



Segurança do paciente: compreendendo o erro humano na assistência de enfermagem em terapia intensiva*

Patient safety: understanding human error in intensive nursing care

Seguridad del paciente: comprendiendo el error humano en la asistencia de enfermería en cuidados intensivos

Sabrina da Costa Machado Duarte¹, Marlucci Andrade Conceição Stipp¹, Maria Manuela Vila Nova Cardoso¹, Andreas Büscher²

Como citar este artigo:

Duarte SCM, Stipp MAC, Cardoso MMVN, Büscher A. Patient safety: understanding human error in intensive nursing care. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03406. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017042203406>

* Extraído da tese: "Segurança do paciente no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva: compreendendo o erro humano", Programa de Pós-Graduação e Pesquisa, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Departamento de Metodologia da Enfermagem, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts und Sozialwissenschaften, Osnabrück, Alemanha.

ABSTRACT

Objective: To analyze the active failures and the latent conditions related to errors in intensive nursing care and to discuss the reactive and proactive measures mentioned by the nursing team. **Method:** Qualitative, descriptive, exploratory study conducted at the Intensive Care Unit of a general hospital. Data were collected through interviews, participant observation and submitted to lexical analysis in the ALCESTE® software and to ethnographic analysis. **Results:** 36 professionals of the nursing team participated in the study. The analysis originated three lexical classes: Error in intensive care nursing; Active failures and latent conditions related to errors in the intensive care nursing team; Reactive and proactive measures adopted by the nursing team regarding errors in intensive care. **Conclusion:** Reactive and proactive measures influenced the safety culture, in particular, the recognition of errors by professionals, contributing to their prevention, safety and quality care.

DESCRIPTORS

Patient Safety; Medical Errors; Critical Care Nursing; Intensive Care Units; Nursing Care.

Autor correspondente:

Sabrina da Costa Machado Duarte
Escola de Enfermagem Anna Nery,
Departamento de Metodologia da Enfermagem
Av. Afonso Cavalcanti, 275, Cidade Nova
CEP 20071-003 – Rio de Janeiro, RJ, Brasil
sabrina.cmduarte@gmail.com

Recebido: 28/10/2017
Aprovado: 17/07/2018

INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente é um princípio fundamental para o cuidado em saúde, e nos últimos anos houve um aumento substancial nas discussões sobre os danos associados à assistência. Atualmente, os erros relacionados à assistência à saúde são a terceira maior causa de morte nos Estados Unidos. No Reino Unido, estima-se a ocorrência de um acidente com dano a cada 35 segundos⁽¹⁾.

A publicação do relatório “To Err is Human: Building a Safer Health Care System” alertou a sociedade sobre a ocorrência de eventos adversos nas instituições hospitalares, estimando que entre 44 mil e 98 mil americanos morressem anualmente nos hospitais em decorrência de erros na assistência à saúde. Entretanto, quase duas décadas depois dessa publicação, e apesar da adoção de diversas estratégias recomendadas, os números de eventos adversos não diminuíram conforme o esperado⁽²⁾.

Os episódios de erro podem causar sérios danos à clientela, além de afetar quanti-qualitativamente as instituições. Para os profissionais, o erro é frequentemente relacionado a sentimentos de vergonha, culpa e medo de punições, dada a cultura punitiva existente, o que c para as omissões, perdendo-se a chance de conhecer e tratar adequadamente o erro.

Neste estudo, foi utilizado como referencial teórico a Teoria do Erro Humano de James Reason, também conhecida como “Modelo do Queijo Suíço”, que oferece compreensão e tratamento adequados das ocorrências, sem culpabilizar somente o profissional, destacando a necessidade de uma análise completa de todo o sistema organizacional⁽³⁾.

De acordo com a referida teoria, o erro é classificado em: “erro de execução – uso não intencional de um plano incorreto para alcançar um objetivo” e “erro de planejamento – não execução a contento de uma ação planejada”. Os erros anunciam a existência potencial de eventos adversos, compreendidos como incidentes que geram danos aos pacientes, e que, caso não sejam adequadamente valorizados, poderão realizar o seu potencial. Desta forma, as falhas ativas nos sistemas de defesa relacionam-se aos erros cometidos pelas pessoas, enquanto as condições latentes residem no sistema organizacional⁽⁴⁻⁵⁾.

Do ponto de vista gerencial, é importante compreender que erros acontecem principalmente devido às problemáticas no sistema organizacional, e não somente porque os profissionais cometem erros. É fundamental identificar as fragilidades existentes no processo, adotando-se medidas preventivas, pois reconhecer a real dimensão dos problemas será uma oportunidade ímpar para o aprimoramento da segurança do paciente^(4,6).

Nesse contexto, a Teoria do Erro Humano propõe o gerenciamento do erro por meio de medidas reativas e proativas, para que se melhore os processos organizacionais. As medidas reativas são as adotadas após a ocorrência do erro, e as medidas proativas objetivam a prevenção, evitando as ocorrências futuras e primando pela cultura de segurança organizacional⁽⁶⁾.

