

A LETRA QUE MATA: TRAGÉDIAS HOSPITALARES DERIVADAS DE ERROS NA INTERPRETAÇÃO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS

Sandra Margarete de Oliveira Cotta

Biomédica e mestre em Ciências Sociais

<http://lattes.cnpq.br/2898497962853057>

<https://orcid.org/0009-0003-0099-0913>

E-mail: sandracotta76@gmail.com

Luis Fernando do Nascimento

Enfermeiro Especialista em saúde Mental

<http://lattes.cnpq.br/0898196225458348>

<https://orcid.org/0009-0001-3345-4338>

E-mail: Mestrenandinho@yahoo.com.br

Marine de Souza Madeira Santana

Enfermeira e Especialista em Estética Avançada e Dermatologia

<http://lattes.cnpq.br/7635303992505263>

<https://orcid.org/0009-0006-6915-4384>

E-mail: marine_santana@yahoo.com

DOI-Geral: <http://dx.doi.org/10.47538/RA-2026.V5N1>

DOI-Individual: <http://dx.doi.org/10.47538/RA-2026.V5N1-37>

RESUMO: Os erros de medicação representam uma das mais graves e persistentes ameaças à segurança do paciente no sistema de saúde global. Entre as suas múltiplas causas, os erros decorrentes da má interpretação de prescrições médicas, especialmente as manuscritas e ilegíveis, constituem uma fonte significativa de eventos adversos, muitos dos quais resultam em danos permanentes ou morte. Este artigo de 15 páginas explora a profundidade e a complexidade deste problema, analisando suas causas, consequências e as estratégias de mitigação disponíveis. Através de uma revisão da literatura, análise de dados estatísticos e estudo de casos emblemáticos, o trabalho dissecar os fatores humanos e sistêmicos que contribuem para essas falhas de comunicação críticas. Discute-se o papel fundamental da equipe de enfermagem como última barreira de defesa contra o erro, bem como o impacto transformador de tecnologias como a prescrição eletrônica e a administração de medicamentos por código de barras. Finalmente, são abordadas as implicações legais e éticas, incluindo a responsabilidade profissional e o conceito de “segunda vítima”, defendendo a implementação de uma cultura de segurança justa como pilar para a prevenção de futuras tragédias.

PALAVRAS-CHAVE: Erros de Medicação. Segurança do Paciente. Prescrição Ilegível. Interpretação de Receitas. Tragédias Hospitalares. Enfermagem. Tecnologia em Saúde.

THE LETTER THAT KILLS: HOSPITAL TRAGEDIES RESULTING FROM ERRORS IN THE INTERPRETATION OF MEDICAL PRESCRIPTIONS

ABSTRACT: Medication errors represent one of the most serious and persistent threats to patient safety in the global healthcare system. Among its multiple causes, errors resulting from the misinterpretation of medical prescriptions, especially handwritten and illegible ones, constitute a significant source of adverse events, many of which result in

permanent damage or death. This 15-page article explores the depth and complexity of this problem, analyzing its causes, consequences, and available mitigation strategies. Through a literature review, analysis of statistical data, and the study of emblematic cases, the work dissects the human and systemic factors that contribute to these critical communication failures. The fundamental role of the nursing staff as the last line of defense against error is discussed, as well as the transformative impact of technologies such as electronic prescribing and barcode-based medication administration. Finally, the legal and ethical implications are addressed, including professional liability and the concept of “second victim,” advocating for the implementation of a fair safety culture as a pillar for the prevention of future tragedies.

KEYWORDS: Medication Errors. Patient Safety. Illegible Prescriptions. Prescription Interpretation. Hospital Tragedies. Nursing. Health Technology

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é o alicerce sobre o qual se constrói a confiança no sistema de saúde. O princípio hipocrático *primum non nocere* (primeiro, não prejudicar) permanece como o dogma central da prática médica. Contudo, a complexidade crescente do cuidado em saúde, especialmente no ambiente hospitalar, introduz inúmeras variáveis que podem levar a falhas, resultando em danos ao paciente. Entre as mais prevalentes e devastadoras dessas falhas estão os erros de medicação, um problema de saúde pública global que ceifa centenas de milhares de vidas anualmente e acarreta custos astronômicos para os sistemas de saúde [1].

