



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

FLÁVIA PONTES GUERRA DE SANTANA ANDRADE

**FATORES ORGANIZACIONAIS NO PROCESSO ÉTICO DISCIPLINAR SOBRE O
ERRO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM**

FEIRA DE SANTANA

2018

FLÁVIA PONTES GUERRA DE SANTANA ANDRADE

**FATORES ORGANIZACIONAIS NO PROCESSO ÉTICO DISCIPLINAR SOBRE O
ERRO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Acadêmico da Universidade Estadual de Feira de Santana, para obtenção do grau de Mestra, área de concentração “Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde”, linha de pesquisa “Planejamento, Gestão e Políticas de Saúde”.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Silvone Santa Barbara da Silva

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Silvia da Silva Santos Passos

FEIRA DE SANTANA

2018

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado

A567f Andrade, Flávia Pontes Guerra de Santana
Fatores organizacionais no processo ético disciplinar sobre o erro no
trabalho de enfermagem / Flávia Pontes Guerra de Santana Andrade
. –, 2018.
103 f.: il.

Orientadora: Silvone Santa Barbara da Silva
Coorientador: Silvia da Silva Santos Passos
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de
Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.

1. Erro médico - Enfermagem 2. Gestão da segurança. 3. Segurança
do paciente. I. Silva, Silvone Santa Barbara da, orient. II. Passos, Silvia da
Silva Santos. III. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 614:616-089

FLÁVIA PONTES GUERRA DE SANTANA ANDRADE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Acadêmico da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito para a obtenção do grau de mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde, linha de pesquisa Planejamento, Gestão e Políticas de Saúde

Aprovada em 30 de maio de 2018.

Banca Examinadora

Silvone Santa Barbara da Silva – Orientadora
Doutora em Enfermagem
Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Handerson Silva Santos
Doutor em Enfermagem
Professor da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Juliana Alves Leal Leite
Doutora em Enfermagem
Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Evanilda Souza de Santana Carvalho (suplente)
Doutora em Enfermagem
Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

DEDICATÓRIA

Aos divinos presentes Letícia e Rafael, filhos amados, por tentarem entender mesmo dentro das limitações da idade a pouca atenção que lhes dei nesta trilha almejada;

A minha magna família, meu marido Elton, meus pais Hamilton e Geraldina e minha irmã Elvia, pelo amparo de amor, proteção e força. Sem vocês seria humanamente impossível conquistar esta vitória;

e acima de todos, a Deus, meu refúgio e minha fortaleza.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é reconhecer através da gratidão o que o outro fez para você.

Então, serei eternamente grata e reconhecida pelas boas ações que fizeram por mim.

Agradeço

a Deus, pela sabedoria a mim concebida para conquista desse nobre mestrado;

a professora Silvone, que me acolheu permitindo beber da fonte de sua orientação, fazendo-me pensar e repensar as trilhas que compõe o mestrado;

a professora Silvia, com seu jeito materno, objetivo e resolutivo, norteou os momentos de maiores dificuldades nesta trilha;

ao Núcleo de Pesquisa em políticas, gestão, trabalho e recursos humanos em enfermagem e saúde coletiva, grupo GERIR da Universidade Federal da Bahia, na pessoa da professora Cristina Melo e do professor Handerson Santos pelas contribuições honrosas;

ao Núcleo de Estudos em Gestão, Políticas, Tecnologias e Segurança na Saúde, grupo GESTIO da Universidade Estadual de Feira de Santana;

ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, pelo ensino e aprendizagem de excelência;

em destaque a Universidade Estadual de Feira de Santana, instituição que sempre almejei fazer parte pela representação de qualidade;

a minha prima Keila que me ajudou no início e no fim. Obrigada por sempre estar disponível e nunca medir esforços para me auxiliar;

a minha amiga e aluna Tamires por não medir esforços na reta final do mestrado;

ao meu cunhado Tarciso, minha prima Paloma, minha colega Michele Araújo, minha amiga Ohana por me incentivar e encorajar;

o apoio da Faculdade Adventista da Bahia, instituição da qual faço parte;

Vocês foram minhas barreiras de defesa neste processo do mestrado.

Sem vocês, o desfecho seria o erro.

ANDRADE, Flávia Pontes Guerra de Santana. **FATORES ORGANIZACIONAIS NO PROCESSO ÉTICO DISCIPLINAR SOBRE O ERRO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM.** 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana. 2018. 103p

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores organizacionais contidos no Processo Ético Disciplinar (PED) sobre o erro no trabalho de Enfermagem, a luz do modelo Queijo Suíço de James Reason e o Protocolo de Londres.

Métodos: Essa dissertação de mestrado teve como produtos dois artigos. O primeiro trata-se de uma metassíntese realizada na base de dados BVS com os descritores ‘erro *and* enfermagem’, no período 2012 a 2017, em literatura nacional e internacional, sendo utilizada a análise de conteúdo temática. O segundo artigo trata-se de um estudo de caso único de um PED do Conselho Regional Enfermagem da Bahia, com delineamento de pesquisa documental e abordagem qualitativa. Para a análise dos fatores organizacionais contidos no PED utilizou-se do Protocolo de Londres e a Teoria de James Reason, 2000 a 2014.

Resultados: Na metassíntese foram analisadas 10 publicações, sendo identificadas e descritas as seguintes categorias, atendendo a teoria do modelo do queijo suíço: Conceito e Tipos de erro, Abordagem do Erro, Barreiras de Defesas, Falhas ativas e Condições latentes. Somente duas publicações abordaram a teoria com profundidade. No segundo artigo, foi possível encontrar os fatores organizacionais contidos no PED que contribuíram para o erro de enfermagem. Sendo eles restrições financeiras; estrutura organizacional; políticas, padrões, protocolos ambíguos, normas pouco clara; e cultura de segurança e prioridades, conforme o Protocolo de Londres e a teoria de James Reason.

Conclusões: Analisar um Processo Ético Disciplinar de Enfermagem a luz do modelo Queijo Suíço de James Reason e do Protocolo de Londres permitiu elucidar os fatores organizacionais que contribuíram para o erro no trabalho em enfermagem. Os estudos apresentados neste trabalho acerca desta temática revelam a dimensão de um problema e a necessidade primordial na elaboração de estratégias para detecção, investigação e intervenção diante dos erros que ocorrem nos serviços de saúde, no intuito de reduzir e minimizar os riscos para o erro. Entender o erro como inerente à condição humana e encarar a sua inevitabilidade permite reconhecê-lo como parte de uma falha do sistema.

Palavras-chave: ENFERMAGEM; ERRO MÉDICO; GESTÃO DA SEGURANÇA; SEGURANÇA DO PACIENTE

ABSTRACT

ORGANIZATIONAL FACTORS IN THE DISCIPLINARY ETHICAL PROCESS ON THE ERROR IN THE NURSING WORK

SUMMARY

Objective: To analyze the organizational factors contemplated in the Disciplinary Ethical Process (DEP) on the error in nursing work in light of the Swiss Cheese model by James Reason and the London Protocol.

Methods: This master dissertation had two articles as a product. The first refers to a meta-synthesis made in the database of the BVS with the descriptors "*erro* and *enfermagem*", in the period from 2012 to 2017, in national and international literature, using thematic content analysis. The second article deals with a unique case study of a DEP of the Regional Council of Nursing of Bahia, with delineation of documentary research and qualitative approach. For the analysis of the organizational factors contained in the DEP, the London Protocol and the Theory of James Reason, 2000 to 2014, were used.