No que tange à assistência de enfermagem intensivista, cabe à equipe atuante “definir e monitorar indicadores de

avaliação da prevenção ou redução dos eventos adversos pertinentes à unidade, além de coletar, analisar, estabelecer ações corretivas, notificar eventos adversos e queixas técnicas à gestão de risco ou a outro setor, de acordo com as normas institucionais”⁽⁷⁾.

É fundamental que a notificação dos erros e eventos adversos pelos profissionais seja estimulada nas instituições, facilitando o conhecimento das ocorrências. Entretanto, devido à cultura punitiva ainda existente, as ocorrências, na maioria das vezes, são subnotificadas, dificultando o seu conhecimento real e a adoção de medidas proativas⁽⁸⁾.

Compreender a ocorrência do erro poderá estimular o profissional a realizar a notificação de forma adequada, o que contribuirá para mudar o panorama atual de subnotificações. Salienta-se a importância do investimento na cultura de segurança organizacional a partir da disseminação do conceito de segurança do paciente e das discussões não punitivas sobre o erro humano.

Deste modo, os objetivos deste artigo são: analisar as falhas ativas e as condições latentes relacionadas aos erros na assistência de enfermagem em terapia intensiva e discutir as medidas reativas e proativas referidas pela equipe de enfermagem.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Considerando a Teoria do Erro Humano, foi utilizado o método “Estudos de Questionário”⁽⁴⁾, que consiste na análise das respostas dos participantes sobre os tipos de erro e na observação destes quando expostos a situações estressantes, como os profissionais de enfermagem que atuam em terapia intensiva.

CENÁRIO

“O cenário do estudo foi o Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital geral, público e federal, integrante da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)”⁽⁹⁾. O CTI possui 22 leitos, divididos em três setores: CTI 1 (10 leitos), CTI 2 (9 leitos), e Anexo (4 leitos). Todos os setores são atendidos pela mesma equipe multiprofissional, que se subdivide de acordo com uma escala mensal.

A equipe de enfermagem era composta de 83 profissionais. Foram adotados como critérios de inclusão: ser funcionário estatutário/concursado público, “estar lotado no CTI, e atuar no setor há mais de 6 meses; e o de exclusão foi: estar afastado do CTI no período de coleta dos dados, por motivos de férias e licenças diversas”⁽⁹⁾.

COLETA DE DADOS

Depois da aplicação dos critérios descritos, foram selecionados 63 profissionais (22 enfermeiros e 41 auxiliares de enfermagem). Entretanto, participaram deste estudo 36 profissionais, 13 enfermeiros e 23 auxiliares de enfermagem, que atuam nos períodos diurno e noturno. Destaca-se que 06 (seis) profissionais se recusaram a participar referindo

desconforto frente às discussões sobre o erro humano e as eventuais ocorrências no CTI. Os outros 21 profissionais não se demonstraram disponíveis devido às múltiplas atividades laborativas realizadas e às trocas de plantão⁽⁸⁾.

O perfil dos participantes foi caracterizado a partir das variáveis sexo, categoria profissional, idade, tempo de formação e tempo de atuação no CTI. Os dados foram coletados entre julho e setembro de 2013, utilizando-se de entrevistas individuais⁽⁸⁾ e observação participante. O roteiro de entrevista semiestruturada apresentava perguntas sobre a compreensão e o posicionamento profissional diante do erro na assistência, além dos fatores causais e preventivos acerca do erro. “As entrevistas foram gravadas em MP4 e transcritas posteriormente”⁽⁹⁾.

O roteiro de observação participante direcionou a atividade por tópicos, sobre a adequação do cenário à segurança, a inter-relação dos participantes e a identificação de possíveis situações de erro. Foram 130 horas de observações relatadas em diário de campo.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

“A análise dos dados foi do tipo lexical, sendo utilizado o *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* – ALCESTE®. Os dados provenientes da observação foram submetidos à análise etnográfica, e os resultados foram apresentados de forma complementar aos que foram gerados pelo ALCESTE®”⁽⁹⁾.

Para essa análise, foi preparado um *corpus*, que originou “três classes lexicais, nomeadas de acordo com a análise dos significados e sentidos das palavras correspondentes e das Unidades de Contexto Elementar (UCE) mais significativas, a saber: O erro na assistência de enfermagem em terapia intensiva (classe 3)”⁽⁹⁾; Falhas ativas e condições latentes relacionadas ao erro da equipe de enfermagem na terapia intensiva (classe 2); e Medidas reativas e proativas adotadas pela equipe de enfermagem frente ao erro na terapia intensiva (classe 1).

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições proponente e coparticipante, conforme os pareceres 229.926 de 26/03/2013 e 292.974 de 10/06/2013, respectivamente, “sendo respeitados todos os aspectos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde”⁽⁹⁾.

RESULTADOS

Dos 36 participantes, 64% eram auxiliares de enfermagem e 36% enfermeiros. Predominou o sexo feminino (81%), a faixa etária variou de 30 a 59 anos. Quanto à formação profissional, 40% possuíam menos de 10 anos de formação e 73% atuavam de 4 a 10 anos no CTI. Todos os auxiliares de enfermagem participantes possuíam formação técnica em enfermagem, entretanto, foram contratados pelo Ministério da Saúde como auxiliares de enfermagem por concurso público.