Este artigo foca em uma subcategoria particularmente perigosa e, em grande parte, evitável desses incidentes: as tragédias que ocorrem quando médicos, enfermeiros e farmacêuticos não conseguem interpretar corretamente uma prescrição médica. A caligrafia ilegível, o uso de abreviações não padronizadas e a omissão de informações críticas em receitas manuscritas transformam um ato terapêutico em um jogo de adivinhação de alto risco.

Quando um “mg” é lido como “g” ou um medicamento de nome semelhante é dispensado no lugar do correto, as consequências podem ser fatais. O objetivo deste trabalho é realizar uma análise aprofundada sobre como a falha na comunicação escrita entre profissionais de saúde leva a eventos adversos graves. Investigaremos a magnitude do problema através de dados estatísticos, exploraremos a anatomia do erro analisando fatores humanos e sistêmicos, e ilustraremos o impacto devastador por meio de estudos

de caso documentados, incluindo tragédias recentes ocorridas no Brasil.

Ademais, será destacado o papel crucial da enfermagem na interceptação desses erros e o potencial das soluções tecnológicas para erradicar a ambiguidade das prescrições. Por fim, o artigo abordará as complexas implicações legais e éticas, propondo um caminho baseado em uma cultura de segurança robusta e justa para prevenir que a “letra que mata” continue a ser uma realidade nos nossos hospitais.

A MAGNITUDE DO PROBLEMA: ESTATÍSTICAS E IMPACTO

A dimensão do dano causado por erros de medicação é alarmante. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que os erros de medicação prejudicam milhões de pacientes globalmente a cada ano, com custos associados que ultrapassam os 42 bilhões de dólares anuais [2]. Nos Estados Unidos, estudos clássicos como o do Institute of Medicine (IOM), “To Err is Human”, já alertavam no ano 2000 que entre 44.000 e 98.000 pessoas morriam anualmente em hospitais devido a erros médicos, muitos deles relacionados a medicamentos [1].

Estimativas mais recentes sugerem que esse número pode ser ainda maior, posicionando o erro médico como a terceira principal causa de morte no país, atrás apenas de doenças cardíacas e câncer [3]. Os erros de prescrição são responsáveis por uma parcela substancial desses incidentes. Um estudo demonstrou que erros em prescrições manuscritas ocorrem em uma taxa alarmante de 35,7%, em comparação com apenas 2,5% em prescrições eletrônicas, uma redução de mais de 90% [4].

A ilegibilidade é um fator contribuinte primário; pesquisas indicam que até 25% de todas as prescrições manuscritas podem ser consideradas ilegíveis, criando um campo fértil para a má interpretação [5]. Os erros mais comuns derivados dessa falta de clareza incluem a administração de dose incorreta (12,1% dos casos em um estudo) e via de administração incorreta (15,1%) [4].

No Brasil, a situação é igualmente preocupante. Entre agosto de 2023 e julho de 2024, o país registrou 396.629 falhas relacionadas à assistência à saúde, resultando em 2.363 mortes [15]. Além disso, os processos por erro médico cresceram 506% em apenas

um ano, refletindo tanto a maior incidência de erros quanto a crescente conscientização das vítimas sobre seus direitos [16]. Esses números alarmantes demonstram que o Brasil enfrenta uma crise de segurança do paciente que exige ação imediata. O impacto financeiro é igualmente avassalador.

Estima-se que o custo adicional para tratar pacientes vítimas de erros de medicação varie entre 37,6 e 50 bilhões de dólares apenas nos Estados Unidos, considerando custos com hospitalização prolongada, tratamentos adicionais e perda de produtividade [6].

No entanto, o custo humano é imensurável. Para cada estatística, há uma história de sofrimento, uma vida perdida ou alterada para sempre, e uma família devastada. A análise desses números frios é o primeiro passo para compreender a urgência de abordar as causas subjacentes a essas tragédias evitáveis.

A ANATOMIA DO ERRO: FATORES CAUSAIS

Os erros de interpretação de prescrições raramente são fruto de uma única falha. Eles emergem de uma complexa interação entre fatores humanos e deficiências sistêmicas. A abordagem do “queijo suíço” de James Reason oferece um modelo útil para entender como múltiplas camadas de defesa podem falhar, permitindo que um erro inicial progrida até causar dano ao paciente [7].

O FATOR HUMANO: COGNIÇÃO E PERFORMANCE.

