

Judicialização do erro de enfermagem no cuidado perioperatório e na assistência ao parto e nascimento

Judicialization of nursing malpractice in perioperative care, and delivery and birth assistance
Judicialización del error de enfermería en la atención perioperativa y en la asistencia al parto y nacimiento

Gislene Aparecida Xavier dos Reis^I

ORCID: 0000-0002-6232-1905

Laura Misue Matsuda^I

ORCID: 0000-0002-4280-7203

Verusca Soares de Souza^{II}

ORCID: 0000-0003-3305-6812

Andressa Martins Dias Ferreira^I

ORCID: 0000-0002-8020-9773

João Lucas Campos de Oliveira^{III}

ORCID: 0000-0001-8434-5089

Maria Antonia Ramos Costa^{IV}

ORCID: 0000-0002-6656-3864

Kelly Cristina Inoue^I

ORCID: 0000-0002-7709-9817

^IUniversidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil.

^{II}Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Coxim, Mato Grosso do Sul, Brasil.

^{III}Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{IV}Universidade Estadual do Paraná. Paranavaí, Paraná, Brasil.

Como citar este artigo:

Reis GAX, Matsuda LM, Souza VS, Ferreira AMD, Oliveira JLC, Costa MAR, et al. Judicialization of nursing malpractice in perioperative care, and delivery and birth assistance. Rev Bras Enferm. 2022;75(1):e20200066. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0066>

Autor Correspondente:

Gislene Aparecida Xavier dos Reis
E-mail: gislenereis@gmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Alexandre Balsanelli

Submissão: 15-09-2020 **Aprovação:** 09-05-2021

RESUMO

Objetivos: analisar os desfechos jurídicos de erros no cuidado perioperatório e na assistência ao parto e nascimento relacionados à enfermagem, sob a ótica do respaldo legal para prevenção de falhas. **Métodos:** estudo exploratório, documental, qualitativo, realizado com base nos casos julgados pelo Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, disponíveis on-line até abril de 2018. Para a análise dos dados, os processos foram codificados, o desfecho judicial foi sumarizado pela gravidade do erro; depois, apresentaram-se práticas recomendadas à prevenção de cada caso. **Resultados:** dentre os 13 processos analisados, 8 correspondiam ao período perioperatório (principalmente queimadura por electrocautério); e 5, à assistência de enfermagem ao parto e ao nascimento. A gravidade dos casos foi alta (n=7). O desfecho judicial da maioria dos casos (n=11) foi a condenação da instituição. **Conclusões:** apesar da multifatorialidade dos erros, as falhas identificadas são passíveis de prevenção, haja vista a existência de descrição de boas práticas.

Descritores: Decisões Judiciais; Erros Médicos; Enfermagem; Parto; Assistência Perioperatória.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the legal outcomes of malpractices in perioperative care, and delivery and birth assistance related to nursing, from the perspective of legal support for malpractice prevention. **Methods:** an exploratory, documentary, qualitative study, based on the cases tried by the Court of Justice of the State of Paraná, available online until April 2018. For the data analysis, we codified the processes and summarized the judicial outcome by the severity of the malpractice. Then, we recommended practices for the prevention of each case we presented. **Results:** among the thirteen processes analyzed, eight corresponded to the perioperative period (mainly electrocautery burn), and five to nursing care for delivery and birth. The severity of the cases was high (n=7). The judicial outcome of most cases (n=11) was the conviction of the institution. **Conclusions:** despite the multifactorial nature of the malpractices, the identified ones are preventable since there is a description of good practices.

Descriptors: Judicial Role; Medical Errors; Nursing; Parturition; Perioperative Care.

RESUMEN

Objetivos: analizar los desfechos jurídicos de errores en la atención perioperativa y asistencia al parto y nacimiento relacionados a enfermería, bajo la óptica del respaldo legal para prevención de errores. **Métodos:** estudio exploratorio, documental, cualitativo, basado en casos juzgados por el Tribunal de Justicia del Estado de Paraná, disponibles en línea hasta abril de 2018. Análisis de los datos, los procesos fueron codificados, el desfecho judicial fue sintetizado por gravedad del error; después, presentaron prácticas recomendadas a prevención de cada caso. **Resultados:** entre los 13 procesos analizados, 8 correspondían al perioperatorio (principalmente quemadura por electrocauterio); y 5, a asistencia de enfermería al parto y nacimiento. Gravedad de los casos fue alta (n=7). Desfecho judicial de la mayoría de los casos (n=11) fue la condenación de la institución. **Conclusiones:** aunque la multifactorialidad de los errores, los errores identificados son pasibles de prevención, haya vista la existencia de descripción de buenas prácticas.

Descriptorios: Decisiones Judiciales; Errores Médicos; Enfermería; Parto; Atención Perioperativa.