“O *corpus* analisado obteve 74% de aproveitamento, com 4.466 formas distintas ou palavras analisáveis, 1.181 UCE selecionadas, das quais 73% foram classificadas em três classes, divididas em dois blocos temáticos. O primeiro bloco temático originou apenas a classe 3 e obteve representatividade de 34% do total do *corpus*, composto de 161 palavras analisáveis e 292 UCE”⁽⁹⁾. O segundo bloco temático originou as classes 1 e 2, a classe 1 obteve representatividade de 37% do *corpus*, que foi constituído por 124 palavras analisáveis e 324 UCE, e a classe 2 apresentou representatividade de 29%, 129 palavras analisáveis e 251 UCE.

O ERRO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA

A identificação do erro na assistência de enfermagem no CTI foi relacionada às variáveis sexo feminino e idade entre 20 e 30 anos. “Os erros de medicamento foram ilustrados pelas palavras: medicação (Khi2 101), paciente (Khi2 75), colocar (Khi2 45) e trocar (Khi2 42)”⁽⁹⁾, as quais remeteram aos erros no preparo e administração dos medicamentos.

A gente tem um sistema de colocar o soro para diluir todas as medicações. Pega com a seringa e agulha aquele soro e dilui todas as medicações e acaba contaminando (UCE 1065).

Já aconteceu do paciente estar com febre e eu fiz uma dipirona, e eu não comuniquei à equipe e não está checado, e pode ser que seja feita de novo. Às vezes, o médico pede alguma coisa, como aconteceu no leito dois e nem era uma emergência, era uma troca de tubo, e é entre a gente mesmo. Ele pede uma dipirona, e a gente não lança no balanço e na prescrição (UCE 158)⁽⁹⁾.

Também foi referida a utilização inadequada das bombas infusoras.

Às vezes não sabe manipular direito a bomba ou falta de atenção. Já aconteceu, como um ‘dormonid’ que tem que correr até amanhã, e você olha 2 horas depois e já entrou tudo, e aí o paciente está hipotenso e todo descompensado (UCE 283)⁽⁹⁾.

“O alarme de uma bomba infusora disparou durante 15 minutos sem que ninguém verificasse o que estava acontecendo. Desta forma, silencieei o alarme e verifiquei que a solução salina com eletrólitos que estava sendo infundida havia terminado. Comuniquei a equipe, que instalou nova solução após a minha solicitação” (Trecho do diário de campo)⁽⁹⁾.

A alteração e os erros de prescrição também foram citados: *Na medicação, um erro que eu vejo mais frequente não é a troca de medicação, geralmente é a prescrição com o que está na bomba, a medicação que está correndo, mas não está prescrita e medicação que está prescrita e não está correndo* (UCE 805)⁽⁹⁾.

A não elevação das grades do leito foi relacionada pelos profissionais ao risco de queda, identificada por meio das palavras leito (Khi2 41) e grade (Khi2 26)”⁽⁹⁾.

Às vezes você entra no leito e esquece realmente a grade abaixada (UCE 24)⁽⁹⁾.

“Ao acompanhar o banho no leito realizado por um técnico de enfermagem, identifiquei que ele saiu quatro vezes de perto do leito para buscar material, deixando a paciente, que estava acoplada à prótese ventilatória através de Tubo

Orotraqueal e sedada, com cabeceira a zero grau, exposta e com todas as grades abaixadas” (Trecho do diário de campo)⁽⁹⁾.

“A não elevação das grades também foi relacionada à qualidade do mobiliário utilizado, que pode apresentar dificuldade no travamento”⁽⁹⁾:

A grade que abaixa é rente e se você não colocar ela direito, ela vai abaixar. Então você pode não travar ela direito e ela abaixar. Tem outros problemas também em relação à cama, aos fios, porque ela fica colada ao colchão, e quando você abaixa, se você não observar tudo o que tem em volta, você arranca uma sonda, então, além da cama ser ruim, a grade também não é boa (UCE 132-133)⁽⁹⁾.

“As extubações não programadas/acidentais foram relacionadas à realização dos exames de radiografia no leito e associada à palavra: raio x (Khi2 36)⁽⁹⁾.

E você vai olhar e o paciente está com aquilo bonitinho, está ventilando, mas está desposicionado, porque, às vezes, por exemplo, o raio x passou, tracionou e você olhava de longe e achava que estava tudo bem, mas quando você vai ver... (UCE 804)⁽⁹⁾.

FALHAS ATIVAS E CONDIÇÕES LATENTES RELACIONADAS AO ERRO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA TERAPIA INTENSIVA

Esta classe não apresentou relação com nenhuma variável específica, e destacaram-se as palavras: treinamento (Khi2 50), serviço (Khi2 45), educação (Khi2 43) e permanente (Khi2 37), o que pode ser associado à necessidade de educação permanente e treinamento em serviço.

Eu sempre trabalhei em CTI, passei a maior parte da minha vida em CTI, e a gente vê que o CTI é um setor que você precisa de treinamento e cai um funcionário que não tem habilidade e ele ouve assim, que é tudo fácil (UCE 1147).