A performance humana é inerentemente variável e suscetível a erros, especialmente sob as condições de alta pressão do ambiente hospitalar. A caligrafia ilegível é a manifestação mais óbvia deste problema. A combinação de uma carga de trabalho intensa, a necessidade de documentar rapidamente e a falta de ênfase na legibilidade durante a formação médica resulta em prescrições que são verdadeiros desafios criptográficos.

Nomes de medicamentos com grafia ou som semelhantes (conhecidos como *sound-alike, look-alike drugs*) e dosagens ambíguas são fontes comuns de confusão fatal.

Por exemplo, a semelhança entre “hidroxizina” e “hidralazina” pode levar a uma troca com consequências graves.

O uso de abreviações perigosas é outra armadilha. Em um esforço para economizar tempo, profissionais podem recorrer a abreviações que não são universalmente compreendidas ou que são facilmente mal interpretadas. A abreviatura “U” para “unidade” pode ser lida como um “0”, levando a uma overdose de 10 vezes. Da mesma forma, “MSO4” (sulfato de morfina) pode ser confundido com “MgSO4” (sulfato de magnésio), dois medicamentos com efeitos drasticamente diferentes. Instituições como o Institute for Safe Medication Practices (ISMP) publicam e atualizam regularmente listas de abreviações perigosas que devem ser terminantemente evitadas [8].

Fatores como fadiga e sobrecarga de trabalho também desempenham um papel crítico. Médicos e enfermeiros frequentemente trabalham em longos e exaustivos plantões. A privação de sono e o estresse crônico comprovadamente diminuem a performance cognitiva, aumentam a probabilidade de lapsos de atenção e reduzem a capacidade de pensamento crítico, tornando mais provável que um erro de prescrição seja cometido ou, crucialmente, não seja interceptado por outro profissional [9].

FALHAS SISTÊMICAS E ORGANIZACIONAIS

As falhas individuais ocorrem frequentemente dentro de um contexto de sistemas de trabalho mal projetados. Uma cultura de segurança frágil, por exemplo, pode ser um dos fatores latentes mais perigosos. Em hospitais onde o erro é recebido com punição e culpa, os profissionais sentem-se inibidos para reportar incidentes ou “quase erros” (*near misses*).

Essa falta de notificação impede que a organização aprenda com suas falhas e implemente medidas corretivas, permitindo que as mesmas condições perigosas persistam e causem danos a futuros pacientes. A falta de padronização nos processos de medicação é outra deficiência sistêmica. A ausência de protocolos claros para a prescrição, verificação, dispensação e administração de medicamentos cria inconsistências e aumenta a variabilidade, o que, por sua vez, eleva o risco de erro.

Isso inclui a falta de exigência de verificação dupla por dois profissionais independentes para medicamentos de alto risco, como insulina, heparina e quimioterápicos. Finalmente, o próprio ambiente de trabalho pode ser um fator contribuinte. Um ambiente ruidoso e repleto de interrupções é um campo minado para a segurança da medicação.

A tarefa de calcular uma dose, transcrever uma ordem ou preparar uma medicação exige concentração máxima. Interrupções constantes por colegas, alarmes e telefones fragmentam a atenção e são uma causa direta de muitos erros de medicação, como demonstrado em estudos que correlacionam o número de interrupções com a taxa de erros [10].

ESTUDOS DE CASO: AS HISTÓRIAS POR TRÁS DAS ESTATÍSTICAS.

A análise de casos reais é fundamental para humanizar o problema e extrair lições concretas.

CASOS INTERNACIONAIS

O Caso Mayra Cabrera (Reino Unido, 2004): Mayra, uma parteira de 30 anos, morreu após receber bupivacaína, um anestésico para uso epidural, por via intravenosa. O erro foi atribuído tanto à falha individual da parteira que administrou o fármaco sem ler o rótulo, quanto a uma falha sistêmica grave: o hospital havia descartado um procedimento de segurança que exigia o armazenamento separado de medicamentos intravenosos e epidurais. O caso resultou no primeiro veredicto de “morte ilegal” contra um hospital do NHS, destacando a responsabilidade institucional [11].

O Caso Loretta Macpherson (EUA, 2014): Uma paciente de 65 anos morreu após lhe ser administrado um agente paralisante em vez do medicamento anticonvulsivante que havia sido prescrito. O erro ocorreu na farmácia, onde os medicamentos foram trocados. Este caso ilustra o perigo da confusão entre embalagens e nomes de medicamentos (look-alike drugs) e a necessidade de múltiplos pontos de verificação.

