

Postura de los enfermeros de una unidad de terapia intensiva frente al error: un abordaje utilizando referenciales bioéticos¹

Rita de Cássia Pires Coli²

Marcio Fabri dos Anjos³

Luciane Lucio Pereira⁴

El objetivo de este trabajo es analizar, a partir de referenciales de la bioética, la postura de los enfermeros frente a la ocurrencia de errores en procedimientos de enfermería, en una unidad de terapia intensiva (UTI). Se trata de investigación descriptiva, bajo abordaje cualitativo, realizado con 14 enfermeros de una UTI, en un hospital privado de Sao Paulo. El análisis de los resultados fue realizado según la propuesta de análisis de contenido de Bardin. Los resultados evidenciados fueron: reconociendo ser falible, reconociendo y comunicando el error, y omitiendo el error. Los relatos de los enfermeros formaron la base para las consideraciones apuntadas a la luz de los referenciales bioéticos; la responsabilidad frente al error supone el reconocimiento de las propias vulnerabilidades, asumir el error con responsabilidad supone condiciones éticas en las relaciones entre las personas involucradas y el error tiene un ambiente. Este estudio propicia repensar la práctica de enfermería guiada por la bioética, recurriendo al análisis del error enfocado en las relaciones entre los involucrados.

Descriptores: Errores Médicos; Bioética; Atención de Enfermería/Ética; Responsabilidad Social; Vulnerabilidad.

¹ Artículo parte de la Disertación de Maestría "O erro em procedimentos de enfermagem na unidade de terapia intensiva sob a ótica da bioética", presentada al Centro Universitário São Camilo, SP, Brasil.

Centro Universitário São Camilo, SP, Brasil:

² Enfermera, Profesor. E-mail: rita.coli@uol.com.br.

³ Bioeticista, Filósofo, Teólogo, Profesor Doctor. E-mail: mfabri@terra.com.br.

⁴ Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Doctor. E-mail: luciane@saocamilo-sp.br.

Correspondencia:

Rita de Cassia Pires Coli
Centro Universitario São Camilo
Rua Raul Pompeia, 144
Bairro: Vila Pompeia
Cep: 05025-010 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: rita.coli@uol.com.br

Postura dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva frente ao erro: uma abordagem à luz dos referenciais bioéticos

O objetivo deste trabalho é analisar, a partir dos referenciais da bioética, a postura dos enfermeiros diante de ocorrência de erros em procedimentos de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI). Trata-se de pesquisa descritiva, sob abordagem qualitativa, realizada com 14 enfermeiros de UTI de um hospital privado de São Paulo. A análise dos resultados foi realizada segundo a proposta de análise de conteúdo de Bardin. Os resultados evidenciados foram: reconhecendo ser falível, reconhecendo e comunicando o erro, e omitindo o erro. Os relatos dos enfermeiros formaram a base para as considerações apontadas à luz dos referenciais bioéticos: a responsabilidade diante do erro supõe o reconhecimento das próprias vulnerabilidades, assumir o erro com responsabilidade supõe condições éticas nas relações entre as pessoas envolvidas e o erro tem um ambiente. Este estudo propicia repensar a prática de enfermagem pautada na bioética, recorrendo à análise do erro focada nas relações entre os envolvidos.

Descritores: Erros Médicos; Bioética; Cuidados de Enfermagem/Ética; Responsabilidade Social; Vulnerabilidade.

The Attitudes of Nurses from an Intensive Care Unit in the Face of Errors: an Approach in Light of Bioethics

This study analyzed the attitudes of nurses concerning the occurrence of errors in nursing procedures carried out in an Intensive Care Unit (ICU) based on the bioethics framework. This descriptive study with qualitative approach was carried out with 14 nurses from a private hospital in the city of São Paulo, Brazil. Results were analyzed according to Bardin's proposal of content analysis. The resulting themes were: acknowledging one's fallibility; acknowledging and reporting errors; hiding errors. The nurses' reports are based on considerations through the lens of bioethics: taking responsibility for an error implies acknowledging one's own vulnerabilities; acknowledging an error with responsibility implies ethical conditions in the relationships among those involved; and errors are in the context of a particular environment. This study enables re-thinking nursing practice based on bioethics, resorting to the analysis of errors focusing on the relationships between those involved.

Descriptors: Medical Errors; Bioethics; Nursing Care/Ethics; Social Responsibility; Vulnerability.