“Ocorrências como a utilização inadequada de capotes, luvas e máscaras, não elevação das grades do leito e realização inadequada das técnicas poderiam ser sanadas com treinamento em serviço e estratégias de capacitação. Os profissionais da equipe de enfermagem queixaram-se quanto à falta de treinamento frente às novas tecnologias, o que contribui para a falta de comprometimento da equipe” (Trecho do diário de campo).

Nessa reunião que tivemos agora com o chefe, ele até colocou que ele, em parceria com o Centro de Estudos, vai capacitar esse pessoal de contrato que chegou. Tem gente que fez alguns plantões de dia, mas não adianta nada porque a rotina de dia também é cheia de serviço e não tem tempo para ficar ensinando, e a gente, à noite, menos ainda (UCE 974).

A formação profissional deficiente e a contratação de profissionais sem experiência e treinamento foram relacionadas à ocorrência de erros:

Eu acho que quando se contrata para uma terapia intensiva, tem que ver. Em serviço público, vai contratando sem ter aquela pesquisa, aquele olhar mais criterioso. Enfim, aconteceu de entrarem pessoas totalmente despreparadas, umas até com boa vontade de aprender, mas que nunca trabalharam nessa área (UCE 735).

A sobrecarga de trabalho e o quantitativo deficiente de profissionais foram associados às palavras carga (Khi2 26), escala (Khi2 26) e funcionários (Khi2 20).

A enfermagem é muito sobrecarregada, não só no setor, como muitas vezes os que vêm de outros plantões, e há a necessidade de você estar buscando uma melhor qualidade de vida em dois, três empregos (UCE 208).

“Ao chegar ao setor, encontro os profissionais da equipe de enfermagem, da rotina e da chefia estressados e desestimulados, bastante queixosos quanto às condições de trabalho no CTI e o déficit no número de profissionais” (Trecho do diário de campo).

A sobrecarga e os múltiplos vínculos empregatícios geram cansaço, falta de atenção, de empenho e insatisfação profissional, destacados por intermédio da palavra “cansa” (Khi2 17).

Eu acho que pessoa está cansada porque vem de outro, porque a carga horária é ruim, porque a pessoa tem que ter dois empregos e aí, às vezes, tá de 24 ou 36 horas e isso tudo atrapalha o desenvolvimento do trabalho (UCE 123).

A insatisfação com relação aos recursos materiais e à falta de manutenção foi citada, destacando-se problemas com o monitor de transporte do setor:

“Eu peguei o monitor imediatamente e falei para sumir com ele daqui, tanto é que sumiram com ele. Eu falei, chamei o técnico responsável e falei que tinha pedido pra ele ver e ele não viu, então eu falei que não queria mais ele aqui, e, se tivesse exame, eu não ia descer por causa dele (...) Porque já tem meses que a gente pede pra ver esse monitor e teve que acontecer uma coisa assim pra ter uma solução mais drástica, pra levar o monitor e dar um jeito, e ele trouxe outro no mesmo dia (UCE 516-517)⁽⁹⁾.

MEDIDAS REATIVAS E PROATIVAS ADOTADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO ERRO NA TERAPIA INTENSIVA

Nesta classe, as principais variáveis relacionadas foram o sexo masculino e o tempo de atuação no CTI maior que 11 anos. As palavras analisáveis remeteram ao posicionamento da equipe de enfermagem frente ao erro no CTI, destacando-se as palavras erra (Khi2 65), tenta (Khi2 55), fala (Khi2 25), conversa (Khi2 24), pensa (Khi2 20), sou (Khi2 21) e resolver (Khi2 16). Evidenciou-se a necessidade da comunicação efetiva entre os profissionais, o que pode interferir na ocorrência e na prevenção do erro.

Eu procuro evitar. Eu tenho mania de falar assim: gente, vou colocar medicação no paciente. Vê também, porque se eu errar, está todo mundo errando junto. É brincadeira, mas às vezes, o olhar do outro ajuda mais. Todo ser humano é passível de erro, mas o erro na enfermagem é muito complicado porque a gente lida com vidas, então, são erros muitas vezes irreparáveis, a diferença é essa (UCE 1139).

Os participantes relacionaram as atividades de liderança e supervisão exercidas pelo enfermeiro à prevenção e à ocorrência de erros no CTI.

A liderança também é exercida de forma natural, então, eu procuro dessa forma diminuir o máximo de erros que têm na equipe e vou trabalhando da melhor forma possível dentro da técnica (UCE 335).

A subnotificação do erro foi relacionada ao medo de críticas e a dificuldades de convivência interpessoal no ambiente de trabalho, por meio da palavra equipe (Khi2 31).

A equipe gosta de criticar, apontar. Quando junta todo mundo, há um pouco de crítica. Quando você tenta perguntar antes, eu acho que eles até tentam te ajudar, te explicar, mas se você errou, eles falam do seu erro (UCE 990).

E não tem muita discussão, só falamos normalmente. E depende de onde partiu o erro. Alguns falam e alguns tentam não revelar facilmente. A gente vê, mas a pessoa não assume (UCE 59).

“A enfermeira plantonista queixou-se quanto à grande quantidade de erros médicos e que estes são silenciados pela equipe, diferentemente dos erros envolvendo a equipe de enfermagem, tratados de forma crítica e negativa” (Trecho do diário de campo).