O Caso RaDonda Vaught (EUA, 2017): Uma enfermeira foi criminalmente condenada por homicídio negligente após administrar o paralisante vecurônio em vez do sedativo Versed (midazolam). Vaught ignorou múltiplos alertas do sistema automatizado de dispensação de medicamentos. O caso gerou um intenso debate sobre a criminalização do erro médico, com muitos argumentando que focar na punição individual desvia a atenção das falhas sistêmicas que permitiram que o erro ocorresse e desencoraja a notificação de futuros erros [12].

CASOS BRASILEIROS RECENTES

Os casos brasileiros recentes demonstram que o problema não é exclusivo de hospitais internacionais e que a urgência de ação é ainda maior no contexto nacional.

O Caso Benício Xavier (Manaus, 2025): Benício Xavier, uma criança de apenas 6 anos, morreu em novembro de 2025 após receber uma dose incorreta de adrenalina por via intravenosa no Hospital Santa Júlia, em Manaus. A médica Juliana Brasil Santos prescreveu a administração de adrenalina intravenosa para tratar suspeita de laringite, quando a medicação deveria ter sido administrada por nebulização. O medicamento foi prescrito em dose de 3 ml a cada 30 minutos, três vezes, por via intravenosa. Após a primeira aplicação, Benício apresentou piora súbita, com taquicardia, palidez e dificuldade respiratória. A criança foi transferida para a UTI, onde sofreu seis paradas cardíacas e faleceu na madrugada de domingo. A médica reconheceu o erro em documento enviado à Polícia Civil, afirmando que havia comentado com a mãe que a medicação deveria ser oral. O caso levanta questões críticas sobre a falta de questionamento da equipe de enfermagem em relação a prescrições claramente inadequadas e sobre a responsabilidade institucional em garantir a segurança do paciente [17].

O Caso Adriana Frade (Recife, 2021): Adriana Frade, uma enfermeira de apenas 24 anos, morreu após receber uma injeção de noradrenalina no Hospital dos Servidores de Pernambuco, onde trabalhava há um mês. A jovem, que estava menstruada e com cólicas fortes, dirigiu-se à farmácia do hospital solicitando Buscopam, um medicamento que já utilizava em casa. Porém, recebeu noradrenalina, um estimulante cardiopulmonar

potente. Após a administração da injeção, Adriana começou a convulsionar, apresentando taquicardia severa. A equipe médica tentou reanimá-la por 50 minutos, mas ela faleceu na UTI. Este caso é particularmente trágico porque a vítima era uma profissional de saúde que, apesar de seu conhecimento, não conseguiu se proteger de um erro de dispensação na farmácia do próprio hospital onde trabalhava [18].

O Caso Alexandre Moraes de Lara (Porto Alegre, 2021-2025): Alexandre Moraes de Lara, um homem de 28 anos, foi internado no Hospital Humaniza em Porto Alegre em outubro de 2021 para tratar um problema cardíaco. Em vez de receber dois comprimidos de propafenona (30 miligramas), ele recebeu 20 comprimidos (300 miligramas) – uma dose 10 vezes maior do que a prescrita. O erro ocorreu na farmácia do hospital, que cadastrou incorretamente a dosagem no sistema. Embora um técnico de enfermagem tenha questionado a quantidade exagerada de comprimidos, a médica responsável determinou que a medicação fosse administrada conforme registrada. Alexandre sofreu uma parada cardiorrespiratória imediata e entrou em estado vegetativo permanente. Sua esposa, Gabrielle, estava grávida de três meses no momento do incidente. Alexandre permaneceu em estado vegetativo por quase quatro anos até falecer em abril de 2025, aos 31 anos. A causa da morte foi oficialmente registrada como “intoxicação por medicamento”. Três profissionais foram indiciados por homicídio culposo. Este caso exemplifica como um erro de digitação na farmácia, combinado com falha na verificação dupla e na comunicação entre profissionais, pode resultar em uma tragédia que se estende por anos [19].

Esses casos, entre tantos outros, demonstram um padrão recorrente: uma combinação de erro humano ativo com condições latentes no sistema que tornam o erro não apenas possível, mas provável. O que é particularmente alarmante nos casos brasileiros é a frequência com que ocorrem e a falta de sistemas de segurança adequados para interceptar esses erros antes que causem dano.