Results: In the meta-synthesis 10 publications were analyzed, the following categories being identified and described, according to the theory of the Swiss Cheese model: Concept and Types of Error, Error Approach, Defense Barriers, Active Failures and Latent Conditions. Only two publications addressed the theory in depth. In the second article it was possible to identify the organizational factors contained in the DEP that contributed to the nursing error. Such as financial restrictions; organizational structure; policies, patterns, ambiguous protocols, unclear rules; and safety culture and priorities, according to the London Protocol and the James Reason Theory.

Conclusions: Analyzing a Disciplinary Ethical Nursing Process in light of the Swiss Cheese Model by James Reason and the London Protocol made it possible to demonstrate the organizational factors that contributed to the error in nursing work. The studies presented in this paper on the subject reveal the dimension of the problem and the paramount need in the development of strategies for detection, research and intervention against the errors that occur in health services, with the aim of reducing and minimizing the risks for error. Understanding error as inherent to the human condition and facing the possibility of avoiding it allows us to recognize it as part of a system failure.

Keywords: NURSING; MEDICAL ERROR; SECURITY MANAGEMENT; PATIENT SAFETY.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

FIGURA 1. Modelo do Queijo Suíço **13**

QUADRO 1. Fatores que influenciam a prestação do cuidado **15**

FIGURA 2. Modelo adaptado de Acidente Organizacional de James Reason **17**

Artigo I: ERRO DE ENFERMAGEM A LUZ DO REFERENCIAL DE JAMES REASON

FIGURA 1 - Etapas da Revisão Integrativa **30**

Artigo II: FATORES ORGANIZACIONAIS CONTRIBUENTES PARA O ERRO NO TRABALHO EM ENFERMAGEM

FIGURA 1. Fluxograma da Investigação e Análise de Incidentes **62**

QUADRO 1. Fatores Organizacionais e Gerenciais que influenciam a prestação do cuidado **64**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE	Auxiliar de Enfermagem
AHRQ	<i>Agency for Health care Resear chand Quality</i>
ANVISA	Agência de Vigilância Sanitária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEPE	Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CPED	Código do Processo Ético-Disciplinar
CTI	Centro de Terapia Intensiva
MS	Ministério da Saúde
NPSA	<i>National Patient Safety Agency</i>
NQF	<i>National Quality Forum</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PED	Processo Ético-Disciplinar
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PPC	Problemas na Prestação de Cuidados
RT	Responsável Técnico
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO	10
2	ERRO DE ENFERMAGEM A LUZ DO REFERENCIAL DE JAMES REASON	23
	INTRODUÇÃO	25
	METODOLOGIA	26
	RESULTADOS	29
	DISCUSSÃO	32
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
	REFERÊNCIAS	43
3	FATORES ORGANIZACIONAIS CONTRIBUINTES PARA O ERRO NO TRABALHO EM ENFERMAGEM	47
	INTRODUÇÃO	49
	METODOLOGIA	50
	Unidade de análise	51
	Fonte e Coleta da evidência	51
	Análise da evidência	52
	Aspectos éticos	53
	RESULTADOS	53
	DISCUSSÃO	57
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
	REFERÊNCIAS	60
4	CONSIDERAÇÕES GERAIS	62
	REFERÊNCIAS	64
	APÊNDICE 1 – Produção científica sobre Erros em Enfermagem e a Teoria de James Reason, no período de 2012 à 2017	67
	APÊNDICE 2 - Matriz de Análise Documental adaptada	74
	APÊNDICE 3 - Cronologia das fases do Processo Ético Disciplinar	76
	APÊNDICE 4 - Cronologia do Incidente do Estudo de Caso	78
	APÊNDICE 5 – Quadro dos Fatores relacionados ao erro contidos no PED	80
	ANEXO 1 - Parecer Consubstanciado do CEP	96
	ANEXO 2 – Instrumento de coleta de dados nos PED	101
	ANEXO 3 – Autorização do COREN-BA para realização de coleta dos PED	103

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO

A ocorrência de erros cometidos pelas trabalhadoras de enfermagem nas instituições de saúde, principalmente nas hospitalares, vem apresentando destaque e investimento de pesquisadores nos estudos nacionais e internacionais, pois nesses espaços é identificado que os pacientes estão mais suscetíveis de serem vítimas dos erros e/ou eventos adversos do cuidado. Nessa perspectiva, diversos fatores podem estar relacionados à vulnerabilidade da equipe de enfermagem para a ocorrência de erros.

Estudos confirmam esta vulnerabilidade ao erro por parte das trabalhadoras de enfermagem, e os fatores que contribuem para tal. Nazareno e colaboradores (2010) relevam que as principais causas para a ocorrência dos eventos adversos nas Unidades de Terapia Intensiva são atribuídas a falhas humanas, e essas estão intimamente ligadas à sobrecarga de trabalho. Outro estudo de Mascarenhas (2015) descreve que há pontos críticos no processo de trabalho em enfermagem com os quais se relacionam com a ocorrência de erros assistenciais como o dimensionamento inadequado, a intensidade do trabalho, fluxo do medicamento com repartição de tarefas e rotinas que intensificam as possibilidades de falhas, questões estruturais, a complexidade do trabalho, perfil de pacientes críticos e as falhas na prevenção dos erros assistenciais.

Dentre os eventos adversos mais notificados na assistência de enfermagem, os erros de medicação possuem uma maior frequência, já que, estão diretamente relacionados às atribuições das trabalhadoras de enfermagem. Esses erros, em sua maioria, poderiam ter sido evitados em uma das fases do processo de medicação (prescrição, dispensação e administração). Estudos mostram que o erro de medicação está ligado ao final deste processo, na administração de medicamentos (CORBELLINI et al., 2011; FORTE; PIRES; MARTINS, 2016; SILVA; CAMERINI, 2012). Esses erros chamam a atenção pelo desfecho que geralmente se inicia como uma falha da terapêutica podendo culminar no óbito do paciente.

Santana et al. (2012), Martins et al. (2014) em seus estudos atribuem parte dos erros na administração de medicação pela enfermagem a uma relação direta entre a fadiga e o estresse gerados no trabalho. O estresse e o cansaço são considerados causas frequentes de erros de medicação, como os erros de dose, de horário, de técnicas e de velocidade de gotejamento. O estresse influencia negativamente os relacionamentos entre os profissionais e torna a assistência mecanizada, o que potencializa as condições para que o erro ocorra.

Para melhor compreensão deste estudo, se faz necessário definir o erro. Na literatura voltada para o estudo dos erros e evento adverso na área de saúde ainda há uma grande

diversidade nos conceitos, o que, muitas vezes, impossibilita uma homogeneização das definições coletadas, causando significados e interpretações semelhantes. Runciman et al. (2009) identificou entre 17 a 24 definições para erro e 14 para evento adverso no setor saúde. No intuito de minimizar o problema das diversas nomenclaturas relacionadas ao erro para o setor da saúde, a Organização Mundial de Saúde, em 2004, criou a *World Alliance for Patient Safety*, um projeto para organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e os eventos adversos (WHO, 2009).

Sendo assim, o erro é definido pela Organização Mundial de Saúde (2009) como uma falha na elaboração do planejamento ou na execução do plano de ação. Já o conceito de erro que irá nortear este estudo será o do teórico, psicólogo e britânico James Reason (1990), que o define como o produto da falha na execução de um ato planejado ou o desenvolvimento impróprio de um plano, corroborando assim com a Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde que ainda classifica o erro como incidente, evento ou circunstância a qual poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente, sendo oriundo de atos intencionais ou não intencionais.