Introducción

Los profesionales de enfermería, en su práctica diaria, deben prevenir la ocurrencia de errores, ya que necesitan asegurar al paciente el derecho a la asistencia libre de perjuicios y propiciar el cuidar saludable y seguro. Entretanto, se reconoce que esos profesionales, como cualquier ser humano, son falibles, capaces de cometer errores.

El libro *To Err is Human: Building a Safer Health System*, publicado en 2000, por el *Institute of Medicine* (IOM), en los EUA, fue considerado un marco, porque abordó el estudio de los errores y eventos adversos. Ese estudio fue realizado en diversas instituciones de salud, dando inicio a numerosas discusiones sobre la seguridad de la asistencia prestada al paciente⁽¹⁾.

El error puede ser definido como el uso no intencional de un plano incorrecto para alcanzar un objetivo (error de ejecución), o la no ejecución satisfactoria de una acción planificada (error de planificación)⁽²⁾.

Sin embargo, no todo error resulta en daño. Errores que resultan en perjuicios o lesiones son frecuentemente denominados eventos adversos o problemas provenientes de intervenciones realizadas por profesionales de salud y no relacionadas a condiciones intrínsecas del paciente, sin embargo no todos los eventos adversos son relacionados a errores⁽³⁾.

En este estudio, los términos "evento adverso", "iatrogenia" y "error" serán tratados como sinónimos.

Desde el inicio de la enfermería moderna existe la preocupación con el error en la práctica asistencial, entretanto, cambios en los estándares de la asistencia vienen surgiendo con la bioética, vista como un nuevo dominio de la reflexión que considera el ser humano en su dignidad y totalidad, incluyendo en ella la seguridad del paciente, cuando asistido por el profesional de la salud. La bioética surge con la responsabilidad de conducir a los profesionales de salud a reflexionar sobre sus conductas.

Cuestionar valores, repensar y redefinir praxis en el actuar profesional, a la luz de la bioética, representa para la enfermería tomar conciencia de la dimensión de su trabajo, que es el cuidar.

Sin embargo, muchos de aquellos que se dedican a estudios por medio de la bioética, no tiene la preocupación con los asuntos de lo cotidiano, pocos procuran estudiar lo que sucede en el día a día. Fundamentalmente, lo que ocurre en el día a día es la relación del profesional de salud con su paciente, y las dos partes, profesionales y pacientes, son vulnerables en esa relación⁽³⁾.

La bioética no debe ser reducida a principios, pero, no se puede negar que la "corriente principialista" es una de sus características más fuertes⁽⁴⁾.

La propuesta principialista de Beauchamp y Childres tuvo gran impacto en el desarrollo de la bioética y su éxito se debe, en parte, a la simplicidad de sus propuestas teóricas y a la fácil aplicación de la teoría a la toma de decisiones en los casos concretos de la biomedicina y, en parte, al acierto en la elección de los principios (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) que verdaderamente contienen los puntos cardinales de la vida moral⁽⁴⁾.

El principialismo, a pesar de necesario, tiene una fuerte fundamentación deontológica y, por lo tanto, insuficiente para permitir una reflexión filosófica y ética de modo más profundo y amplio. Poco a poco,

delante de situaciones bioéticas más complejas, se verificó el reduccionismo y la insuficiencia relativa de la teoría de los principios. Surge, entonces, la propuesta de sustitución de "principios" por "referenciales" (que mantiene la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia y acrecienta otros referenciales como la dignidad, privacidad, responsabilidad, prudencia, vulnerabilidad, entre otros). Esos referenciales están libres para la interacción que la situación en análisis podría exigir: derechos, deberes, valores, sentimientos, compromisos, en plena libertad de actuación pluralista, inter y transdisciplinar⁽⁵⁾.

Vale destacar que los referenciales bioéticos fueron adoptados para la elaboración de este estudio, debido a su mayor amplitud y contextualización para las discusiones bioéticas.

En la literatura, los estudios que abordan el error bajo el punto de vista de la bioética son incipientes, por lo tanto, el objetivo de este estudio es analizar, a partir de los referenciales de la bioética, la postura de los enfermeros delante de la ocurrencia de errores en procedimientos de enfermería en la unidad de terapia intensiva (UTI).