INTRODUÇÃO

Apesar dos esforços adotados por serviços de saúde em prol da promoção da segurança do paciente, a enfermagem ainda se encontra susceptível a diversas falhas assistenciais⁽¹⁾. O erro, diferentemente de uma violação, não é um resultado intencional e pode ser interpretado como inerente à condição humana, mesmo que indesejado⁽²⁾. No setor saúde, a ocorrência do erro está estritamente relacionada à falha de processos e implica a necessidade de adoção de medidas sistêmicas que promovam ambiente seguro para o cuidado⁽²⁻³⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) do Brasil, com objetivo de promover ambiente seguro para profissionais, pacientes e familiares, recomendam que haja aprendizado organizacional mediante o erro e corresponsabilidade do serviço de saúde para a promoção da segurança do paciente⁽⁴⁾. Contudo, ainda é possível constatar número expressivo de processos ético-disciplinares (PED) sobre erros cometidos pela enfermagem; processos que, por vezes, são instaurados pela chefia imediata e/ou pela própria instituição com a qual o profissional possui vínculo empregatício⁽⁵⁾.

Em estudo realizado no estado de São Paulo com o objetivo de descrever as ocorrências éticas de PED julgados pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, identificou-se que, dentre as 399 ocorrências éticas julgadas em primeira instância entre 2012 e 2013, 260 (65%) se relacionavam às situações de negligência, imprudência e/ou imperícia por parte da enfermagem⁽⁶⁾. Outra pesquisa, realizada em Santa Catarina, a fim de analisar o posicionamento de gestores e lideranças de enfermagem diante de erros divulgados na mídia, identificou que, dentre os 58 casos divulgados, em 26 foi instaurada sindicância interna; e em 6, iniciou-se PED⁽⁵⁾.

Uma revisão de literatura recente analisou 30 estudos primários e ratificou que o processo de judicialização por erros ocorre com maior frequência no contexto do uso de medicamentos; e, após isso, outros processos assistenciais também foram foco dos estudos analisados, com destaque para o procedimento cirúrgico⁽⁷⁾. Sobre erros ocorridos durante o período perioperatório, a enfermagem tem papel relevante na prevenção de incidentes. Contudo, pesquisa realizada em um departamento cirúrgico do Hospital Universitário de Basileia, na Suíça, constatou que, embora haja adesão ao protocolo de cirurgia segura, ainda existem fragilidades no cumprimento do *checklist*, ocasionando *never events*⁽⁸⁾.

Em 2017, de acordo com o Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 18, foram registrados 403 incidentes classificados como "Falha durante procedimento cirúrgico", dos quais 28 resultaram em óbito⁽⁹⁾. Segundo o mesmo boletim, 351 incidentes foram registrados como "Notificações envolvendo cirurgias", totalizando assim 754 incidentes relacionados com o processo cirúrgico⁽⁹⁾.

Outro processo assistencial em que a enfermagem tem atuação ativa é na assistência ao parto e nascimento. Cabe mencionar que o cuidado de enfermagem perpassa pelas etapas de pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério, inclusive em situações de gestação de alto risco⁽¹⁰⁾. Embora na enfermagem haja especialização em obstetrícia com avanços nessa linha de cuidado, ocorrem práticas inadequadas, durante o trabalho de parto, executadas por enfermeiros. Sendo assim, é necessária a implantação de estratégias para melhorar os cuidados⁽¹¹⁾.

Diante do exposto, é primordial identificar os erros cometidos pela enfermagem, para melhorar a compreensão das causas dos incidentes, do desfecho jurídico para o profissional e das consequências para o paciente, pois com base nesses resultados é que as ações de prevenção tornam-se mais factíveis e efetivas.

Dessa forma, este estudo pauta-se nas seguintes questões: Quais foram os desfechos jurídicos de erros relacionados à enfermagem no contexto perioperatório de diferentes cirurgias e na assistência ao parto e nascimento? Quais práticas são recomendadas para prevenção dos incidentes abordados?

OBJETIVOS

Analisar os desfechos jurídicos de erros no cuidado perioperatório e na assistência ao parto e nascimento relacionados à enfermagem, sob a ótica do respaldo legal para prevenção de falhas.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Todos os preceitos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos foram respeitados, e a proposta desta investigação está registrada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá.

Tipo de estudo

Estudo exploratório, documental, de abordagem qualitativa, norteado pelo *guideline Standards for Reporting Qualitative Research*⁽¹²⁾ (SRQR). Foi realizado com base nos casos julgados pelo Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR).

Procedimentos metodológicos

Foram selecionados os casos julgados de erros no período perioperatório (pré-operatório, transoperatório e pós-operatório) de diferentes cirurgias e na assistência durante o parto e nascimento, que envolvessem profissionais de enfermagem e que estivessem disponíveis on-line, até o mês de abril de 2018, sem data de início. Considerou-se como "caso julgado" o evento que possuísse decisão judicial e que não era mais passível de recurso.

Cenário do estudo

Os dados foram coletados entre maio e junho de 2018, na base de dados on-line do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, por meio de busca com os termos "erro médico" e "erro de enfermagem". O termo "erro médico" foi eleito por ser utilizado na linguagem jurídica para determinar erro cometido por qualquer categoria profissional da área da saúde.

Fonte de dados

A fonte dos dados foram os processos judiciais por erro assistencial da enfermagem, suposto ou confirmado, durante a assistência ao parto e período perioperatório.