Este incidente subdivide-se em circunstância notificável (incidente com potencial de dano ou lesão), *Near Miss* (incidente que não atinge o paciente), incidente sem dano (incidente que atinge o paciente, mas não causa dano) e incidente com dano ou evento adverso (incidente que atinge o paciente e resulta em lesão ou dano) e por fim violação como sendo desvio deliberado de uma normativa correta (OMS, 2009).

Diante da definição do erro cometido pelo trabalhador de saúde no cumprimento de suas atribuições no ambiente de trabalho, independente de suas causas ou origem, é considerado um problema de saúde pública mundial. Estudos comprovam em países como Austrália, Inglaterra, Canadá, Nova Zelândia, Dinamarca, França, Portugal, Turquia, Espanha, Suécia, Holanda e Brasil uma alta taxa de incidência de eventos adversos, e que em média, 10% dos pacientes hospitalizados sofrem algum tipo de evento adverso e destes cerca de 50% são evitáveis (ARANAZ-ANDRÉS et al., 2008; BAKER et al., 2004; DAVIS et al., 2001; DE VRIES et al., 2008; LETAIEF et al., 2011; MENDES et al., 2009; MICHEL et al., 2004; SCHIOLER et al., 2002; SOOP et al., 2009; SOUSA et al., 2011; VICENT; NEALE, 2001 2001; WILSON et al., 1995; ZEGERS et al., 2009 *apud* BRASIL, 2014).

Segundo Duarte e colaboradores (2015), os eventos adversos se apresentam como uma forma mais rápida e simples para o reconhecimento do erro quantitativamente, uma vez que, causam danos e são mais facilmente identificados, afetando em média, 10% das admissões hospitalares. A ocorrência destes eventos reflete o distanciamento entre o cuidado real e o

cuidado ideal, fato demonstrado através do relatório do *Institute of Medicine* (IOM), em que foi identificado que cerca de 44.000 a 98.000 americanos morrem anualmente em decorrência dos eventos adversos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

As consequências desses eventos adversos ocorridos nos serviços de saúde além de aumentar a morbimortalidade dos pacientes hospitalizados, refletem financeiramente na economia do país; aumenta o tempo de permanência hospitalar; o risco de adoecimento e sequelas ao paciente. Estudos demonstram que, na Grã-Bretanha, o custo anual com eventos adversos evitáveis somente pela ocupação do leito hospitalar é de U\$ 1,5 bilhões. Nos Estados Unidos, este custo é de U\$ 17.929 por motivo de perda de salário, perda de produção da casa, incapacidade e custo de atendimento médico-hospitalar (KOHN, et al., 2000; VINCENT, 2009).

Em relação ao prolongamento da internação hospitalar e ao custo devido ao evento adverso, um estudo realizado por pesquisadores americanos evidencia que um evento adverso ocorrido em uma Unidade de Terapia Intensiva de Clínica Médica e Cardiológica, gera um custo entre U\$ 3.857,00 e U\$ 3.961,00, além do aumento do tempo de permanência neste setor de 0,77 para 1,08 dias (KAUSHAL, et al., 2007).

Os estudos apresentados neste trabalho acerca desta temática revelam a dimensão de um problema e a necessidade primordial na elaboração de estratégias para detecção, investigação e intervenção diante dos erros que ocorrem nos serviços de saúde, no intuito de reduzir e minimizar os riscos para o erro. Nessas estratégias é preciso considerar como premissa que o ser humano é falível, que acidentes podem ocorrer mesmo nas melhores organizações e que há fatores organizacionais que influenciam e/ou determinam o erro, e que são pontos fundamentais para entender, prever e controlar os eventos adversos.

O teórico James Reason (2000), criador do modelo Queijo Suíço, propõe duas formas para explicar o erro, uma na perspectiva do sujeito e a outra com o foco na abordagem sistêmica.

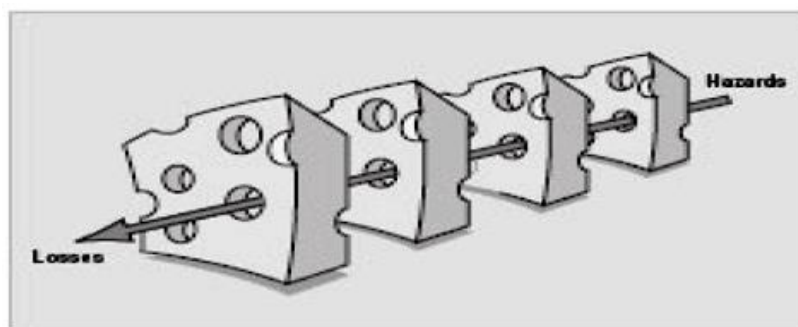
A primeira diz respeito aos atos inseguros dos trabalhadores que desempenham suas funções na ponta do processo de trabalho como, por exemplo, os pilotos de aviões, controladores de voo, médicos, enfermeiros, cirurgiões, entre outros, que a partir de um processo mental fora do padrão como esquecimento, desatenção, descuidado, lentidão, falta de motivação, negligência e imprudência cometem os erros. Salienta o teórico que as contramedidas associadas à abordagem pessoal do trabalhador é pautada em campanhas publicitárias que apelam para o medo e para o sensacionalismo, como as medidas disciplinares, ameaças de processos litigiosos e demissão (REASON, 2000).

A segunda considera a perspectiva de um sistema mal elaborado, em que falhas ativas, falhas latentes e fatores contribuintes são elementos que levam a ocorrência dos incidentes. Os erros, nesta abordagem, são vistos como causas e não consequências. Segundo Reason (2000) falhas ativas são aquelas que ocorrem com os operadores ou em comando ou em contato direto com o sistema produtivo, pois estes se encontram na ponta da execução e são mais suscetíveis aos erros. Os efeitos das falhas ativas são imediatos, cujas consequências têm resultado logo após o erro, apresentando-se em forma de lapsos, deslizos e falhas no processo.

As falhas latentes estão presentes durante muito tempo no sistema e estão relacionadas com a forma que os sistemas de trabalho funcionam, não sendo de imediato as consequências advindas dos erros. As falhas latentes estão presentes no gerenciamento das organizações, na cultura organizacional, na supervisão, tomadas de decisões, falta de capacitação, tecnologias inadequadas, entre outras. Quando associadas, as falhas ativas saem do oculto e tornam-se evidentes. Ao contrário das falhas ativas, cujas especificidades dessas são difíceis de prever, as falhas latentes podem ser identificadas e corrigidas antes do evento adverso ocorrer (REASON, 2000).

Para Reason (2000), os erros, ou falhas, ou acidentes ocorrem devido ao rompimento das barreiras e proteções. As barreiras ou defesas (medidas de proteção) podem ser classificadas de acordo com o modo de aplicação como: “*hard*” tem como função alertar, sendo elas as barreiras de segurança, barreiras físicas, dispositivos de alarmes, chaves, equipamentos de proteção individual; “*soft*” estão relacionados à legislação, regras, protocolos, treinamento, supervisão, controle administrativo, entre outros. Essas barreiras de proteção são emparelhadas, em camadas e em nível de hierarquização, salvaguardando uma a outra, designado como “*defences-in-dept*” (Figura1).

FIGURA 1 – Modelo do Queijo Suíço



Fonte: British Medical Journal, n. 320, p. 768-770, 2000.

No mundo ideal, cada barreira de proteção ou defesa seria intacta, contudo na realidade elas se parecem com fatias de queijo suíço com vários furos, sendo eles considerados como

falhas ativas e condições latentes. Esses furos ou falhas nessas barreiras de defesa estão continuamente abrindo, estreitando e mudando sua localização (REASON, 2000).

