intercepta erros relacionados à prescrição, transcrição e dispensação. Deve-se ter o máximo de cuidado no que se refere às responsabilidades quanto à administração e monitoramento do paciente após terapias medicamentosas (CASSIANI, 2005). De acordo com Santos et al. (2007), algumas ações possibilitam a melhoria da qualidade da assistência e dessa forma promovem segurança ao mesmo e ao sistema:

- Planejamento, acompanhamento, avaliação, registro dos cuidados e intervenção, propostos a partir de diagnósticos ou de problemas identificados pelo enfermeiro;
- Análise dos registros dos processos do trabalho da enfermagem, frente a sua responsabilidade na terapêutica medicamentosa;
- Padronização de nomenclaturas, símbolos e métodos de anotação do processo de consecução da terapia;
- Controle de infusões, manutenção de cateteres, balanço hídrico, registros de terapia de transfusão, instalação de soluções, início e término de terapias;

- Registro de ações no prontuário, pela equipe de enfermagem;

- Educação permanente que mantém o profissional atualizado frente às mudanças científicas e tecnológicas, favorecendo conhecimentos específicos, clima organizacional dinâmico, instruidor, não punitiva. Promove valorização do funcionário e melhoria na qualidade assistencial.

Para Filho- Telles e Cassiani (2004); educação é um método duradouro e extenso que ultrapassa sistemas educacionais. Está presente por toda a vida dos indivíduos, em uma sociedade que cria novas tecnologias, novos conhecimentos, impulsiona as competências e os saberes dos profissionais, coloca a necessidade de continuidade na sua formação.

Conclusão

Neste estudo, evidenciou-se a inadequação das exigências profissionais e dos recursos existentes nas instituições, tanto físicos e materiais quanto humanos. Esses recursos não correspondem às necessidades dos clientes, em um sistema de saúde nacional hipócrita, pobre e sucateado, que não oferece suporte econômico, técnico e humanizado aos profissionais, para que possam atuar de forma segura, nos limites de sua competência, oferecendo atenção à saúde livre de riscos e danos para o cliente e para eles próprios.

As intervenções possíveis para melhoria visam à redução das iatrogenias de enfermagem relativas aos erros de medicação que são cabíveis no sistema de saúde em que a enfermagem esta inserida, na busca contínua de otimização da assistência e do cuidado que todos os pacientes esperam receber.

Salienta-se, ainda, que não basta somente planejamento de ações, reorganização dos sistemas e das instituições doentes, conhecimentos das necessidades sociais e tecnológicas que evoluem a cada dia; é preciso conscientização de todos os envolvidos, avaliação dos fatores políticos, administrativos, educativos e humanos envolvidos no processo.

É necessário enxergar a saúde como direito e dever de todos. Deve ser universal, integral e participativa. A busca de conhecimentos, o envolvimento moral e ético, a política das organizações não voltadas somente para ganhos e lucratividade e o compromisso com a vida humana são essenciais à prevenção de erros. As dificuldades que envolvem a força de trabalho da enfermagem não devem superar a responsabilidade e o compromisso ético que fundamentam o processo de cuidar.

Referências

BOHOMOL, E.; RAMOS, L. H. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. **Revista Brasileira Enfermagem.** v. 60, n. 16, p. 32-60, Brasília, 2007.

CARVALHO, V. T.; CASSIANI, S. H. B. Erros na medicação e consequências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. **Revista Latino-am Enfermagem.** v. 10, n. 4, p. 523-529, Ribeirão Preto, 2002a.

CARVALHO, V. T.; CASSIANI, S. H. B. Análise dos comportamentos dos profissionais de enfermagem frente aos erros de administração de medicamentos. **Acta Paulista Enfermagem.** v. 15, n. 2, p. 45-54, São Paulo, 2002b.

CASSIANI, S. H. B. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. **Revista Brasileira Enfermagem.** v. 58, n. 1, p.95-99, Brasília, 2005

COREN. **Revista de Enfermagem COREN** Ano 11, n. 87, P.54, São Paulo, 2010.

FILHO-TELLES, P. C. P.; CASSIANI, S. H. B. Administração de medicamentos: aquisição de conhecimentos e habilidades requeridas por um número de enfermeiros. **Revista Latino-am Enfermagem.** v. 12, n. 3, p. 533-540, Ribeirão Preto, 2004.

KAWANO, D. F. et al. Acidentes com medicamentos: como minimizá-los?. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas.** v. 42, n. 4, p.487-495, São Paulo, 2006.

KONH, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. Errors in health care: a leading cause of death and injury. In: Konh LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health care system. Washington (DC): **Institute of Medicine;** 2000. p 26-48.

LEAPE, L. L. et al. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. **J. Am. Med. Assoc.** v. 282, p. 267-270, 1999.

MELO, L. R.; PEDREIRA, M. L. G. Erros de medicação em pediatria: análise da documentação de enfermagem no prontuário do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 58, n. 2, p. 180-185, Brasília, 2005.

PADILHA, K. G. et al. Ocorrências iatrogênicas com medicação em Unidade de terapia intensiva:

condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. **Revista Escola de Enfermagem USP**. v. 36, n. 1, p. 50-57, São Paulo, 2002.

SANTOS, A. E.; PADILHA, K. G. Eventos adversos com medicação em serviços de emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 58, n. 4, p. 429-433, Brasília, 2005.

ROSA, M. B.; PERINI, E. Erros de medicação: quem foi? **Revista Associação Médica Brasileira**. v. 49, n. 3, p. 335-341, São Paulo, 2003.

SANTOS, J. O. et al. Sentimentos de profissionais de enfermagem após ocorrência de erros de medicação. **Revista Acta Paulista Enfermagem**. v. 20, n. 4, p. 483-488, Brasília, 2007.

SCHATKOSKI, A. M. et al. Segurança e proteção à criança hospitalizada: revisão de literatura. **Revista Latino-am Enfermagem**. v. 17, n. 3, p. 410-416, Ribeirão Preto, 2009.

TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. B. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. **Revista Escola de Enfermagem USP**. v. 44, n. 1, p. 139-146, São Paulo, 2010.