Coleta e organização dos dados

Na Figura 1, consta o fluxo de seleção dos processos judiciais analisados.

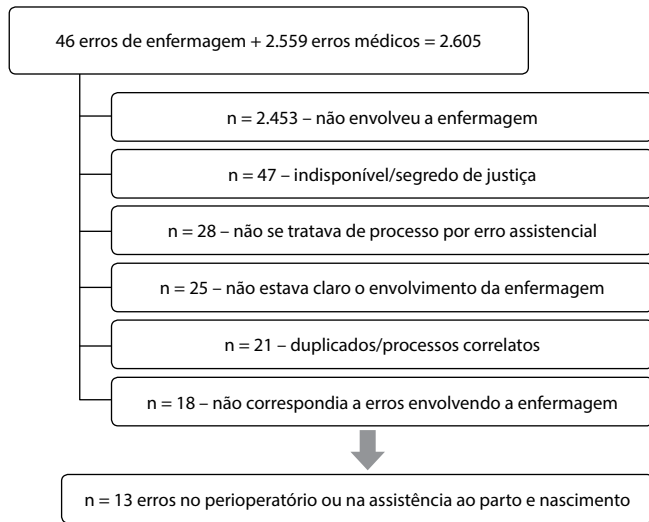


Figura 1 – Fluxo de seleção dos processos judiciais, Maringá, Paraná, Brasil, 2018

Para organização e análise dos dados, utilizou-se formulário de elaboração própria contendo as seguintes informações: a) Identificação do processo e síntese da ementa; b) Caracterização do erro (tipo) e desfecho para a vítima e; c) Desfecho jurídico. Os dados foram organizados em quadros-síntese, com inclusão de recomendações para prevenção de erros fundamentadas em boas práticas.

Quadro 1 – Processos por erros no período transoperatório, tipo de incidente, consequências para a vítima, desfecho jurídico e respaldo legal para prevenção de falhas, Paranavaí, Paraná, Brasil, 2018

Caso	Descrição do erro	Tipo de incidente – Consequências para a vítima	Desfecho jurídico	Respaldo legal para prevenção de falhas
A	Gaze esquecida, durante cirurgia de tireoidectomia, pelo cirurgião e equipe; e retirada por imperícia de uma glândula paratireoide.	Evento com dano – Infecção hospitalar e déficit no funcionamento da glândula paratireoide	Negligência Condenação cível da instituição	Realizar contagens e checagem de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas durante o período transoperatório e antes da síntese cirúrgica. Tal processo deve ser realizado pela equipe multiprofissional, que é composta pela equipe de enfermagem, cirurgião, instrumentadores e anestesilogistas ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ . Utilizar gazes e compressas radiopacas para identificação por meio de radiografia ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ .
B	Queimadura em membro inferior por placa do cautério – Responsabilidade atribuída ao enfermeiro	Evento com dano – Lesão endurecida em membro inferior, com necessidade de desbridamento químico e cirurgia de enxerto	Negligência Condenação cível da instituição	Posicionar corretamente o paciente na mesa cirúrgica ⁽¹⁶⁾ . Utilizar dispositivos isolantes na mesa e nos apoios de braços e pernas ⁽¹⁶⁾ . Utilizar compressas secas entre braços, tronco ou pernas para evitar concentração de corrente nas áreas com acúmulo de fluidos ⁽¹⁶⁾ . Não deixar placa de cautério em contato com tatuagens ⁽¹⁶⁾ . Posicionar a placa em pele limpa e seca, em área vascularizada e com maior massa muscular ⁽¹⁶⁾ . Verificar se o paciente está livre de adornos ⁽¹⁶⁾ .
C	Queimadura em tórax por posição de placa de cautério – Responsabilidade atribuída ao enfermeiro	Evento com dano – Aumento do tempo de internação hospitalar	Negligência Condenação cível da instituição	
D	Queimadura na parte posterior da coxa durante procedimento cirúrgico. Enfermagem não identificou as queimaduras no pós-operatório, apesar da queixa de dores pela paciente.	Evento com dano – Ausência de deambulação durante 30 dias, ocasionando quadro depressivo com necessidade de terapia	Negligência Condenação cível da instituição	

Análise dos dados

Os casos foram classificados em relação à sua gravidade, de acordo com os critérios da Classificação Internacional para Segurança do Paciente⁽¹³⁾, segundo a qual evento refere-se a uma ocorrência que atingiu o paciente; incidente, quando um evento ou circunstância resultou ou poderia ter resultado em dano desnecessário ao paciente; circunstância está relacionada a uma situação que pode contribuir para a ocorrência de evento; quase evento (*near miss*) caracteriza-se pelo incidente que não atingiu o paciente; evento sem dano é quando o paciente sofreu um incidente, mas não resultou em danos perceptíveis; e evento com dano (evento adverso) refere-se ao incidente que causou dano ao paciente⁽¹³⁾.

Cabe mencionar que os casos foram identificados pelas letras do alfabeto na sequência em que foram identificados (A, B, C... M).