Entretanto, a presença dessas falhas em uma barreira não causa normalmente um mau resultado. O péssimo resultado ocorre quando os furos (falhas) em muitas camadas das barreiras de proteção se alinham momentaneamente permitindo ou oportunizando a trajetória do acidente. Essas falhas alinhadas momentaneamente são conhecidas por “janelas de oportunidades” e de certa forma são raras devido à multiplicidade de defesas e a mobilidade das falhas. (REASON, 2000).

A Teoria de James Reason, mais precisamente, o Modelo Organizacional Causal de Acidentes influenciou em 1999, na Inglaterra, os estudiosos Charles Vincent e Sally Taylor-Adams que elaboraram o Protocolo de Londres para investigar e analisar as causas dos erros, cujas análises devem ter menos foco no indivíduo que comete o erro, ou seja, na busca do culpado, e mais nos fatores organizacionais preexistentes, pois são eles que condicionam e induzem ao erro (REASON, 2000; TAYLOR-ADAMS; VINCENT, 2004).

Charles Vincent e Sally Taylor-Adams ampliaram e adaptaram o modelo de James Reason para o ambiente de saúde, com a classificação dos Fatores Contribuintes Organizacionais e para isso construíram um quadro elencando para cada tipo de fator, elementos influenciadores para o erro, sendo eles: paciente, tarefa ou tecnologia, individual (pessoais), time (equipes), ambiente do trabalho, organizacionais e gerenciais e do contexto institucional (Quadro 1).

QUADRO 1 - Fatores que influenciam a prestação do cuidado

TIPO DE FATOR	FATOR CONTRIBUINTE OU INFLUENCIADOR
Fatores do Paciente	Condição (complexidade e gravidade) Comunicação e linguagem Fatores sociais e de personalidade
Fatores da Tarefa ou Tecnologia	Clareza da estrutura e desenho da tarefa Disponibilidade e uso de protocolos Disponibilidade e acurácia dos testes auxiliares à tomada de decisão
Fatores Individuais (pessoas)	Conhecimento, habilidade, experiência específica. Saúde física e mental
Fatores do Time (equipes)	Comunicação verbal Comunicação escrita Disponibilidade de ajuda e supervisão Estrutura do time (congruência, consistência, liderança, etc.).
Fatores do Ambiente de Trabalho	Interrupções, barulho, conforto térmico, iluminação, etc. Padrões de turno e carga de trabalho Manutenção, design e disponibilidade de equipamentos Apoio administrativo e gerencial no ambiente de trabalho
Fatores Organizacionais e Gerenciais	Restrições financeiras Estrutura organizacional Políticas, padrões, protocolos ambíguos, normas pouco claras. Cultura de segurança e prioridades
Fatores do Contexto Institucional	Contexto regulatório e econômico Sistema de saúde loco regional Ligação com organizações externas

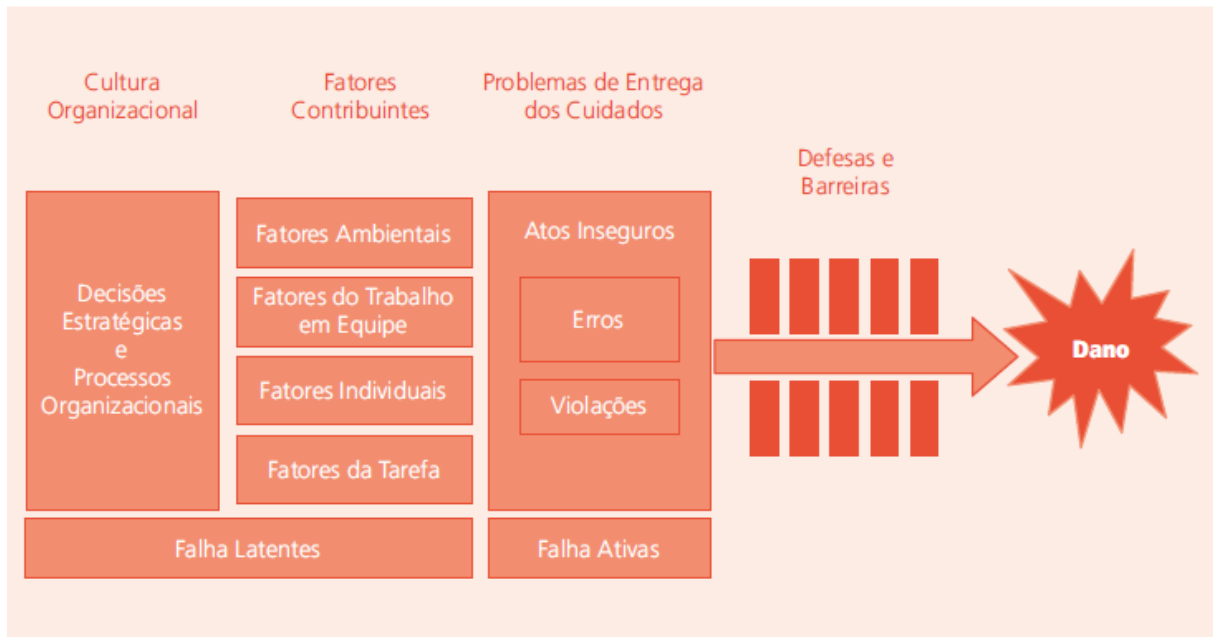
Fonte: Charles Vincent e Sally Taylor-Adams, 2004.

Pesquisas comprovam que esses fatores contribuintes interferem diretamente na ocorrência do erro. As autoras Forte et al. (2017) identificaram através de um estudo bibliográfico, nas principais bases de dados, entre o período de 2011 a 2015, que as causas relatadas dos erros praticados pelas trabalhadoras de enfermagem são: relacionado à gestão (sobrecarga de trabalho, déficit de força de trabalho), à equipe (falha na comunicação, interrupções), outros trabalhadores (ausência de planejamento, erros de prescrições), sendo todos retroalimentados pela fadiga e estresse. Além desses, os autores identificaram causas de erro relacionando ao paciente (falta de monitorização e condições do paciente) e a equipe de enfermagem (inexperiência e distração).

Ainda neste trabalho, os principais erros cometidos entre as trabalhadoras de enfermagem foram da omissão, dispensação, descuido (queda), amputação/lesão, dose de medicamento, horário de medicamento, técnica de procedimento, produção (rótulo/embalagem), prescrição (medicamentos/cuidado) (FORTE et al., 2017). Os resultados expostos, sobre os erros de enfermagem, podem ser classificados segundo a teoria de James Reason como falhas ativas e as causas dos erros de enfermagem como sendo falhas latentes (fatores contribuintes e cultura organizacional).

Portanto, a análise das falhas latentes, falhas ativas, defesas e barreiras dentro de uma organização de saúde devem ser investigadas com o intuito de contribuir para a prevenção e redução dos erros conforme preconizado pela OMS, visto que, não se pode modificar a condição humana de ser falível, mas as condições com as quais pessoas trabalham podem ser alteradas para reduzir o número de erros.

Entender como o erro ocorre foi a proposta do esquema gráfico do Modelo adaptado de Acidente Organizacional de James Reason (FIGURA 2), em que as falhas latentes são aquelas relacionadas à cultura organizacional e os fatores contribuintes, ou seja, decisões falhas são tomadas pelas diretorias em uma estrutura organizacional hierarquizada e são transmitidas para os departamentos e unidades no local de trabalho, criando condições (fatores contribuintes) suscetíveis aos atos inseguros (falha ativa), em que barreiras e defesas são criadas para atenuar as consequências advindas das falhas humanas e de problemas de equipamentos para não causar o dano ao paciente. Essas barreiras podem ser físicas, natural, humanas e administrativas (REASON, 2000; TAYLOR-ADAMS; VINCENT, 2004).