Trayectoria Metodológica

Para desarrollar este estudio se optó por realizar una investigación descriptiva bajo abordaje cualitativo. En la investigación cualitativa existe la preocupación con el nivel de realidad que no puede ser cuantificado, se trabaja con el universo de significados, con la vivencia, con la experiencia, con lo cotidiano, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, lo que corresponde al espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a la operacionalización de variables⁽⁶⁾.

La investigación fue realizada con 14 enfermeros que actuaban hace más de un año en la asistencia directa al paciente en una unidad de terapia intensiva adulto (UTI-A), de un hospital privado de gran porte de la ciudad de Sao Paulo, que habían presenciado la ocurrencia de errores durante su trabajo y que aceptaron colaborar con el estudio. La elección del local fue hecha por concentrar la realización de mayor número de procedimientos de enfermería y porque la presencia del enfermero en la asistencia directa es más constante.

La elección de los participantes ocurrió por sorteo de una lista de 25 enfermeros asistenciales de la UTI-A, facilitada por la institución. El número de entrevistados no fue predefinido, ya que se utilizó el criterio de

saturación de la muestra⁽⁶⁾.

Después de apreciación y aprobación del Protocolo, bajo n°115/8, por el Consejo Administrativo de la Institución donde la investigación fue realizada y por el Comité de Ética en Investigación, atendiendo los requisitos de la Resolución CNS n° 196/96, se inició la recolección de datos.

Las entrevistas fueron planificadas de acuerdo con la disponibilidad de los enfermeros y realizadas en local privado, conforme elección del entrevistado. Fue garantizado el anonimato del entrevistado, así como esclarecida la propuesta del estudio. El término de consentimiento libre y esclarecido (TCLE) fue leído, elucidado y firmado por el sujeto de la investigación y por la investigadora.

Los datos fueron recolectados por medio de entrevista semiestructurada, con la utilización de un guión, validado después de la realización de la prueba piloto. El guión fue compuesto por preguntas orientadoras que posibilitaron el alcance de los objetivos propuestos:

- ¿durante su trabajo, en la UTI, usted presenció la ocurrencia de errores por parte de los profesionales de enfermería? Narre una situación de error que le llamó la atención y resultó en daño para el paciente;
- ¿qué usted observa que sucede, con más frecuencia, delante de la ocurrencia de un error. ¿Por qué?
- delante del error - ¿qué se podría hacer que fuese ideal?

Las respuestas fueron anotadas y grabadas en cintas magnéticas. El contenido fue transcrito totalmente, buscando mantener la riqueza de las declaraciones, para posterior análisis.

La recolección de datos duró aproximadamente 30 días (octubre/2008) y el tiempo de entrevista varió de 20 a 50 minutos.

Para el presente estudio, se adoptó la metodología de análisis de contenido, propuesta por Laurence Bardin, que se define como un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones con el objetivo de obtener, por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, indicadores que expresan la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (variables inferidas) de estas mensajes⁽⁷⁾.

Después de la *lectura fluctuante*, los datos fueron transcritos. Para la transcripción fueron consideradas las reglas de *exhaustividad* – todo discurso fue transcrito totalmente, ningún diálogo fue omitido; *representatividad* – los resultados obtenidos para la muestra fueron

generalizados al todo; *homogeneidad* – todas las entrevistas fueron realizadas de forma semejante por la investigadora, utilizando el mismo guión; *pertinencia* – las preguntas orientadoras fueron validadas en la prueba piloto y atendieron el objetivo propuesto, y *exclusividad* – los discursos fueron clasificados en una única categoría⁽⁷⁾.

Para la construcción de las categorías, se utilizó de la *relevancia* y de la *repetición* de elementos significativos, contextualizando la misma idea, por medio de recortes extraídos de los textos. Finalmente, se realizó el *tratamiento de los resultados*, que corresponde a la última etapa del análisis de contenido.

Resultados y Discusión

Los relatos de los enfermeros presentan las reacciones expresadas a respecto de su postura frente al error en procedimientos de enfermería. De un lado, se percibe una postura de reconocimiento del error, reconocimiento de que, mismo sin querer, se puede errar y la importancia de comunicar el error. Por otro lado, aparece la omisión del error, mostrando que el mismo no siempre es comunicado. De esa forma, los resultados fueron contextualizados y analizados como sigue.