RESULTADOS

Dentre os 13 processos analisados, 8 se relacionavam ao período perioperatório, e 5, à assistência de enfermagem ao parto e nascimento. O Quadro 1 apresenta as características dos casos de erros no período transoperatório, em que se destaca a predominância de processos por queimaduras resultantes do contato com material médico hospitalar, que se configurou como evento com dano, sendo julgados como negligência e atribuídos à instituição.

No Quadro 2, constam informações sobre os casos de erros no pós-operatório. Observa-se que houve prevalência de erros atribuídos às falhas no monitoramento do paciente, sobretudo no controle de perdas sanguíneas, com reabordagens cirúrgicas.

O Quadro 3 apresenta os casos de erros de assistência ao parto. Houve dois erros que culminaram no óbito e dois que geraram danos permanentes aos recém-nascidos (RN).

Quadro 2 – Processos por erros no período pós-operatório, tipo de incidente, consequências para a vítima, desfecho jurídico e respaldo legal para prevenção de falhas, Paranavaí, Paraná, Brasil, 2018

Caso	Descrição do erro	Tipo de incidente – Consequências para a vítima	Desfecho jurídico	Respaldo legal para prevenção de falhas
E	Equipe de enfermagem negligenciou queixas de sangramento intenso, dor e odor fétido no canal vaginal por 42 horas pós-parto. Não havia registros dos relatos.	Evento com dano – Laceração perineal e peritonite. Paciente submetida à cirurgia reparadora.	Negligência Condenação cível da instituição	Observar, controlar e registrar sinais vitais, lóquios, involução uterina, palidez, sudorese, sangramento excessivo, sonolência, hematomas e ou edemas na ferida operatória ou episiorrafia, bem como as ações realizadas ⁽¹⁷⁾ . Utilizar instrumento específico para checagem de cuidados no pós-parto ⁽¹⁷⁾ .
F	Auxiliar de enfermagem diluiu medicamento em frasco de soro fisiológico não identificado. Soro fisiológico com possibilidade de possuir resquícios de fentanil.	Evento com dano – Óbito por parada cardiorrespiratória	Negligência Condenação cível da instituição	Identificar todas as seringas, frascos ou bolsas contendo medicamentos ⁽¹⁸⁾ . Nunca administrar o conteúdo em uma seringa ou bolsa que não esteja identificada de forma clara, correta e legível ⁽¹⁸⁾ .
G	Sangramento por duas horas durante efeito anestésico no pós-operatório de histerectomia vaginal, sem registro do ocorrido pela enfermagem em prontuário.	Evento com dano – Laceração entre o canal vaginal e região perianal. Paciente submetida à cirurgia reparadora.	Não especificado Condenação cível da instituição	Revisar o plano de cuidado para o paciente no pós-operatório contemplando a monitorização do nível de consciência, sinais vitais e aspecto do curativo cirúrgico ⁽¹⁷⁾ .
H	Enfermagem não realizou o balanço hídrico correto do paciente no pós-operatório. Registro destacava “boa diurese”, enquanto paciente estava anúrica.	Evento com dano – Diversas reabordagens cirúrgicas, culminando em nefrectomia por hidronefrose infectada.	Negligência Condenação cível da instituição	Registrar, com acurácia, os líquidos administrados por via endovenosa e oral; e líquidos excretados por via gastrointestinal e urinária; e monitorar o equilíbrio hídrico ⁽¹⁹⁾ .

Quadro 3 – Processos por erros na assistência ao parto, tipo de incidente, consequências para vítima, desfecho jurídico e respaldo legal para prevenção de falhas, Paranavaí, Paraná, Brasil, 2018

Caso	Descrição do erro	Tipo de incidente – Consequência para a vítima	Desfecho jurídico	Respaldo legal para prevenção de falhas
I	Condução de trabalho de parto por auxiliares de enfermagem, que comunicaram o médico apenas após complicação durante o parto, mesmo este estando presente na instituição. Foi realizado parto com uso de fórceps.	Evento com dano – Óbito do RN. Incontinência urinária por lesão de bexiga na puérpera. Cirurgias reparadoras ineficazes.	Negligência Condenação cível dos profissionais	Cabe ao enfermeiro assistir à parturiente, estimular o parto natural, identificar distocias, providenciar o cuidado para garantir a qualidade e a segurança da mãe e do bebê. Ademais, nos casos de identificação de distocia, o enfermeiro deve realizar assistência necessária até a chegada do médico ⁽²⁰⁾ . Ao auxiliar de enfermagem, cabe somente a execução de atividades de nível médio e de natureza repetitiva, sendo-lhe vetada a condução de partos ⁽²⁰⁾ .
J	Parto conduzido por auxiliares de enfermagem	Evento com dano – Hipóxia neonatal e déficit no desenvolvimento cognitivo e motor	Imperícia Condenação cível dos profissionais	
K	Lesão de plexo braquial em RN após parto conduzido por auxiliar de enfermagem	Evento com dano – Lesão braquial à direita de tronco superior, com limitação motora	Imperícia Condenação cível da instituição	
L	Parto com distocia conduzido por enfermeiro	Evento com dano – Óbito do RN por aspiração de conteúdo amniótico	Negligência Condenação cível da instituição	
M	Troca de RNs por técnica de enfermagem. Falha identificada pelas mães após 24 horas do nascimento.	Evento com dano – Prolongamento da internação por seis dias até laudo do exame de DNA com impedimento de visitas. O fato gerou angústia e estresse e, conseqüentemente, impediu a produção de leite materno por uma das mães.	Negligência Condenação cível da instituição	