FIGURA 2 - Modelo adaptado de acidente organizacional de James Reason

Fonte: (Charles Vincent e Sally Taylor-Adams, 2004, p.46).

No Protocolo de Londres, os atos inseguros e as falhas ativas são denominados de Problemas na Prestação de Cuidados (PPC) sendo eles ações ou omissões realizadas pelos trabalhadores de saúde que assistem o paciente. Muitos desses PPC podem estar em um único incidente. Alguns exemplos são: tomada de decisão incorreta; falha em monitorizar, observar ou agir; planejamento incorreto, erro de diagnóstico; falta de solidariedade na realização das ações, ou seja, pouca cooperação; falha na comunicação, não passar plantão; violar prática de segurança, por pressão de conclusão de tarefa ou por não ter consciência do risco ou não acreditar na sua efetividade (BRASIL, 2017; TAYLOR-ADAMS; VINCENT, 2004).

Quando ocorre um incidente com dano ou não ao paciente, numa organização de saúde, deve-se abrir um processo de análise e investigação do evento, não com o intuito de punir o indivíduo e/ou uma equipe de trabalhadores, mas para que esse evento não seja cometido novamente. Dessa forma, se criaria barreiras de defesas apropriadas e/ou se modificaria as condições das falhas latentes (fatores contribuintes e cultura organizacional).

No que tange a este processo investigativo e de análise, o Protocolo de Londres apresenta um fluxograma disposto em seções, explicando como deve proceder esta exploração dos fatos que antecedem o incidente (dano): Identificação e decisão para investigar; seleção das pessoas para investigar; coleta e organização dos dados; estabelecer a cronologia do incidente; determinar os Problemas de Prestação de Cuidados (PPC) ou atos inseguros/falhas ativas;

Identificar Fatores Contribuintes e por fim, Recomendações e Plano de Ação (BRASIL, 2017; TAYLOR-ADAMS; VINCENT, 2004).

A Seção A diz respeito à identificação do incidente relacionado à assistência a saúde, que pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) tomará a decisão de investigar, mediante a seriedade e natureza dos resultados do incidente no paciente, profissionais, organização de saúde ou sociedade. Vale ressaltar, que nem sempre a investigação mostrará a consequência e o resultado final, visto que muitas consequências clínicas podem ser detectadas tardiamente (BRASIL, 2017; TAYLOR-ADAMS; VINCENT, 2004).

Após a tomada de decisão de investigar o incidente é necessário montar uma equipe preparada para analisar o evento ocorrido, caracterizando então a Seção B. O Protocolo de Londres sugere uma equipe formada de 3 a 4 pessoas, podendo ser expertises em investigação e análise, funcionário de gestão de unidades da organização de saúde, funcionário do setor que ocorreu o incidente e um consultor externo, caso necessite (BRASIL, 2017; TAYLOR-ADAMS; VINCENT, 2004).

Com a equipe formada, o próximo passo, Seção C, é destinado a coleta e organização de todas as informações e dados acerca do incidente. Esta é uma das fases mais importante do Protocolo de Londres, pois é neste momento que os dados subsidiarão a análise dos motivos das falhas no sistema complexo de saúde, para então elaborar Recomendações e Plano de Ação para enfrentar as fragilidades deste sistema.

Para tanto, nesta Seção C, é recomendado colher as informações de todos os registros no prontuário; nas documentações e formulários relacionados ao incidente, nos relatórios de auditorias, visitas técnicas e gestão de protocolos; nas considerações imediatas e observações; nas entrevistas com os envolvidos no incidente; através das evidências físicas, de equipamentos e materiais; nos equipamentos de segurança dos envolvidos no incidente; e de informações relevantes sobre condições que possam ter influenciado na ocorrência do incidente (BRASIL, 2017; TAYLOR-ADAMS; VINCENT, 2004).

Vale ressaltar que é necessário ter uma técnica de entrevista adequada e eficaz, pois os erros e enganos que ocorrem nos serviços de saúde, em sua maioria, não têm intenção. O objetivo da entrevista não é julgar para encontrar o culpado, e sim colher dados para complementar as informações escritas, e assim melhorar o sistema. Sendo assim, o Protocolo de Londres recomenda que se estabeleça a cronologia dos fatos através do relato espontâneo do entrevistado; identifique os problemas com a PPC, neste momento é necessário o entrevistador explicar e exemplificar o conceito do PPC; identificar os fatores contribuintes para cada PPC identificado, utilizando o Quadro 1; e por fim, o fechamento da entrevista, que deve durar em

média de 20 a 30 minutos, perguntando ao entrevistado se tem alguma contribuição, questionamento e comentário (BRASIL, 2017; TAYLOR-ADAMS; VINCENT, 2004).

As Seções D, E e F estão relacionados à organização dos dados colhidos através dos documentos e entrevistas. Nestas seções, deverá primeiro estabelecer a cronologia dos fatos do incidente, em seguida determinar os Problemas de Prestação de Cuidado (PPC) e por fim, identificar os Fatores Contribuintes.

Na Seção D que é estabelecida a cronologia detalhada do incidente através de todas as informações colhidas, pode-se utilizar para organizar os fatos a narrativa, linha do tempo, fluxograma ou tabela com coluna de tempo, pessoa e atividade (BRASIL, 2017; TAYLOR-ADAMS; VINCENT, 2004).

Na Seção E, para determinar os Problemas de Prestação de Cuidado (PPC) pode-se organizar uma reunião com todas as pessoas envolvidas no incidente, a fim de identificar as falhas e os porquês deste. Nesta seção, a metodologia de dinâmica de grupo vai refletir na qualidade do resultado da investigação e no desenvolvimento de estratégias para melhoria da assistência à saúde (BRASIL, 2017; TAYLOR-ADAMS; VINCENT, 2004).

Na Seção F, identificar os Fatores Contribuintes para cada PPC através do Modelo de Acidente Organizacional de Reason (Figura 1) e os Fatores Contribuintes (Quadro 1), além do Método como Diagrama de Causa-Efeito pode ser utilizado para associar os PPC aos Fatores Contribuintes (BRASIL, 2017; TAYLOR-ADAMS; VINCENT, 2004).

Por fim, a Seção G que tem como objetivo elaborar as recomendações/estratégias de melhoria para enfrentar as fragilidades dos processos/sistema que foram identificadas. Nesse momento, o plano de ação deve: priorizar os fatores contribuintes mais relevantes para segurança da prestação dos cuidados; enumerar as ações necessárias para atingir os fatores contribuintes; identificar o responsável por cada ação proposta; identificar o tempo esperado para implementação/mudança; identificar os recursos necessários; acompanhar o cumprimento do Plano de Ação; determinar tempo e metas para avaliar a efetividade do Plano de Ação. As recomendações devem ser compatíveis com a realidade da organização e os responsáveis por cada ação necessitam do apoio dos gerentes para ter uma melhoria do sistema. O retorno dessas melhorias na organização de saúde se faz necessário para desenvolver a confiabilidade no sistema de notificações e uma cultura de segurança eficaz (BRASIL, 2017; TAYLOR-ADAMS; VINCENT, 2004).