Reconociendo ser falible: los sujetos de la investigación se perciben como personas que pueden cometer errores, reconocen que, mismo sin querer, el error puede suceder. Piensan que lo ideal sería no errar, ya que defienden que ningún error es intencional y, por esa razón, los enfermeros resaltan que la atención en la actividad debe ser redoblada: el ideal era no errar, ¿verdad? Pero... como no se puede... El ideal es no errar (E1). Todo el mundo cometes errores, ¡es obvio! Pero hay que tener más cuidado cuando se trata de un ser humano. Pasar tinta azul en la pared y usted pasó blanco... usted va y pasa otra encima, sin embargo hay cosas que no tiene retorno, ¿verdad? (E8).

Reconociendo que "todos somos hombres y mujeres falibles e imperfectos, con limitaciones y defectos"⁽⁸⁾ y teniendo la conciencia de la susceptibilidad del ser humano al error, se puede afirmar que los profesionales de la salud son falibles, capaces de cometer errores.

Los sujetos de la investigación apuntan la importancia del reconocimiento de ser falible, sin dejar de preocuparse con el ser humano que está siendo cuidado. Es importante recordar que el reconocimiento del error es la base de la sabiduría para trabajar con él. Ese reconocimiento está relacionado a la vulnerabilidad del profesional, la cual será, de cierta forma, amenizada, si es consciente.

La vulnerabilidad, en su concepción más amplia, obliga al reconocimiento de que todas las personas pueden ser perjudicadas y requieren respeto. La contribución primordial de la enfermería es, entonces, tomar la vulnerabilidad como principio de su práctica y reconocer los profesionales como, humanos que son, sujetos vulnerables. Quien no acepta la vulnerabilidad y la interdependencia no es capaz de desarrollar actitudes de cuidado⁽⁹⁾.

Estudios recientes apuntan que es fundamental admitir la vulnerabilidad como condición humana y enfatizar sus 3 dimensiones: la que proviene de las limitaciones evolutivas de nuestro ser (niño, adolescente), la que se origina en precariedades a que estamos expuestos, en cuanto cuerpos orgánicos y funcionales (enfermedades y disfunciones); y aquella que proviene de tensiones de relaciones. Esas dimensiones ejemplifican el significado de la vulnerabilidad, además de los espacios de la ética en investigación⁽¹⁰⁾.

También es necesaria la comprensión de los dirigentes de las instituciones de la salud, de que los errores suceden porque existen fallas en el sistema por ellos administrados y no porque sus subordinados son incompetentes o irresponsables. De esa forma, en lugar de culpados para castigarlos, se puede, con eso, diagnosticar las fragilidades existentes en todo el proceso y adoptar medidas proactivas de prevención de riesgos⁽¹¹⁾.

Se observa, en los relatos, que el error no es intencional y que muchas veces el colaborador no percibe que está errando, siendo el error percibido por otra persona: *nadie comete errores intencionalmente, ningún error es intencional. A veces la persona está errando allí y no está percibiendo* (E2). *Así, no fue una cosa que ella quiso de propósito, no fue intencional* (E13).

Es importante reforzar aquí el concepto de deslices y lapsos que implica en acciones no previstas, a pesar de que la intención de actuar correctamente estuviese presente⁽²⁾.

Una acción puede tener efectos adversos sobre otra persona sin que el sujeto moral la tenga ofendido o tenga tratado injustamente. Entonces, para que exista ofensa moral, es preciso que el daño haya sido intencional e injusto. Cuando se infligen injustamente graves lesiones corporales o se perjudican seriamente otros intereses fundamentales de las personas, ahí sí se está delante de ejemplos de daños que son moralmente prohibidos por el principio de la no maleficencia⁽⁴⁾.

Se percibe, también, en las expresiones de los sujetos, la imposibilidad de mantener siempre la atención

concentrada en la actividad ejecutada, delante de lo que se descarta la intencionalidad direccionada para el error, lo que sería altamente perverso. La atención está relacionada a la prudencia y a la responsabilidad en la acción de cuidar.

La prudencia, en cuanto referencial de la bioética, abarca los sentidos de sensatez, moderación, comedimiento, cautela, cuidado, precaución, además de previsión, temperancia, sabiduría práctica, razonabilidad, englobando, también, experiencia, modestia y sentido común. La prudencia debe también incluir los conceptos de *sophrosyne* en el sentido socrático-platónico y *phronesis* (sabiduría práctica) en el sentido aristotélico⁽¹²⁾.