O PAPEL CRUCIAL DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ERROS

A equipe de enfermagem está na linha de frente da administração de medicamentos e, conseqüentemente, representa a última e mais vital barreira de defesa

contra o erro. É o enfermeiro que, à beira do leito, tem a oportunidade final de interceptar uma prescrição falha antes que ela cause dano ao paciente. O pilar dessa prática segura é o protocolo dos “Nove Certos” da administração de medicamentos, uma expansão dos tradicionais “Cinco Certos”:

Paciente Certo Medicamento Certo Dose Certa

Via Certa Hora Certa Registro Certo

Ação Certa (entender a indicação do medicamento)

Forma Certa

Resposta Certa (monitorar a resposta do paciente ao medicamento)

Seguir rigorosamente este protocolo pode prevenir a grande maioria dos erros de administração. No entanto, a eficácia deste processo depende da clareza da informação original: a prescrição. Quando a prescrição é ambígua ou ilegível, o enfermeiro enfrenta um dilema ético e profissional. A conduta correta e segura é sempre contatar o prescritor para clarificação. Jamais se deve “adivinhar” a intenção do médico. Infelizmente, como demonstrado no caso de Benício Xavier, a pressão do tempo, a hierarquia hospitalar e o medo de ser visto como incompetente podem levar profissionais a tomar riscos inaceitáveis. A técnica de enfermagem que aplicou a adrenalina intravenosa em Benício relatou ter questionado a prescrição, mas, ao ser informada que estava registrada no sistema, procedeu com a administração. Este é um exemplo clássico de como a falta de empoderamento dos enfermeiros e a confiança excessiva em sistemas informatizados podem levar a tragédias.

É imperativo que as instituições de saúde capacitem suas equipes de enfermagem, promovendo uma cultura onde o questionamento de uma prescrição não seja visto como insubordinação, mas como um ato de responsabilidade e um componente essencial da segurança do paciente. Os enfermeiros devem ser encorajados a dizer “não” quando a segurança não pode ser garantida.

SOLUÇÕES TECNOLÓGICAS: A REVOLUÇÃO DIGITAL NA SEGURANÇA DO PACIENTE

A tecnologia oferece as ferramentas mais poderosas para mitigar e até eliminar os erros de interpretação de prescrições. A transição de sistemas baseados em papel para plataformas digitais integradas tem se mostrado revolucionária.

SISTEMAS DE PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA (CPOE / E-PRESCRIBING)

A prescrição eletrônica assistida por computador (CPOE) elimina a raiz do problema: a ilegibilidade. Ao forçar a entrada de ordens de forma digital e padronizada, a ambiguidade é removida. Mas seus benefícios vão muito além:

Suporte à Decisão Clínica: Sistemas avançados podem verificar automaticamente a dose prescrita contra faixas de segurança, alertar sobre potenciais alergias do paciente, e sinalizar interações medicamentosas perigosas em tempo real.

Padronização: Forçam o uso de nomes completos de medicamentos e unidades de medida padronizadas, eliminando o risco das abreviações perigosas.

Redução de Erros: Como mencionado, estudos mostram reduções drásticas, na ordem de 90%, na incidência de erros de prescrição com a adoção de sistemas eletrônicos [4].

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS COM CÓDIGO DE BARRAS (BCMA)

O BCMA leva a segurança para a beira do leito. O processo envolve escanear o código de barras na pulseira de identificação do paciente e, em seguida, o código de barras na embalagem do medicamento. O sistema então verifica eletronicamente se aquele é o paciente certo, o medicamento certo, na dose e via certas, e no horário correto, conforme a prescrição eletrônica. Esta tecnologia serve como uma verificação final, automatizada e robusta, capaz de interceptar erros que possam ter passado por todas as outras barreiras [13].

SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSAÇÃO (ADS)

Conhecidos como “Pyxis” ou “Omnicell”, esses gabinetes eletrônicos na unidade de cuidado armazenam medicamentos de forma segura. O acesso é controlado por biometria ou senha, e o sistema só libera o medicamento específico para o paciente selecionado, conforme a prescrição. Isso reduz drasticamente os erros de separação de medicamentos na farmácia ou pela enfermagem. A implementação dessas tecnologias, embora exija um investimento inicial significativo, tem um retorno sobre o investimento imenso em termos de vidas salvas, danos evitados e redução de custos associados a erros. Para o Brasil, a adoção de tais tecnologias é não apenas recomendável, mas urgente, especialmente considerando a alta incidência de erros documentada nos últimos anos.