DISCUSSÃO

O cuidado ao paciente é resultado da interação de múltiplos e complexos processos assistenciais, o que aumenta as chances de acontecer alguma falha. Desse modo, para minimizar a ocorrência de erros, faz-se necessário o mapeamento de processos seguros e o desenvolvimento de cultura de segurança positiva, a qual permeia o compromisso individual (profissional) e coletivo (institucional) em prol de cuidado seguro⁽²³⁾.

Os Quadros 1, 2 e 3 demonstram que o desfecho jurídico mais frequente entre os processos judiciais analisados foi a condenação do serviço de saúde, na qual se explicita a responsabilização da instituição diante dos erros dos profissionais de enfermagem. A responsabilização da instituição parte do entendimento de que ofertar assistência livre de dano é dever do serviço, visto que o profissional de enfermagem tende a possuir vínculos trabalhistas com a instituição.

Um dos erros identificados no presente estudo foi a retenção de gaze em cirurgia de tireoidectomia, como apresentado no Caso A. No período transoperatório, a assistência de enfermagem possui o objetivo de planejar e executar o cuidado ao paciente⁽²⁴⁾, garantindo que este não seja exposto a riscos. Para tanto, cabe a utilização de ferramentas para auxiliar a equipe de enfermagem a prestar assistência livre de danos, como o *checklist* de cirurgia segura, cuja implementação é recomendada por diversos estudos que demonstram redução do número de eventos adversos durante o processo cirúrgico, bem como diminuição da taxa de óbitos evitáveis⁽²⁵⁻²⁷⁾.

No quesito “antes de o paciente sair da sala cirúrgica”, um dos itens do *checklist* de cirurgia segura é a contagem de instrumentais, compressas e gazes. Tal processo é realizado de modo manual e tem o intuito de prevenir a retenção de itens cirúrgicos no paciente⁽²⁸⁾. Cumpre ressaltar que o principal responsável por executar essa prática é a equipe de enfermagem; desse modo, tais erros refletem o desempenho inadequado dos profissionais de enfermagem⁽²⁸⁾.

Em estudo realizado com objetivo de analisar o processo de contagem cirúrgica, identificou-se que a contagem das compressas era executada sempre antes da síntese cirúrgica, sendo que o controle era realizado por meio da contagem das compressas quando abertas e quando desprezadas⁽²⁹⁾. Outro modo de conferência citado foi aquele em que o circulante de sala abria os pacotes e solicitava que outro profissional realizasse a conferência das compressas abertas na mesa cirúrgica, fazendo, em seguida, anotação na lousa⁽²⁹⁾. À medida que mais compressas fossem solicitadas, estas eram anotadas na lousa, bem como a retirada de cada uma; e, no final da cirurgia, a conferência era executada com as compressas utilizadas⁽²⁹⁾. A referida prática é considerada simples, mas, quando executada de modo sistematizado, evita a retenção de algum corpo estranho no paciente.

Outra atividade também importante para a segurança cirúrgica é o cuidado com o eletrocautério. Esse equipamento, quando utilizado de modo inadequado, pode provocar diversas lesões no paciente bem como queimaduras⁽³⁰⁾, como descrito nos Casos B, C e D. O eletrocautério é um dispositivo médico que produz corrente elétrica de alta frequência, utilizado para cortar termicamente o tecido orgânico ou para realizar a coagulação sanguínea⁽¹⁶⁾. Cabe

mencionar que as consequências na pele do paciente dependem da intensidade da corrente elétrica, da resistência do tecido em conduzir a eletricidade e da duração da aplicação da corrente elétrica⁽¹⁶⁾. Ademais, a profundidade da queimadura depende da duração do procedimento⁽¹⁶⁾.

Ressalta-se a importância da atuação da equipe de enfermagem na prevenção de queimaduras envolvendo o eletrocautério, tais como a elaboração de plano de cuidados sistematizados pelo enfermeiro no período transoperatório⁽³⁰⁾. Nesse sentido, estudo com a finalidade de relatar casos de queimaduras ocasionadas pela eletrocirurgia descreveu cuidados para prevenir lesões durante o período transoperatório, a saber: utilizar placa neutra e eletrodo ativo; confirmar o funcionamento adequado da unidade eletrocirúrgica; confirmar se o paciente não está em contato com peças metálicas; confirmar a ausência de marca-passo cardíaco, outros implantes elétricos ou próteses metálicas que contraindiquem o uso de cauterização eletrocirúrgica; colocar a placa neutra na pele seca e intacta; remover agentes preparatórios inflamáveis residuais antes de iniciar a cirurgia; e usar dispositivo para armazenar o eletrodo ativo durante a cirurgia⁽¹⁶⁾.