Não compreender a ocorrência do erro cometido pelas trabalhadoras de enfermagem nas instituições prestadoras de serviço de saúde faz com que os dirigentes destas instituições tenham uma abordagem individual, em que pune e culpabiliza o trabalhador que errou, não

possibilitando a reconstrução desses processos que geram o erro, afim de identificar as verdadeiras causas. O Protocolo de Londres permite esta análise metódica acerca do erro e os fatores contribuintes para este. Não se pode modificar a condição humana falível, mas os fatores sistêmicos sim. A questão pujante não é quem errou, mas como e porque as defesas falharam.

Quando as barreiras de defesa falham, o erro de enfermagem pode causar o dano ao paciente, além disto, pode trazer repercussões relacionadas à trabalhadora de enfermagem como ações administrativas, punições verbais, escritas, demissões, processos civis, legais e éticos (CARLTON; BLEGEN, 2006; PADILHA et al., 2002; SANTOS; PADILHA, 2005).

Dentre as ações relacionadas ao erro em enfermagem encontra-se a instauração do Processo Ético Disciplinar junto aos Conselhos de Enfermagem, que tem por objetivo apurar e aplicar penalidades em razão de uma ação, omissão ou conivência que implique em desobediência ou descumprimento das disposições previstas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) (SIDON et al., 2012).

Os Conselhos Federal e Regional de Enfermagem surgiram a partir da Lei Federal 5.905 de 12 de julho de 1973, estabelecendo-se como órgãos disciplinadores do exercício profissional, tendo uma legislação específica para contemplar todas as categorias de enfermagem: enfermeiras, técnicas de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiras que a constitui e o Código de Ética Profissional (OGUISSO; SCHIMDT, 2012).

Os Conselhos, além de atuar como poder executivo, compete-lhes as funções legislativa e judiciária. Quando o trabalhador de enfermagem transgredir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem cabe a função judiciária dos Conselhos julgar através do Processo Ético-Disciplinar (PED) (OGUISSO; SCHIMDT, 2012). O processo ético-disciplinar de enfermagem é normatizado pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 370/2010 que será descrito resumidamente a seguir.

O procedimento ético-disciplinar pode ser iniciado por denúncia ou “de ofício”. A tipologia denúncia configura-se como ato pelo qual se atribui a alguém a prática de infração ética ou disciplinar, podendo ser apresentada por escrito ou verbalmente. Quando oral precisa ser transcrita e reduzida a um servidor ou Conselheiro. “De ofício” quando o Presidente do Conselho tem conhecimento, através de auto de infração, ou por qualquer meio que tenha característica de infração ética ou disciplinar (COFEN, 2010).

As partes do processo são compostas pelo denunciante (pessoas físicas ou jurídicas) dando início ao processo por meio da denúncia e pelo denunciado (trabalhador de enfermagem indicado como autor da infração), ambos poderão ser representados por advogados (COFEN, 2010).

Portanto, a denúncia ou “de ofício” são a origem da apuração ético-disciplinar, consistindo então em a abertura da sindicância ética. Nesta, evidencia-se a existência ou não dos pressupostos da admissibilidade previstos no artigo 27 do Código do Processo Ético-Disciplinar (CPED), podendo haver arquivamento da denúncia, homologação do procedimento de conciliação ou instauração do PED (COFEN, 2010).

Os trâmites do processo ético-disciplinar de enfermagem, após a apresentação do auto de infração, por meio de ofício ou denúncia, solicita a defesa prévia do(s) denunciado(s) tendo 15 dias para apresentação desta defesa. Em seguida, os envolvidos são intimados a prestarem depoimentos na seguinte ordem: denunciante(s), testemunhas do denunciante, testemunhas do denunciado e por fim o denunciado, todos os participantes deverão receber a intimação no mínimo três dias úteis de antecedência (COFEN, 2010).

Subsequente aos depoimentos, as partes são notificadas para prestar alegações finais tendo um prazo de 10 dias, inclusive para o advogado, conforme o disposto do artigo 77 do Código de Ética. Após a notificação deverá confeccionar um relatório final acerca dos fatos ocorridos no prazo de 120 dias, devolvendo para a presidência em até 10 dias (COFEN, 2010).

O arquivamento da denúncia ocorre quando: o denunciado não se enquadrava como profissional de enfermagem ao tempo de fato; falta de identificação correta do profissional; caso os fatos informados não decorram de indícios de infração ética ou disciplinar; quando há falta de elementos necessários para instaurar o PED e por fim, quando estiver extinta a punição prescrita e prevista no artigo 156 do CPED (COFEN, 2010).

A conciliação das partes pode ocorrer quando o fato da denúncia não resultar em óbito. Nestes termos, a conciliação não cabe recurso, sendo imediatamente encaminhado ao Plenário para homologação e arquivamento (COFEN, 2010).

Já a instauração de uma sindicância ética pode tanto acontecer na própria Instituição em que ocorreu o fato através de Comissões Éticas de Enfermagem, quanto pelos Conselhos Regionais, salientando que PED só pode ser instaurado mediante decisão do Plenário dos Conselhos Regionais.

Revedo o conceito de infração ética consoante o artigo 113 do CEPE como ação, omissão ou conveniência que implique em desobediência e/ou inobservância às disposições do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, enquanto infração disciplinar é considerada a inobservância das normas dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem (COFEN, 2007). Vale destacar que nem toda denúncia de demanda obrigatoriamente a abertura do PED, visto que deverá ter a verificação dos pressupostos de admissibilidade a partir da sindicância. Por

consequente, ao profissional de enfermagem é garantido legalmente as formas amplas de defesa do fato que foi lhe imputado.

Explorar a temática referente aos fatores organizacionais contidos em processo ético disciplinar que contribuem para a ocorrência do erro de enfermagem, utilizando o Modelo do Queijo Suíço de James Reason e o Protocolo de Londres, justifica-se por se tratar de um estudo inovador e original que poderá contribuir para reflexões entre os formadores das instituições de ensino, gestores e trabalhadoras de enfermagem das instituições de saúde, de modo a (re) pensar estratégias que possam diminuir a ocorrência de erros. Reconhecer o erro como inerente à condição humana e encarar a sua inevitabilidade permite reconhecê-lo como parte de uma falha do sistema.

Dessa forma, este estudo tem como objetivos:

1. Descrever como o modelo Queijo Suíço de James Reason é abordada na literatura nacional e internacional para explicar o erro no trabalho de enfermagem
2. Analisar os fatores organizacionais contidos num Processo Ético-Disciplinar, a luz do modelo Queijo Suíço de James Reason, que contribuíram para o erro no trabalho de enfermagem.

Cada objetivo teve como questão norteadora:

1. Como é abordada, na literatura nacional e internacional, o modelo Queijo Suíço de James Reason para explicar o erro no trabalho de enfermagem, no período de 2012 a 2017?
2. Que fatores organizacionais contidos num Processo Ético Disciplinar contribuíram para o erro no trabalho de enfermagem?

Para responder tais questões, foram elaborados dois artigos. O primeiro intitulado: **Erro de enfermagem a luz do modelo Queijo Suíço de James Reason** utilizando as normas de Vancouver e o segundo **Fatores Organizacionais contribuintes para o Erro no Trabalho em Enfermagem**, conforme as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

2 ERRO DE ENFERMAGEM A LUZ DO MODELO QUEIJO SUÍÇO DE JAMES REASON

Flávia Pontes Guerra de Santana Andrade¹
Silvone Santa Bárbara da Silva Santos²
Sílvia da Silva Santos Passos³

RESUMO:

Objetivo: Descrever como o modelo Queijo Suíço de James Reason é abordada na literatura nacional e internacional para explicar o erro no trabalho de enfermagem.