Foi identificada a necessidade de discutir a ocorrência do erro no CTI, por meio dos vocábulos conversa (Khi2 24), situação (Khi2 18) e resolver (Khi2 16).

Não, não se tem conversa, nem de melhoria, nem de erros. Você não houve conversa de melhoria, só de grupos fechados, tipo sentar eu e outra colega e conversar sobre o que a gente achou interessante, mas sentar todo mundo, não (UCE 589).

Ao identificar o erro, os profissionais buscam inicialmente resolver o problema, causando o “menor dano possível” ao paciente, com destaque para a importância da compreensão do erro, evitando novas ocorrências e solucionando o problema instalado.

Eu acho o erro inevitável. Os profissionais conseguem lidar com ele, a maioria positivamente. Primeiro, é tentar minimizar os efeitos desse erro, depois a gente senta com quem provocou para tentar entender o porquê do erro e tentar evitar que ele aconteça novamente (UCE 2).

DISCUSSÃO

Ao analisar as variáveis relacionadas aos participantes, identificou-se um grupo heterogêneo, que pode interferir nos processos de aprendizagem e treinamento, pois os profissionais mais antigos aprendem de forma diferente dos recém-formados⁽¹⁰⁾. No grupo estudado, 60% dos entrevistados possuíam mais de 10 anos de formação, o que pode resultar em conflitos na aprendizagem e um desenvolvimento menos eficaz.

Destaca-se a importância de estimular a integração do trabalho em grupo, visando ao adequado trabalho em equipe, encorajando esforços e oferecendo um ambiente favorável às relações pessoais, o que poderá contribuir para a segurança do paciente.

O ERRO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA

Os erros identificados foram provenientes do julgamento dos profissionais entrevistados. Destaca-se que, mais do que apontar o erro, é necessário conhecê-lo e permitir que o profissional realize juízo de valor sobre as suas ações.

Na Teoria do Erro Humano, o erro associa-se a duas formas de abordagem: a abordagem pessoal e a abordagem do sistema, relacionadas a diferentes filosofias de gerenciamento. Os erros identificados relacionaram-se à abordagem do sistema, que considera o ser humano falível e o erro esperado em todas as organizações, este associado a fatores sistêmicos⁽⁴⁾.

Os erros são classificados de acordo com o estágio cognitivo de ocorrência, dependendo da ação envolvida, que pode ser o planejamento (enganos), o armazenamento (lapsos) e a execução (deslizes)⁽⁴⁾. Os erros de planejamento foram relacionados ao processo de decisão ou planejamento da ação, como os erros no preparo de medicamentos. Os erros de armazenamento e execução foram exemplificados pela não elevação das grades do leito e pelo manuseio incorreto de equipamentos.

Os estágios cognitivos se inter-relacionam, e, dependendo da situação, os erros podem ser associados a mais de um estágio, como, por exemplo, o erro de medicamento, que pode ser preparado de forma errada devido ao planejamento incorreto da ação (engano), armazenado de forma inadequada no setor (lapso) e administrado fora do horário prescrito, no paciente errado, por via ou técnica de administração errada (deslize).

O processo de medicação envolve várias etapas, que vão desde a prescrição até a administração do fármaco. A enfermagem atua nas etapas de preparo e administração de medicamentos, devendo atender aos nove certos, que englobam: “paciente certo, medicação certa, via certa, dose certa, hora certa, registro certo, conhecer a ação, apresentação farmacêutica e monitorar o efeito”⁽¹¹⁾. “Além disso, é fundamental esclarecer dúvidas e identificar o medicamento com o nome do paciente, leito, nome do medicamento, via de administração, gotejamento e tempo de infusão”⁽¹²⁾.

Essas etapas estão relacionadas aos princípios básicos da enfermagem e às normas e rotinas institucionais, e o seu não atendimento interfere na segurança do paciente. Estudo que analisou 339 erros de medicamento identificou que 291 desses erros estavam diretamente relacionados à mão de obra, ou seja, aos profissionais que executam a ação. Destes, 43,4% foram relacionados à medicação certa, 27,4% ao registro certo, 12,1% ao paciente certo, 11,2% ao horário certo, 3,2% à via certa, e 2,7% à dose certa⁽¹³⁾.

A queda é outra ocorrência considerada comum nos hospitais, apontada como responsável por dois eventos adversos a cada cinco ocorrências. “As lesões decorrentes das quedas ocorrem entre 15% e 50% dos eventos, resultando em grande variedade de danos, como síndrome pós-queda, aumento da morbidade, comprometimento da recuperação e aumento do prazo de hospitalização”^(9,14). “Os prejuízos da queda também estão relacionados ao tempo de permanência na instituição hospitalar e ao aumento dos custos do cuidado”^(9,15).

As extubações não programadas/acidentais foram relacionadas à realização de exames de radiografia no leito e outros procedimentos, e observou-se que nenhum profissional da equipe de enfermagem acompanhava o procedimento a fim de auxiliar e evitar possíveis intercorrências, dada a sobrecarga de trabalho existente.