Com o intuito de aumentar a segurança na cirurgia que envolva eletrocautério, sugere-se a inclusão dos seguintes itens no *checklist* de cirurgia segura: a confirmação de que o paciente não está utilizando adornos nem roupas íntimas; verificação do posicionamento correto do paciente na mesa cirúrgica; checar se os eletrodos estão o mais distante possível do campo operatório; evitar a colocação do eletrodo dispersivo sobre tatuagens, devido à presença de corante metálico; posicionar a placa dispersiva o mais próximo possível do campo operatório, preferencialmente em pele limpa, seca, em área vascularizada e com maior massa muscular⁽¹⁶⁾.

No presente estudo, também foram identificados processos judiciais por erros referentes à ausência de registros de enfermagem, conforme apresentado nos Casos E, G e H. Os registros de enfermagem são essenciais para o processo de cuidar e para a comunicação segura entre os profissionais de enfermagem e a equipe de saúde⁽³¹⁾. Ademais, de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, a equipe de enfermagem deve registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar⁽²⁰⁾.

A ocorrência de eventos adversos (EAs) pode também estar relacionada com a ausência ou falha no registro de enfermagem. Prova disso é que, em análise de 7.926 internações hospitalares de 21 hospitais holandeses visando avaliar a relação entre a qualidade dos prontuários e a ocorrência de EAs, identificou-se que a fragilidade das informações registradas nos prontuários estava associada a maiores taxas de EAs⁽³²⁾. Em outro estudo, realizado para avaliar os registros de enfermagem no período perioperatório, verificou-se que, em 57,3% dos 110 prontuários, não havia registros dos sinais vitais de pacientes no pós-operatório⁽³³⁾, o que reforça a necessidade de monitoramento contínuo e da sistematização da assistência de enfermagem ao paciente operatório.

O Caso F apresentou erro, no período pós-operatório, envolvendo diluição de medicamento em frasco não identificado e com resquícios de fentanil, resultando em óbito do paciente por parada cardiorrespiratória. Tal caso demonstra a importância

de nunca administrar o conteúdo de uma seringa ou bolsa que não esteja identificada de forma clara, correta e legível e ressalta a necessidade da identificação dos medicamentos, bem como sua confirmação antes da administração⁽¹⁸⁾. Padronizar a troca das infusões (quando não identificadas) imediatamente após a transição do cuidado entre os setores pode se apresentar como barreira à ocorrência de incidentes e, com isso, evitar resultados de gravidade catastrófica na assistência.

Em relação aos Casos I, J, K e L, que relatam sobre a condução de trabalho de parto pela equipe de enfermagem, destaca-se que, dentre os membros da equipe de enfermagem, apenas o enfermeiro pode acompanhar a evolução e o trabalho de parto⁽¹⁸⁾, assim como a execução do parto sem distocia, considerando que ele possui habilidades e competências necessárias para tal procedimento, conforme lei do exercício profissional. Dentro desse assunto, pode-se citar como evidência um estudo multicêntrico realizado na Argentina, no qual se identificou que os serviços de saúde sem assistência obstétrica qualificada apresentavam probabilidade de morte materna dez vezes maior quando comparados a serviços que contavam com profissionais qualificados; tal fato enfatiza a necessidade de profissionais adequados para supervisão e suporte do trabalho de parto⁽³⁴⁾.

Cumprir destacar que, por vezes, o profissional de enfermagem se vê em situações incompatíveis com a sua formação profissional, por ausência de recursos tanto humanos quanto materiais no cotidiano do sistema de saúde brasileiro. Nessa perspectiva, é preciso questionar se, entre os casos, os profissionais executaram a assistência ao parto por entenderem que a não participação poderia configurar negligência, o que reforça a necessidade dos registros de enfermagem como forma de respaldo legal.

No que tange a erros de identificação de paciente, no Caso M, apresentou-se troca de bebês decorrente da falha de identificação. Pesquisa realizada em seis unidades de terapia intensiva de Nova York identificou 66 falhas relacionadas à identificação de recém-nascidos a cada 100 mil nascidos vivos⁽³⁵⁾. Tais falhas podem culminar na troca de identificação de bebês, e isso mostra a importância da implantação de estratégias para minimizar as possibilidades de os erros ocorrerem.

Ainda sobre a identificação de pacientes, verifica-se que falhas nesse processo podem ocasionar eventos adversos relacionados a erros de medicamentos, troca de bebês, realização de procedimentos e transfusão sanguínea em paciente errado, dentre outros. Em estudo realizado em hospital de Toronto (Ontário, Canadá), constatou-se que as principais causas de erros durante a transfusão sanguínea relacionavam-se a falhas na identificação, tais como: nome errado, nome duplicado, erro na

data de nascimento, registro incompleto, dentre outros erros⁽³⁶⁾. Importante mencionar que, para prevenir erros de identificação, as ações são de baixo custo, implicam capacitação da equipe e consolidação de protocolo de identificação.