La prudencia, entendida como previsión y vigilancia, nos remite a la actitud del sujeto, a sus cualidades personales, a sus habilidades propias, particularmente a su facilidad de decidir y actuar realmente en el sentido que conviene en la situación, en el caso siempre singular en que es preciso tomar una decisión⁽¹³⁾.

También, se resalta que en el centro de toda ética, está el concepto de responsabilidad. Asumir responsabilidades es realizar valientemente la acción que se propone y reflexionar sobre ella, llevando en cuenta la situación concreta, en su singularidad y complejidad, y diversos señalizadores éticos, según su especificidad⁽¹³⁾.

Reconociendo y comunicando el error: los discursos muestran las creencias personales de los sujetos - no esconder, asumir y comunicar el error. Los enfermeros asumen que comunican el error para el médico y los jefes, sea este cometido por su equipo o por él propio: *lógico que usted tiene que tener conciencia que no se puede quedar errando todos los días pero, si sucede que usted comete un error, usted tiene que, primero que nada, asumir el error* (E1). *Entonces, es como te dije: el error realmente no debe ser ocultado* (E4). *Yo siempre busque por el equipo, ¿hizo alguna cosa equivocada? Comunica a las personas, entonces nosotros analizamos, porque el principal perjudicado es el paciente* (E5). *¡Yo paso de inmediato! Mismo que el error sea mío, ¿ok? Yo voy y relato. Tanto para los médicos como para los jefes. Entonces, eso no quiere decir que los míos sean ocultados no, porque a veces nosotras también los hacemos...* (E11).

Es importante destacar la preocupación de los enfermeros en comunicar el error, ya que resaltan la importancia de pensar en el paciente como principal perjudicado y que la situación podrá ser revertida más rápidamente y daños mayores podrán ser evitados si el error es comunicado.

Esa preocupación con el relato del error puede ser traducida en responsabilidad y prudencia del enfermero en tomar una actitud en relación al paciente afectado.

Algunos estudios evidencian que, para que un problema sea resuelto, hay necesidad de que primeramente sea reconocido y el próximo paso es tornar el problema público, a fin de estudiarlo y crear estrategias y métodos para resolverlo⁽¹⁴⁾.

Los relatos de los enfermeros corroboraron estudios en los cuales se cree que el entendimiento de la clara importancia del relato contribuye de forma positiva para que los errores sean aceptados y notificados espontáneamente⁽¹⁵⁾. La percepción del error y su inmediata comunicación son fundamentales para la implementación de intervenciones, a fin de restablecer lo más rápido posible las condiciones del paciente y minimizar o eliminar los perjuicios causados.

En este estudio, los sujetos investigados no enfatizaron la participación del paciente/familia en las preguntas que le dicen respecto. El paciente, en esa circunstancia, es pasivo y receptor del hacer del profesional de salud. Sin embargo, en una de las declaraciones, se percibe la preocupación del enfermero sobre la importancia de comunicar también a la familia: *ahí tuvo que hacer un informe de ocurrencia que tenemos aquí en el hospital para cuando sucede algún error... él (jefe) encaminó para la Comisión de Ética, las familias fueron comunicadas, todo correctamente, todo proceso legal que tenía que ser hecho* (E1).

Al cuidar del otro es preciso que el profesional de salud lo vea como ser humano que se encuentra muchas veces fragilizado y vulnerable. Cuando la relación establecida entre el profesional de salud y el enfermo está basada en respeto a la persona, se une la técnica a la ética del cuidar y el profesional sabrá reconocer su error junto al paciente y familia⁽¹⁶⁾.

Una de las principales responsabilidades de los profesionales de la salud, en la ocurrencia de un error, es informarlo al paciente. El paciente/familia tiene el derecho de saber la verdad y esa información es esencial para mantener la confianza en el trabajo del equipo.

Para el profesional, a pesar de reconocerse como falible, relatar el error también es una cuestión de confianza y, por lo tanto, es preciso que exista un ambiente estructural y relacional para que eso suceda.