Métodos: Pesquisa qualitativa do tipo metassíntese, realizada na base de dados BVS com os descritores *erro and enfermagem*, no período 2012 a 2017, em literatura nacional e internacional, sendo utilizada a análise de conteúdo temática.

Resultados: Foram analisadas 10 publicações, que atenderam aos critérios de seleção deste estudo. Foram identificadas e descritas as seguintes categorias, atendendo a teoria do modelo do queijo suíço: Conceito e Tipos de erro, Abordagem do Erro, Barreiras de Defesas, Falhas ativas e Condições latentes. Somente duas publicações abordaram a teoria com profundidade.

Conclusões: A Teoria de James Reason sobre o erro é utilizada nos principais documentos e manuais mundiais que abordam a temática Segurança do Paciente. Contudo, essa teoria ainda é pouco explorada em artigos nacionais e internacionais quando se discute erro em enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: ENFERMAGEM; ERRO MÉDICO; GESTÃO DA SEGURANÇA.

¹Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Especialista em Terapia Intensiva de Adulto pela Faculdade de Tecnologia e Ciência (FTC) e Mestranda pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

²Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Doutora em Enfermagem pela (UFBA)

³Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), Mestre em Enfermagem pela (EEUFBA). Doutora em Enfermagem pela (EEUFBA).

ABSTRACT

Objective: Describe how the James Reason Swiss Cheese model is approached by national and international literature to explain the error in nursing work.

Methods: Meta-synthesis qualitative research, conducted in the BVS database with the descriptors *erro and enfermagem*, in the period from 2012 to 2017, in national and international literature, using thematic content analysis.

Results: Ten publications were analyzed, which met the selection criteria for this study. The following categories were identified and described, based on the theory of the Swiss Cheese model: Concept and Types of Error, Error Approach, Defense Barriers, Active Failures and Latent Conditions. Only two publications addressed the theory in depth.

Conclusions: James Reason's theory about error is used in the main documents and manuals that address the topic of Patient Safety. However, this theory is still little used in national and international articles when the error in nursing is discussed.

Keywords: NURSING; MEDICAL ERROR; SECURITY MANAGEMENT.

RESUMEN

Objetivo: Describir como el modelo del Queso Suizo de James Reason es abordado por la literatura nacional e internacional para explicar el error en el trabajo de enfermería.

Métodos: Investigación cualitativa de tipo meta-síntesis, realizada en la base de datos BVS con los descriptores *erro and enfermagem*, en el periodo de 2012 a 2017, en literatura nacional e internacional, siendo utilizado el análisis de contenido temático.

Resultados: Fueron analizadas 10 publicaciones, que atendieron a los criterios de selección para este estudio. Fueron identificadas y descritas las siguientes categorías, atendiendo a la teoría del modelo del Queso Suizo: Concepto y Tipos de Error, Abordaje del Error, Barreras de Defensa, Fallas Activas y Condiciones Latentes. Solamente dos publicaciones abordaron la teoría con profundidad.

Conclusiones: La Teoría de James Reason sobre el error es utilizada en los principales documentos y manuales que abordan el tema de la Seguridad del Paciente. Sin embargo, esta teoría aún es poco empleada en artículos nacionales e internacionales cuando se discute el error en enfermería.

Palabras Clave: ENFERMERÍA; ERROR MÉDICO; GESTIÓN DE LA SEGURIDAD.

INTRODUÇÃO

Predominantemente o erro é considerado como um ato de negligência, imprudência ou imperícia que merece sanções para o trabalhador. Para este modelo individual e simplista a solução para erro em saúde é identificar, culpar, punir ou criminalizar. Hipócrates, o pai da medicina, há mais de dois mil anos, afirmou que nunca causaria danos a ninguém no exercício de suas atribuições. Partindo de uma concepção mais ampliada, Florence Nightingale, em 1863, referenciou: “Pode parecer estranho enunciar que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes” ⁽¹⁾. Essa afirmação de Nightingale considera que não somente o indivíduo, como também a instituição de saúde é responsável por evitar o dano ao paciente. Nessa direção, o teórico James Reason⁽²⁾ adota como premissa que os seres humanos são falhos e que o erro deve ser esperado.

O erro, para o psicólogo britânico James Reason e autor do Modelo Queijo Suíço, é definido como sendo o produto da falha na execução de um ato planejado ou o desenvolvimento impróprio de um plano ⁽³⁾. O erro pode ser entendido sob duas perspectivas: pessoal, levando a culpabilização do indivíduo que cometeu o erro, e a sistêmica que propõem a existência de fatores que contribuem para o erro⁽²⁾. Entender que os trabalhadores de saúde são vulneráveis a cometerem o erro, e que os fatores contribuintes organizacionais podem ser as causas destes erros é necessário para se pensar na segurança do paciente através de barreiras de defesas eficientes adotada.

O erro é uma temática relevante para a saúde mundial, não obstante que a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽⁴⁾ estabeleceu metas mundiais relacionadas à Segurança do Paciente a serem seguidas. Nos Estados Unidos cerca de um milhão de pacientes por ano são vítimas de eventos adversos com drogas administradas por profissionais de saúde. Destes, 140.000 morrem anualmente ⁽⁵⁾. Um estudo⁽⁶⁾ evidenciou através de uma revisão integrativa, no período de 2010 a 2014, que os eventos adversos associados à administração de medicação são os mais comuns. Os resultados destes estudos se assemelham, mesmo com 20 anos de diferença de um para o outro. Baseando-se nessas evidências, em 2017, a OMS⁽⁴⁾ lançou uma iniciativa global para reduzir em 50% os danos graves e evitáveis associados a medicamentos em todos os países nos próximos cinco anos ⁽⁷⁾.

Outros dados estimativos da OMS⁽⁷⁾ revelam que aproximadamente 400 mil pacientes morrem anualmente em função de eventos adversos evitáveis, dado este que corrobora com outros estudos⁽⁸⁾ em que houve uma associação significativa entre o evento adverso e a mortalidade.

Entre 2 a 4 milhões de eventos adversos geram graves consequências à saúde do paciente, mas não o levam a óbito⁽⁹⁻¹⁰⁾. Porém, pode ocorrer aumento do tempo de permanência de internação; infecções, resultantes de complicações por procedimentos; aumento de comorbidades e aumento dos custos hospitalares⁽⁸⁻¹¹⁻¹²⁻¹³⁾. Somado a isso, determinados eventos adversos podem gerar incapacidade produtiva e trazer repercussões sociais e econômicas para o indivíduo, família e o País.

Para Reason⁽²⁾ os trabalhadores de saúde são mais vulneráveis a cometerem o erro, notadamente àqueles que operam, ou estão em comando ou ainda em contato direto com o sistema produtivo¹, pois esses se encontram na ponta da execução e são mais susceptíveis aos perigos das organizações. Na saúde, por exemplo, as trabalhadoras da enfermagem assistem diretamente os pacientes durante 24 horas executando quase que 60% das ações de saúde.

Quando estas ações estão associadas às condições e características do trabalho, como: jornada de trabalho intensa, acúmulo de horas trabalhadas, intensificação do trabalho, excesso de atividades laborais, insegurança, frágil organização política e vínculos empregatícios inseguros e baixa remuneração, cria-se um ambiente favorável ao erro, caso não tenha barreiras de defesa⁽¹⁴⁾.

Dessa forma, com o intuito de fazer emergir o que vem sendo publicado sobre o estado da arte erro na enfermagem e a Teoria de James Reason, estabelecemos como questão de pesquisa “Como é abordada, na literatura nacional e internacional, o modelo Queijo Suiço de James Reason para explicar o erro no trabalho de enfermagem, no período de 2012 a 2017?”.