Os erros envolvendo a enfermagem no cuidado perioperatório e obstétrico possuem potencial para desfechos graves e irreparáveis. Isso porque os dois âmbitos exigem trabalho intenso e contínuo entre equipes multiprofissionais; relacionamento constante entre diferentes áreas do conhecimento e setores da instituição; e necessidade de intensa vigília para prevenção de erros⁽³⁷⁾. Atrelado a tais fatores, faz-se importante o aprendizado com os erros, bem como o desenvolvimento de cultura justa.

Limitações do estudo

A presente pesquisa, embora represente um avanço na área de judicialização do erro da enfermagem, tem como limitação o cenário de estudo restrito a um único estado do Brasil e dependente da disponibilidade on-line dos processos.

Contribuições para a prática profissional da Enfermagem

Investigações acerca da judicialização do erro da enfermagem podem fomentar a discussão sobre falhas na assistência, bem como suas causas e implicações, com objetivo de promover segurança do paciente nas instituições e aprendizado organizacional diante do erro. Outra evidente contribuição do estudo é a apresentação de melhores práticas, recomendadas por órgãos oficiais e pesquisas científicas, em paralelo à análise dos processos judiciais por erros. Isso certamente pode ser um norte para a prevenção de erros no contexto do cuidado perioperatório e na assistência de enfermagem ao parto.

Ainda, as abordagens do tema estudado subsidiam e estimulam as entidades representantes da profissão e lideranças de enfermagem para que se envolvam e se organizem por meio de redes de apoio e de mitigação do sofrimento moral entre os trabalhadores que cometem erros durante sua prática.

CONCLUSÕES

Destacaram-se os processos por erros ocorridos na assistência perioperatória, principalmente sobre queimaduras ocasionadas por contato com material médico-hospitalar, com consequências graves aos pacientes. Foram julgados como negligência, com atribuição da falha à instituição. Os erros identificados são passíveis de prevenção, haja vista a existência de descrição de boas práticas.

REFERÊNCIAS

1. Sell BT, Amante LN, Martins T, Sell CT, Senna CVA, Loccioni MFL. Dimensioning of nursing professionals and the occurrence of adverse events on surgical admission. *Ciênc Cuid Saúde*. 2018;17(1). <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v17i1.33213>
2. Skoogh A, Bååth C, Bojö AKS, Hall-Lord ML. Healthcare professionals' perceptions of patient safety for the woman in childbirth in Sweden: an interview study. *Nurs Open*. 2019;7(2):642–9. <https://doi.org/10.1002/nop2.435>
3. Zaheer S, Ginsburg LR, Wong HJ, Thomson K, Bain, L. Importance of safety climate, teamwork climate and demographics: understanding nurses, allied health professionals and clerical staff perceptions of patient safety. *BMJ Open Qual*. 2018;7:e000433. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-000433>