IMPLICAÇÕES LEGAIS E ÉTICAS

Quando um erro de medicação resulta em dano ou morte, as repercussões legais podem ser severas, envolvendo responsabilidade civil (indenizações), administrativa (sanções disciplinares pelos conselhos de classe) e, em casos de negligência grave, criminal. Como visto no caso RaDonda Vaught, a tendência de criminalizar o erro médico está crescendo, o que gera grande preocupação entre os profissionais de saúde. No Brasil, a situação é particularmente complexa.

O caso de Benício Xavier demonstra como a investigação de um erro de medicação pode resultar em acusação de “homicídio doloso” (com intenção de matar), uma classificação que muitos especialistas consideram inadequada para erros médicos honestos. A defesa da médica Juliana Brasil argumentou que ela reconheceu o erro “no calor do momento” e que a investigação deveria focar nas falhas sistêmicas do hospital, não na criminalização individual.

É crucial distinguir entre erro humano, comportamento de risco e comportamento imprudente. Uma cultura justa (Just Culture) busca esse equilíbrio: não pune o erro humano honesto, que deve ser visto como uma oportunidade de aprendizado para o sistema, mas responsabiliza os indivíduos por escolhas conscientemente arriscadas ou negligentes [14]. Outra dimensão ética importante é o conceito da “segunda vítima”. O profissional de saúde que comete um erro que prejudica um paciente frequentemente sofre

um trauma psicológico profundo, incluindo culpa, ansiedade, depressão e até mesmo pensamentos suicidas. Eles se tornam a segunda vítima da tragédia. Instituições de saúde têm a responsabilidade ética de oferecer suporte psicológico e acolhimento a esses profissionais, em vez de apenas focar na punição. Ignorar o sofrimento da segunda vítima não só é desumano, como também contribui para a evasão de profissionais da área e para a cultura do silêncio.

CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

As tragédias hospitalares decorrentes da má interpretação de prescrições médicas são uma mancha no sistema de saúde, pois são, em sua vasta maioria, previsíveis e evitáveis. A persistência de prescrições manuscritas ilegíveis em uma era de avanços digitais é um anacronismo perigoso que não pode mais ser tolerado. A análise dos dados e dos casos, particularmente os casos brasileiros recentes, demonstra inequivocamente que a combinação de falibilidade humana com sistemas de trabalho frágeis cria as condições perfeitas para o desastre. Para reverter este quadro, é necessária uma abordagem multifacetada e um compromisso inabalável de líderes hospitalares, educadores, legisladores e profissionais de saúde. As seguintes recomendações são essenciais:

ELIMINAÇÃO DA PRESCRIÇÃO MANUAL: As instituições de saúde devem priorizar a implementação universal de Sistemas de Prescrição Eletrônica (CPOE) com suporte à decisão clínica. Governos e agências reguladoras devem criar incentivos e, eventualmente, mandatos para essa transição. No Brasil, a ANVISA deveria estabelecer prazos para a adoção de prescrição eletrônica em todas as instituições de saúde.

ADOÇÃO DE TECNOLOGIAS DE VERIFICAÇÃO: A implementação de BCMA e ADS deve ser vista como um padrão de cuidado para garantir a segurança na administração de medicamentos. Investimentos públicos devem ser direcionados para hospitais da rede pública.

FORTALECIMENTO DA CULTURA DE SEGURANÇA: As organizações devem promover ativamente uma cultura justa, que encoraje a notificação de erros e “quase erros” sem medo de retaliação, e que utilize esses relatos para fortalecer as defesas

do sistema. Programas de suporte para a “segunda vítima” devem ser estabelecidos. Isso é particularmente importante no Brasil, onde a cultura de culpabilização ainda é predominante.

EDUCAÇÃO E TREINAMENTO CONTÍNUOS: Treinamentos regulares sobre práticas seguras de medicação, incluindo os perigos de abreviações e a importância da comunicação clara, devem ser obrigatórios para todos os profissionais de saúde. Cursos sobre segurança do paciente devem ser integrados aos currículos de medicina e enfermagem.