Omitiendo el error: los enfermeros relatan que no siempre el error es comunicado, que el mismo es ocultado, principalmente cuando envuelve más personas o equipos. Recuerdan que lo ideal sería comunicar siempre, sin embargo las personas - inclusive él propio - omiten el error cuando saben que el mismo no traerá consecuencias inmediatas al paciente. De lo contrario, si existe la duda sobre las consecuencias para

el paciente, posibilidad de causar algún daño, o si el error fue observado por otro, el profesional informa el error: *ninguna conducta fue tomada, para todo siempre acaba ocultando los casos* (E4). *Y, a veces, cuando hacemos alguna cosa equivocada, nosotros también no comunicamos. Para ahí - si no es alguna cosa muy grave... Entonces usted lo coloca debajo de la mesa y... creo que eso sucede mucho* (E5). *Yo creo que, así, es un punto interesante: las personas omiten el error cuando ellas saben que aquello que ella hizo no va a traer consecuencias inmediatas al paciente [...]. Ahora, si ella hace un error y ella sabe que nadie lo vio, nadie percibió, yo creo que las personas omiten* (E13).

Algunos estudios apuntan que solamente una pequeña parcela de los errores son relatados en las instituciones hospitalarias, ya que estos solamente son informados cuando existe algún daño al paciente. Eso se debe a la "cultura de castigo", vigente en el sistema de salud, tornando, muchas veces, imposible la discusión crítica y constructiva de los hechos. La visión individual del proceso del error produce medidas punitivas y hasta expulsiones de los profesionales envueltos, llevando frecuentemente a la subnotificación del error, dificultando el desarrollo de mecanismos de prevención. Los profesionales del área de la salud también no son inmunes a lo incierto de la moral, dilemas y angustias, particularmente sobre preguntas que envuelven el error humano y son reluctantes en relatar y admitir el error en el cuidado a la salud⁽¹⁷⁾.

Se reconoce que la responsabilidad del profesional es la de comunicar el error, entretanto, la formación académica de médicos y enfermeros refuerza la premisa del desarrollo de un trabajo que debe ser libre de errores, generando un mensaje de que estos son inaceptables. Eso produce un entendimiento simplificado, haciendo con los errores sean encarados tan solamente como falta de cuidado, de atención y de conocimiento⁽¹⁸⁾.

Esa postura es exigida tanto por los profesionales, como por los propios pacientes, dificultando todavía más la comprensión del error de forma constructiva: *ino es permitido errar! Parece que siempre todo tiene que dar cierto. Como en las otras profesiones puede errar... en la nuestra no. Un error puede acabar con todo lo que usted hace* (E13).

Estudios resaltan que parece existir en el imaginario de los enfermeros una preocupación casi que exclusiva con las consecuencias para el paciente, como si apenas él las sufriese. Aunque sea incontestable que es quien se encuentra más vulnerable, dada la propia condición que lo llevó a la hospitalización, esas consecuencias extrapolan en mucho al paciente. Afectan al paciente, a los profesionales, a los familiares, a la institución de

salud y a la sociedad⁽¹¹⁾.

Consideraciones Finales

Este estudio posibilitó analizar, a partir de los referenciales de la bioética, la postura de los enfermeros delante de la ocurrencia de errores en procedimientos de enfermería, en la unidad de terapia intensiva (UTI).

Los relatos de los enfermeros formaron la base para las consideraciones que siguen apuntadas a la luz de los referenciales bioéticos.

La responsabilidad delante del error supone el reconocimiento de las propias vulnerabilidades – el error es la expresión de vulnerabilidad del sujeto. La búsqueda del reconocimiento de las propias vulnerabilidades es condición para asumir la responsabilidad delante del error. El estudio indica el reconocimiento de las limitaciones humanas, por las cuales los enfermeros se reconocen falibles y, por lo tanto, capaces de cometer errores. Ese reconocimiento es la base de la sabiduría para trabajar con el error. Reconocer que *errare humanum est* facilita que el profesional se perciba vulnerable en la realización de procedimientos de enfermería, durante su práctica diaria. Al contrario, el profesional que ignora su vulnerabilidad y la del paciente, puede cometer actos fallos por menospreciar sus posibilidades de error y/o por dificultar, con eso, un posicionamiento constructivo delante del error.

Asumir el error con responsabilidad supone condiciones éticas en las relaciones entre las personas envueltas - el reconocimiento y la comunicación del error demuestran la autonomía del sujeto para actuar de manera responsable y prudente. Sin embargo, cuando el

error no provoca daños, o no es percibido por terceros, los sujetos omiten el error. Eso hace pensar que la cultura punitiva todavía está vigente. Parece justo decir que relatar el error exige relación de confianza establecida entre profesional-paciente-institución. Tal confianza no representa connivencia, al contrario, permite el diálogo que abriga la reversión de lo que es posible en el error. Eso también tiene que ver con el ambiente en que el error ocurre.