4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União [Internet]. 2013 [cited 2019 Sep 24]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
5. Forte ECN, Pires DEP, Martins MMFPS, Trindade LM, Schneider DG, Ribeiro OMPL. Behavior of nursing managers and leaders when errors are disclosed in the media. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e20180039. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180039>
6. Mattozinho FCB, Freitas GF. Nursing ethical issues occurring within the State of Sao Paulo: factual description. *Acta Paul Enferm.* 2015;28(6):593-600. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500097>
7. Batistella PMF, Aroni P, Fagundes AL, Haddad MCFL. Lawsuits in health: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(1):809-17. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0551>
8. Schwendimann R, Blatter C, Lüthy M. Adherence to the WHO surgical safety checklist: an observational study in a Swiss academic center. *Patient Saf Surg.* 2019;13(14). <https://doi.org/10.1186/s13037-019-0194-4>
9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº18 [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 24]. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3074203/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n+18+-+Incidentes+Relacionados+a+Assist%C3%A2ncia+a+Sa%C3%BAde+-+2017/9ce866ad-3d59-4a1c-88dc-641b8fda323b>
10. Perera D, Lund R, Swahnberg K, Schei B, Infanti JJ. 'When helpers hurt': women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18:211. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1869-z>
11. Diko S, Guiahi M, Nacht A, Connell KA, Reeves S, Bailey BA, Hurt KJ. Prevention and management of severe obstetric anal sphincter injuries (OASIs): a national survey of nurse-midwives. *Int Urogynecol J.* 2020;31(3):591-604. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-03897-x>
12. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med.* 2014;89(9):1245-1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
13. World Health Organization (WHO). Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente [Internet]. 2011 [cited 2019 Sep 24]. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>
14. Steelman VM et al. Retained surgical sponges: a descriptive study of 319 occurrences and contributing factors from 2012 to 2017. *Patient Saf Surg.* 2018;12(20). <https://doi.org/10.1186/s13037-018-0166-0>
15. Ministério da Saúde (BR). Práticas seguras para prevenção de retenção não intencional de objetos após realização de procedimento cirúrgico em serviços de saúde. Nota técnica GVIMS/GGTES No 04/2017. [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 24]. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Nota+T%C3%A9cnica+GVIMS-GGTES+n%C2%BA+04-2017/2bbdb035-4356-4512-841e-8ef5ddbdbc75>
16. Bisinotto FMB, Dezena RA, Martins LB, Galvão MC, Sobrinho JM, Calçado MS. Burns related to electrosurgery: report of two cases. *Rev Bras Anesthesiol.* 2017;67(5):527-34. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2016.03.003>
17. Silva AF, Nóbrega MML, Souto CMRM. Instrument for documentation of nursing process during Postpartum. *Ciênc Cuid Saúde.* 2015;14(3):1385-93. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i3.20227>
18. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Segurança no uso de medicamentos em cirurgia. [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 24]. Available from: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/05/boletim-seguranca-medicamentos-cirurgia.pdf>
19. Aseni P, Orsenigo S, Storti E, Pulici M, Arlati S. Current concepts of perioperative monitoring in high-risk surgical patients: a review. *Patient Saf Surg* [Internet]. 2019;13 (32). <https://doi.org/10.1186/s13037-019-0213-5>
20. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 564, 18 de julho de 2017: código de ética de enfermagem [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 24]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
21. Silva RSS, Rocha SS, Gouveia MTO, Dantas ALB, Santos JDM, Carvalho NAR. Wearing identification wristbands: implications for newborn safety in maternity hospitals. *Esc Anna Nery.* 2019;23(2). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0222>
22. López ES, Luna MS, Gracia SR, Fernández IB, Castellanos JLL, Muñuzuri AP, et al. Recommendations for the unequivocal identification of the newborn Recomendaciones para la identificación inequívoca del recién nacido. *An Pediatr.* 2017; 87(4). <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2017.03.008>
23. Mir-Abellán R, Falcó-Pegueroles A, Puente-Martorell ML. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. *Gac Sanit.* 2017;31(2):145-9. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.019>
24. Blomberg AC, Bisholt B, Lindwall L. Responsibility for patient care in perioperative practice. *Nurs Open.* 2018;5:414-21. <https://doi.org/10.1002/nop.2.153>
25. Michael MC. WHO surgical safety checklist cuts post-surgical deaths by 22%, US study finds. *BMJ.* 2017;20: 357. <https://doi.org/10.1136/bmj.j1935>
26. Haynes AB, Edmondson L, Lipsitz, SR, Molina G, Neville BA, Singer SJ. Mortality trends after a voluntary checklist-based surgical safety collaborative. *Ann Surg.* 2017;266(6):23-9. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002249>
27. Jammer I, Ahmad T, Aldecoa C, Koulenti D, Goranović T, Grigoras I, et al. Point prevalence of surgical checklist use in Europe: relationship with hospital mortality. *Br J Anaesth.* 2015;114: 801-7. <https://doi.org/10.1093/bja/aeu460>
28. Association of periOperative Registered Nurses-AORN (US). Guidelines for perioperative practice [Internet]. 2015 [cited 2019 Sep 24]. Available from: <https://www.aorn.org/guidelines/about-aorn-guidelines>

29. Warwick VR, Gillespie BM, McMurray A, Clark-Burg KG. The patient, case, individual and environmental factors that impact on the surgical count process: an integrative review. *Br J Perioper Nurs*. 2019;32(3). <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1057>
 30. Khaled A, Achbouk A, Belmir R, Cherkab L, Ennouhi MA, Ababou K, et al. Brulure par plaque de bistouri électrique: a propos de quatre Cas. *Ann Burns Fire Disasters [Internet]*. 2010[cited 2019 Sep 24];23(3):151-4. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3188265/#__ffn_sectitle
 31. Xiaoling W, Jung TY, Yee OS, Li GM. Clinical nursing handovers for continuity of safe patient care in adult surgical wards a best practice implementation project. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2019;17(5):1003-15. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-004024>
 32. Zegers M, Bruijne MC, Spreeuwenberg P, Wagner C, Groenewegen, PP, Wal GVD. Quality of patient record keeping: an indicator of the quality of care? *BMJ Qual Saf*. 2011;20:314-8. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2009.038976>
 33. Klein AGS, Bitencourt JVOV, Dal Pai D, Wegner W. Nursing records in the perioperative period. *Rev Enferm UFPE*. 2011;5(5):1096-104. <https://doi.org/10.5205/reuol.1302-9310-2-LE.0505201103>
 34. Ramos S, Karolinski A, Romero M, Mercer R. A comprehensive assessment of maternal deaths in Argentina: translating multicentre collaborative research into action. *Bull WHO*. 2007;85(8):569-648. <https://doi.org/10.2471/BLT.06.032334>
 35. Adelman JS. Risk of wrong-patient orders among multiple vs singleton births in neonatal intensive care units. *JAMA Pediatr*. 2019;173(10):979-85. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.2733>
 36. Ning S, Yan MTS, Downie H, Callum J. What's in a name? patient registration errors and their threat to transfusion safety. *J Transfus*. 2018;58(12):3035-6. <https://doi.org/10.1111/trf.14830>
 37. Pettker CM. Systematic approaches to adverse events in obstetrics. *Semin Perinatol*. 2017;41(3):151-5. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2017.03.003>
-