EMPODERAMENTO DA ENFERMAGEM: Os enfermeiros devem ser apoiados e encorajados a exercer seu papel crítico como a última barreira de segurança, questionando ordens ambíguas e recusando-se a administrar medicamentos quando a segurança não pode ser garantida. Instituições devem estabelecer protocolos claros que protejam enfermeiros que recusam administrar medicamentos por questões de segurança.

REVISÃO E REFORMA DA LEGISLAÇÃO: O Brasil deve revisar sua abordagem à responsabilização por erros médicos, diferenciando claramente entre negligência grosseira e erro honesto. A criminalização de erros honestos desencoraja a notificação e prejudica a segurança do paciente.

O caminho para a erradicação dos erros de medicação é longo e complexo, mas não é opcional. Cada prescrição ilegível é uma potencial sentença de morte. Cada caso como o de Benício Xavier, Adriana Frade e Alexandre Moraes de Lara é um lembrete de que o sistema falhou e que vidas poderiam ter sido salvas com medidas simples e bem estabelecidas. Ao abraçar a tecnologia, reformar a cultura organizacional e capacitar os profissionais na linha de frente, podemos garantir que a caneta e o papel de receita deixem de ser armas involuntárias e que o cuidado em saúde seja, acima de tudo, seguro.

REFERÊNCIAS

- [1] Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). To Err is Human: Building a Safer Health System. National Academy Press.
- [2] World Health Organization. (2017). Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge. WHO.

- [3] Makary, M. A., & Daniel, M. (2016). Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*, 353, i2139.
- [4] Albarrak, A. I., Al Rashidi, E. A., Fatani, R. K., Al Ageel, S. I., & Mohammed, R. (2014). Assessment of legibility and completeness of handwritten and electronic prescriptions. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 22(6), 522-527.
- [5] Fallaize, R., Dovey, G., & Woolf, S. (2018). Prescription legibility: bigger might actually be better. *Postgraduate medical journal*, 94(1117), 617-620.
- [6] Institute of Medicine. (2007). Preventing Medication Errors. National Academies Press.
- [7] Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320(7237), 768-770.
- [8] Institute for Safe Medication Practices (ISMP). ISMP List of Error-Prone Abbreviations, Symbols, and Dose Designations.
- [9] Rodziewicz, T. L., Houseman, B., & Hipskind, J. E. (2024). Medical Error Reduction and Prevention. StatPearls Publishing.
- [10] Westbrook, J. I., Woods, A., Rob, M. I., Dunsmuir, W. T., & Day, R. O. (2010). Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. *Archives of internal medicine*, 170(8), 683-690.
- [11] Sud, A., & Szawarski, P. (2017). Classic cases revisited – Death of a nurse and the anatomy of error. *Journal of the Intensive Care Society*, 18(2), 155-160.
- [12] National Council of State Boards of Nursing (NCSBN). (2022). The RaDonda Vaught Case: What We Can Learn.
- [13] Paoletti, R. D., Suess, T. M., Lesko, M. G., Feroli, K. L., Kennelty, K. A., & Hladik, G. A. (2007). Using bar-code technology and medication observation methodology for safer medication administration. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 64(5), 536-543.
- [14] Griffith, D. (2009). A Just Culture. The Health Foundation.
- [15] Poder 360. (2025). Brasil tem 2.363 mortes por falhas na saúde em 1 ano. Recuperado de <https://www.poder360.com.br/poder-saude/brasil-tem-2-363-mortes-por-falhas-na-saude-em-1-ano/>
- [16] Conselho Federal de Farmácia. (2025). Processos por erro médico crescem 506% em um ano no Brasil. Recuperado de <https://site.cff.org.br/noticia/>
- [17] G1 Amazonas. (2025). Caso Benício: médica reconhece erro ao prescrever adrenalina que matou criança em Manaus. Recuperado de <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2025/11/28/caso-benicio-em-documento-medica-reconhece-erro-ao-prescrever-adrenalina-que-matou-crianca-em-manaus.ghtml>
- [18] G1 Pernambuco. (2021). Enfermeira de 24 anos morre após tomar injeção com

medicação em hospital da rede pública em que trabalhava no Recife. Recuperado de <https://g1.globo.com/pe/peernambuco/noticia/2021/02/05/enfermeira-de-24-anos-morre-apos-tomar-injecao-em-hospital-da-rede-publica-em-que-trabalhava-no-recife.shtml>

Submissão: outubro de 2025. Aceite: novembro de 2025. Publicação: fevereiro de 2026.