A extubação acidental possui um gerenciamento de risco menos efetivo em relação às demais ocorrências, e é uma preocupação frequente em terapia intensiva, podendo ser relacionada a fatores clínicos – como agitação psicomotora do paciente, inadequada fixação do dispositivo ventilatório e falta de sedação – e

também a fatores sistêmicos, como inexperiência profissional, quantidade insuficiente de pessoal, entre outros⁽¹⁶⁾.

Para a prevenção das situações descritas e modificação da realidade, é fundamental o engajamento da equipe multiprofissional e dos gestores, investindo-se em uma comunicação clara e eficaz para a identificação das ocorrências. Dessa forma, será possível buscar barreiras, defesas e salvaguardas eficazes, uma vez que as fragilidades do sistema serão conhecidas.

FALHAS ATIVAS E CONDIÇÕES LATENTES RELACIONADAS AO ERRO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA TERAPIA INTENSIVA

As falhas nas barreiras e salvaguardas dos sistemas de defesa organizacionais possuem a função de proteger as vítimas das situações de risco casual. As fraquezas implícitas no sistema sempre existirão e poderão ocorrer por falhas ativas e condições latentes⁽⁶⁾.

As falhas ativas são cometidas pelas pessoas que prestam o atendimento na ponta final do sistema, como a identificação errada dos pacientes, falta de checagem das prescrições médicas e de enfermagem, uso inadequado dos alarmes e das técnicas assépticas, administração de medicações suspensas e identificação errada de medicamentos.

As condições latentes têm origem na tomada de decisão organizacional, podendo permanecer dormentes por anos antes de se combinarem com as falhas ativas e causarem os acidentes. Tanto as falhas ativas quanto as condições latentes não são previstas facilmente, entretanto, o seu conhecimento levará a adoção de um gerenciamento proativo⁽⁶⁾.

Entre as condições latentes identificadas, destacou-se a falta de programas de capacitação profissional, o que é fundamental para o profissional que atua em terapia intensiva. A capacitação possibilita o domínio de conteúdos técnico-científicos e contribui para que o profissional estabeleça uma relação entre a teoria e a prática no ambiente laborativo, ampliando as possibilidades de intervenção, de uso de recursos tecnológicos e garantindo segurança no desempenho para si próprio e para o paciente⁽¹⁷⁾.

As situações complexas, que exigem a tomada de decisão no CTI, requerem profissionais preparados para o enfrentamento de problemas éticos e técnicos. Quanto ao enfermeiro, é sua responsabilidade prevenir, detectar e atuar precocemente nas complicações de forma imediata e eficaz, o que poderá não acontecer caso não esteja adequadamente capacitado⁽¹⁸⁾.

A equipe de enfermagem deve engajar-se no processo de capacitação por intermédio de um aprendizado contínuo, melhorando as habilidades e fornecendo um serviço de qualidade. Para isso, caberá aos gestores estimular a criatividade, a eficiência e a aprendizagem, individual e em grupo, satisfazendo as necessidades da equipe e promovendo junto aos seus funcionários a noção de ser uma “organização que aprende”⁽¹⁹⁾.

A sobrecarga relacionada aos longos turnos de trabalho deteriora as bases para a segurança. Nos Estados Unidos, mais da metade dos enfermeiros trabalham menos de 40 horas semanais, o que é associado a excelentes resultados quanto à segurança do paciente⁽²⁰⁾.

Em situações de trabalho com mais 60 horas semanais, o que pode ser associado a outros vínculos empregatícios,

há um empobrecimento do corpo funcional, que atua em “modo de crise” (*crisis mode*), tentando fazer tudo rapidamente e sem a atenção necessária. Esta sobrecarga leva ao estresse e à fadiga, fatores que comprometem o desempenho e que poderão resultar em erros, falta de comunicação e ajuda mútua, problemas interpessoais, perda do respeito e compreensão⁽²⁰⁾.

Considera-se praticamente impossível eliminar as falhas ativas e condições latentes, uma vez que o sistema não é fechado. Por isso, é fundamental investir em medidas de segurança específicas e contínuas, denominadas de medidas reativas e proativas⁽⁶⁾.

MEDIDAS REATIVAS E PROATIVAS ADOTADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO ERRO NA TERAPIA INTENSIVA

O gerenciamento de segurança eficaz consiste em saber o que é gerenciável ou não. Em vez de exercer controle sobre os acidentes, deve-se melhorar os processos organizacionais, o que pode ser realizado por meio de medidas reativas – que permitem coletar informações e acompanhar as ocorrências – e das medidas proativas – adotadas antes da ocorrência com base em um diagnóstico situacional – de forma que ambas as medidas se inter-relacionem⁽⁶⁾.

Entre as medidas reativas identificadas, destacaram-se o reconhecimento pelos entrevistados de que os episódios de erro ocorrem no cotidiano assistencial, o negligenciamento do erro devido à cultura punitiva, o medo de críticas, os sentimentos de vergonha, culpa e frustração e as tentativas empreendidas pelos profissionais para sanar os possíveis danos.