El error tiene un ambiente – la percepción bioética del error sugiere situarlo en el contexto o ambiente en que sucede. Eso significa no reducirlo inmediatamente al profesional que cometió el error, y si admitir la hipótesis de que este puede tener orígenes también sociales e institucionales, además de los límites individuales. Ese ambiente se refiere a los orígenes del error y también a las formas de recepción de su ocurrencia. La conciencia sobre tal ambiente parece fundamental para todo el proceso ético de lidiar con el error.

Es importante resaltar que la bioética y la ética postulan la actuación de los profesionales de la salud más humanizada, ya que desarrollan la posibilidad de observar una postura crítica y reflexiva sobre las elecciones a ser hechas sobre el actuar.

En síntesis, este estudio propicia repensar la práctica de enfermería pautada en la bioética, recurrir al análisis del error enfocando también las relaciones entre los envueltos. Se debe recordar que el error sucede en una red de relaciones, por lo tanto, no debe ser visto de forma individual, o solamente técnica, y si principalmente relacional, buscando, de esa forma, la comprensión integral de la realidad.

Referências

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Committee on quality of health care in America, Institute of Medicine. Washington: National Academy Press; 2000.
2. Reason J. Human error. New York: Cambridge University Press; 1990.
3. Meira AR. Bioética e vulnerabilidade: o médico e o paciente. Rev Assoc Med Bras. 2004 jul-set; 50(1):249-50.
4. Ferrer JJ, Álvarez JC. Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricas na bioética contemporânea. São Paulo (SP): Loyola; 2005.
5. Hossne WS. Bioética: princípios ou referenciais. Mundo Saúde 2006 out-dez; 30(4):673-6.
6. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 20ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.
8. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. São Paulo (SP): Centro Universitário São Camilo; 2007.
9. Zoboli ELCP, Fracoli L. Bioética e ação em enfermagem em saúde coletiva. In: Barchifontaine CP, Zoboli ELCP, organizadores. Bioética, vulnerabilidade e saúde. Aparecida (SP): Idéias e Letras; 2007. p. 139-57.
10. Anjos MF. O corpo no espelho da dignidade e da vulnerabilidade. Mundo Saúde. 2005 julho-setembro; 29(3):325-35.
11. Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas na prática de enfermagem. In: Cassiani SHB, UETA J, organizadoras. A segurança de pacientes na utilização de medicação. São Paulo (SP): Artes Médicas; 2004. p. 111-21.
12. Hossne WS. Dos referenciais da bioética: a prudência. Bioethikos. 2008; 2(2):185-96.
13. Durand G. Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos. São Paulo (SP): Loyola; 2003.

14. Leape LL, Woods DD, Hatlie MJ, Kizer KW, Shroeder SA, Lundberg GD. Promoting patient safety by preventing medical errors. JAMA. 1998 October 28; 280(6):1444-7.
15. Carvalho VT, Cassiani SNB. Erros na medicação e conseqüências para os profissionais de enfermagem e clientes: um estudo. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2002 julho-agosto; 10(4):523-9.
16. Monteiro MAA, Barbosa RCM, Barroso MGT, Vieira NFC, Pinheiro AKB. Dilemas éticos vivenciados por enfermeiros apresentados em publicações de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2008 novembro-dezembro; 16(6):1054-9.
17. Freitas GF, Oguisso T, Merighi MAB. Ocorrências éticas de enfermagem: cotidiano de enfermeiros gerentes e membros da comissão de ética de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2006 julho-agosto; 14(4):497-502.
18. Carvalho M, Vieira AA. Erro médico em pacientes hospitalizados. J Pediatr. 2002; 78(4):261-8.

Recibido: 27.4.2009

Aceptado: 16.11.2009

Como citar este artículo:

Coli RCP, Anjos MF, Pereira LL. Postura de los enfermeros de una unidad de terapia intensiva frente al error: un abordaje utilizando referenciales bioéticos. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mai.-jun. 2010 [acceso en:];18(3):[08 pantallas]. Disponible en:

día

año

URL