As medidas proativas associaram-se aos fatores organizacionais, buscando-se prioritariamente a correção de falhas em um nível organizacional superior, o que auxilia reverter os atos inseguros dos indivíduos e os fatores locais de trabalho. Tais medidas foram a necessidade de fortalecimento da liderança na equipe de enfermagem, a necessidade de investimento e de respeito à hierarquia profissional no CTI e a importância de investimento em uma comunicação eficaz entre a equipe multiprofissional.

A melhora dos processos organizacionais pode ser estimulada por atividades de supervisão e liderança da equipe. Uma liderança pautada em medidas reativas e proativas poderá influenciar o aspecto motivacional, fazendo com que o indivíduo eleve a sua particularidade por meio do moral na tomada de decisões⁽⁴⁾.

No aspecto gerencial, “a influência pessoal do líder na criação de ambientes de prática profissional de alta qualidade evidenciou uma relação direta e positiva, na qual a liderança provoca um impacto singular no ambiente de trabalho, o que é fundamental em ambientes como o referido CTI, que possui um grupo heterogêneo e predisposto a situações conflituosas”⁽¹²⁾.

Conceitualmente, “o líder não possui autoridade delegada, obtendo o poder pela influência, enfatizando as relações interpessoais e dirigindo os seguidores cooperativos por metas. A liderança exercida pelo enfermeiro tem sido relacionada a variáveis como satisfação do paciente, satisfação no trabalho, compromisso e clima organizacional, produtividade dos profissionais, responsabilidade, empatia, habilidade na tomada de decisões, comunicação e gerenciamento eficaz”⁽²¹⁾.

O negligenciamento e a omissão do erro relacionam-se ao estilo de liderança e às dificuldades de relacionamento e comunicação no local de trabalho, interferindo no conhecimento das ocorrências, perdendo-se a chance de compreender e trabalhar com o erro.

A abordagem tradicional acerca do erro no cuidado à saúde não apenas distancia o foco central da falência dos sistemas de saúde, como também desencoraja os indivíduos a relatarem os episódios de erro, pois poderão sofrer uma série de punições. Há ainda a culpa atribuída ao profissional que errou, evitando-se examinar os fatores sistêmicos que concorreram para o acontecimento do evento⁽²⁾

Na abordagem do sistema, a premissa básica deve ser a de que os seres humanos são falíveis e os erros esperados, mesmo nas melhores organizações. Os erros devem ser vistos como consequência e não como causa, sua origem não está na “perversidade da natureza humana”, mas nos fatores sistêmicos existentes⁽²²⁾.

A fim de estimular a notificação do erro, recomenda-se a adoção do preenchimento voluntário e anônimo de instrumentos de notificação. Esta prática não capta a totalidade dos erros, mas permite conhecer um pouco mais sobre tais episódios e demais situações de risco.

Estudo sobre notificação de erros que objetivou compreender a motivação da equipe de enfermagem para a notificá-los adequadamente destacou que, quando os profissionais compreendem as definições da Organização Mundial de Saúde sobre evento adverso, incidente e incidente sem danos, sentem-se motivados a preencher os instrumentos de notificação⁽²³⁾. Os entrevistados destacaram que conversas, reuniões e treinamentos com a equipe possibilitam a compreensão e a resolução das situações de erro. Contudo,

é fundamental que essas discussões possuam uma abordagem positiva, que estimulem a cultura de segurança.

A prática da cultura de segurança se faz necessária, tendo como pressuposto o conceito de que os seres humanos cometem erros, e a chave para a sua prevenção consiste em estruturar os sistemas a fim de minimizar a oportunidade de que eles aconteçam, ou seja, estimular a criação de barreiras e salvaguardas para evitar falhas no sistema⁽⁴⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu compreender a ocorrência dos erros na assistência identificando as falhas ativas e condições latentes. As falhas ativas foram consideradas os erros cometidos pelos profissionais, como a falta de checagem das prescrições, e as condições latentes, as decisões gerenciais, como a falta de capacitação profissional. As falhas ativas se originam das condições latentes, e quando ambas se encontram o erro ocorre.

É fundamental o investimento em medidas reativas e proativas. Entre as medidas reativas, destacou-se a importância do reconhecimento do erro pelos profissionais, o que pode ser considerada a base para compreendê-lo e preveni-lo, além de contribuir para a adoção de medidas proativas, como o investimento em capacitação profissional e comunicação eficaz.

A adoção de tais medidas está diretamente relacionada à cultura de segurança organizacional, permitindo que os profissionais se sintam confortáveis para discutir o erro humano, e adotem medidas eficazes para a promoção de uma assistência segura e de qualidade.

Destaca-se a dificuldade na realização das entrevistas, dada a sobrecarga de trabalho e o quantitativo reduzido de profissionais no cenário estudado.

RESUMO

Objetivo: Analisar as falhas ativas e as condições latentes relacionadas aos erros na assistência de enfermagem em terapia intensiva e discutir as medidas reativas e proativas referidas pela equipe de enfermagem. **Método:** Estudo qualitativo, descritivo, exploratório. realizado no Centro de Terapia Intensiva de um hospital geral. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e observação participante e submetidos à análise lexical pelo *software* ALCESTE® e à análise etnográfica. **Resultados:** Participaram 36 componentes da equipe de enfermagem. O *corpus* analisado originou três classes lexicais: O erro na assistência de enfermagem em terapia intensiva; Falhas ativas e condições latentes relacionadas ao erro da equipe de enfermagem na terapia intensiva; Medidas reativas e proativas adotadas pela equipe de enfermagem frente ao erro na terapia intensiva. **Conclusão:** As medidas reativas e proativas influenciaram a cultura de segurança, em especial, o reconhecimento do erro pelos profissionais, contribuindo para a sua prevenção e uma assistência segura e de qualidade.

DESCRITORES

Segurança do Paciente; Erros Médicos; Enfermagem de Cuidados Críticos; Unidades de Terapia Intensiva; Cuidados de Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las fallas activas y las condiciones latentes relacionadas con los errores en la asistencia enfermera en cuidados intensivos y discutir las medidas reactivas y proactivas referidas por el equipo de enfermería. **Método:** Estudio cualitativo, exploratorio, llevado a cabo en el Centro de Cuidados Intensivos de un hospital general. Se recogieron los datos mediante entrevistas y observación participativa. Dichos datos fueron sometidos al análisis lexical por el *software* ALCESTE® y al análisis etnográfico. **Resultados:** Participaron 36 componentes del equipo de enfermería. El *corpus* analizado originó tres clases lexicales: El error en la asistencia enfermera en cuidados intensivos; Fallas activas y condiciones latentes relacionadas con el error del equipo enfermero en cuidados intensivos; medidas reactivas y proactivas adoptadas por el equipo de enfermería ante el error en los cuidados intensivos. **Conclusión:** Las medidas reactivas y proactivas influenciaron la cultura de seguridad, en especial, el reconocimiento del error por los profesionales, contribuyendo a su prevención y a una asistencia segura y de calidad.

DESCRIPTORES

Seguridad del Paciente; Errores Médicos; Enfermería de Cuidados Críticos; Unidades de Cuidados Intensivos; Atención de Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Patient safety: making health care safer [Internet]. Geneva: WHO [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 20]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255507>
2. Institute of Medicine; Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000.
3. Reason J. Achieving a safe culture: theory and practice. *Work Stress*. 1998;12(3):293-306.
4. Reason J. Human error. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
5. Brasil. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília; 2014.
6. Reason J. Managing the risks of organizational accidents. Burlington: Ashgate; 1997.
7. Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n. 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html
8. Duarte SCM, Bessa ATT, Büscher A, Stipp MAC. Error characterization in intensive care nursing. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 20];21(n.spe):1-8. Available from: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/09/45502-184755-1-PB.pdf>
9. Duarte SCM, Queiroz ABA, Büscher A, Stipp MAC. Human error in daily intensive nursing care. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2018 July 1];23(6):1074-81. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000601074
10. Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 2015.
11. Infusion Nursing Society. Infusion therapy standards of practice. Norwood; 2011.
12. Corbellini VL, Schilling MCL, Frantz SF, Godinho TG, Urbanetto JS. Medication-related adverse events: perception of nursing aides. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2017 Jul 15]; 64(2): 241-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a04v64n2.pdf>
13. Pena MM, Braga AT, Meireles ES, Vassao LGC, Melleiro MM. Mapeamento dos erros de medicação em um hospital universitário. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 15];24(3):70-95. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7095/19212>
14. Correa AD, Marques IAB, Martinez MC, Laurino OS, Leão ER, Chimentão DMN. The implementation of a hospital's fall management protocol: results of a four-year follow-up. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2017 Aug 10];46(1):67-74. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/en_v46n1a09.pdf
15. Dunne TJ, Gaboury I, Ashe MC. Falls in hospital increase length of stay regardless of degree of harm. *J Eval Clin Pract*. 2014;20(4):396-400.
16. Barcellos RA, Toscan M, Báó ACP, Amestoy SC. Effectiveness of clinical risk management in intensive care. *Cogitare Enferm*. 2016;21(n.spe):1-9.
17. Peres Junior EF, Oliveira EB, Souza NVDO, Lisboa MTL, Silvino ZR. Segurança no desempenho e minimização de riscos em terapia intensiva: tecnologias duras. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2014 [citado 2016 maio 15];22(3):327-33. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n3/v22n3a06.pdf>
18. Oliveira RM, Leitão IMTA, Aguiar LL, Oliveira ACS, Gazos DM, Silva LMS, et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jul 10];49(1):104-13. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100104&lng=en&nrm=iso&tlng=en
19. Tsai Y. Learning organizations, internal marketing, and organizational commitment in hospitals. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2014 [cited 2016 Feb 10];14:152. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4077678>
20. Wu Y, Fujita S, Seto K, Ito S, Matsumoto K, Huang CC, et al. The impact of nurse working hours on patient safety culture: a cross-national survey including Japan, The United States and Chinese Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 16];13:394. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3852210/>
21. Balsanelli AP, Cunha ICKO. Nursing leadership in intensive care units and its relationship to the work environment. *Rev Latino Am Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 15]; 23(1):106-13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4376038/>
22. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320(7237):768-70. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.768
23. Paiva MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DMR, Lima SAM, Julliani CM. The reasons of the nursing staff to notify adverse events. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2015 Aug 15];22(5):747-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000500747

Apoio financeiro

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior. Processo n. BEX 14025/13-2.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.