Portanto o objetivo deste estudo foi descrever como o modelo Queijo Suiço de James Reason é abordada na literatura nacional e internacional para explicar o erro no trabalho de enfermagem no período de 2012 a 2017.

MÉTODOS

Trata-se de uma metassíntese qualitativa, pois permite a integração interpretativa de achados qualitativos realizando uma síntese interpretativa dos dados coletados⁽¹⁵⁾. As etapas da metassíntese inicia-se com a identificação do interesse intelectual e do objetivo da pesquisa, em seguida, a decisão da relevância do interesse através dos critérios de inclusão, e por fim, elaboração de um novo conceito com os estudos pesquisados, derivado da análise e interpretações.

¹Sistema produtivo pode ser definido como um conjunto de elementos interrelacionados que interagem (pessoas, processos e equipamentos) no desempenho de uma função para atingir um objetivo⁽⁴⁾.

Neste estudo foram adotadas as seguintes etapas: estabelecimento da questão norteadora; busca eletrônica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); identificação dos artigos e estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão; seleção e sumarização dos artigos; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação da revisão, conforme demonstrado na Figura 1⁽¹⁶⁾.

Dessa forma, foi realizado um levantamento nas bases de dados da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), com os descritores “erro” e “enfermagem” durante o período de coleta dezembro de 2017 a fevereiro de 2018, listando o quantitativo de 2.595 publicações.

Diante dos critérios de inclusão que foram: texto completo disponível gratuitamente, artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, entre os anos de 2012 a 2017 obtiveram 398 publicações. Após a leitura dos 398 títulos e resumos, foram excluídos, a princípio, 359 publicações. Dos artigos excluídos, 213 não abordavam o tema erro em enfermagem, 129 abordavam o tema, mas não utilizavam a teoria de James Reason, 9 eram repetidas e 8 apesar de estarem como texto disponível na BVS não conseguia realizar o *download*, restando então 39 publicações.

As 39 publicações foram dispostas em um quadro, em que foi realizada uma leitura minuciosa dos artigos na íntegra, verificando-se os critérios de exclusão: 16 eram artigos de revisão, estudo prospectivo, estudo observacional e projeto de pesquisa, 10 eram editoriais ou resumos e 3 eram teses, dissertação ou monografias, finalizando 10 publicações para análise, por abordarem o tema erro em enfermagem e utilizarem a teoria de James Reason em algum momento da publicação: introdução, metodologia, resultados, discussão e/ou considerações finais.

As publicações selecionadas foram organizadas por data de publicação, do mais recente para o mais antigo, e posteriormente a leitura na íntegra, os dados foram categorizados de acordo com o método de análise temática de conteúdo proposto Bardin , que envolve três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A fase da pré-análise realizou-se a preparação do *corpus*, através da leitura flutuante, escolha das publicações de acordo com o tema, os critérios de exclusão e inclusão⁽¹⁶⁾.

A segunda fase, exploração de material, consistiu nos recortes dos textos em unidades de registros, e agregação das informações em categorias temáticas previamente definidas (Quadro 3)⁽¹⁶⁾. Na última fase, realizada as interpretações e inferências do conteúdo do material coletado respaldado no referencial teórico⁽¹⁶⁾.

Figura 1 - Etapas da Metassíntese Qualitativa



RESULTADOS

As dez publicações que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos foram abordados por ordem cronológica de publicação, sendo denominados A1..A10. Evidencia-se que metade das publicações se concentraram no ano de 2015, três no ano de 2016, uma no ano de 2014 e uma no ano de 2013. Entre as 10 publicações selecionadas, cinco foram publicadas em língua inglesa, sendo uma pesquisa realizada em Taiwan, uma no Irã, duas no Canadá, uma em Israel e as cinco restantes publicadas no Brasil, na língua portuguesa.

Em relação aos tipos de estudos seis são estudos quantitativos e quatro estudos qualitativos. A referência de James Reason mais utilizada por sete vezes foi o artigo “*Human error: Models and management*” publicada na revista *British Medical Journal*, no período de 28 de março de 2000.

O artigo intitulado *Organizational safety culture and medical error reporting by Israeli nurses* (A1), advoga que a prevenção de erros é uma das principais preocupações do sistema médico. Apesar dos esforços para reduzir os erros médicos ao mínimo, eventos adversos são inevitáveis e ocorrem quase diariamente. Para os atores Kagan, Ilya; Barnoy, Sivia ⁽¹⁷⁾ o relatório de erros é considerado uma condição indispensável para melhorar a segurança do paciente. Sabe-se que a cultura de segurança de uma organização influencia o comportamento profissional para a segurança, assim, neste estudo, houve uma associação significativa entre a cultura de segurança do paciente e o relatório de erros.

Para Yu, Man-Ling; Perng, Shoa-Jen ¹⁸, a ocorrência de eventos adversos é raramente analisada entre profissionais de saúde não graduados (A2). Neste estudo os autores investigaram a relação entre a incidência de eventos adversos e fatores relacionados entre auxiliares de enfermagem em cenários de longo permanência, em Taiwan. Dos 213 auxiliares de enfermagem, 54,93% sofreram um evento adverso no ano anterior a pesquisa. Os resultados reforçam a importância da capacitação para as auxiliares de enfermagem com foco específico no atendimento de qualidade.

No terceiro artigo analisado (A3)¹⁹, que trata da avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal, são abordadas as características que devem ser implementadas em uma UTI segura como: liderança forte, comunicação aberta, espírito de equipe, reação rápida e eficaz aos desafios, cultura de prevenção de riscos e relato de erros baseado em uma cultura não punitiva. Para os autores, é fundamental compreender as dimensões culturais da segurança do paciente sob a visão dos profissionais de saúde. Como conclusões, destacam que fatores positivos da cultura de segurança do paciente ficaram

evidenciados pela intenção dos supervisores e chefias destas unidades em priorizar a segurança e ainda, pelas características que apontam os esforços para aprender e buscar soluções quando os erros são comunicados.

No artigo “ Understanding nurses' and physicians' fear of repercussions for reporting errors: clinician characteristics, organization demographics, or leadership factors?” ²⁰ (A4) aponta que o relato de erros médicos é restrito principalmente pelo medo de culpa, responsabilidade, má publicidade e estranhamento dos colegas. Em contraste, os enfermeiros temem a ação disciplinar dos supervisores e acham que os erros registrados em seus arquivos limitarão as oportunidades de progresso na carreira. A ausência de associações entre vários fatores, incluindo idade, posse e status de ensino, sugere que o medo é um construto complexo que requer mais estudos.

O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva ²¹(A5), de abordagem qualitativa, refere, com base no teórico James Reason, que o erro humano na assistência de enfermagem pode ser relacionado à abordagem do sistema, através das falhas ativas e condições latentes. As falhas ativas são representadas pelos erros na administração de medicamentos e não elevação das grades dos leitos. As condições latentes podem relacionar-se às dificuldades na comunicação entre a equipe multiprofissional, falta de normas e rotinas institucionais e ausência de recursos materiais. Portanto, os erros identificados interferem na assistência de enfermagem e recuperação da clientela, podendo causar danos. Entretanto, são tratados como ocorrências comuns e inerentes ao cotidiano. Os autores enfatizam sobre a necessidade de reconhecimento destas ocorrências, estimulando a cultura de segurança na instituição.

O Estudo de abordagem qualitativa, através da teoria Fundamentada, “The experience of nursing students who make mistakes in clinical” ²² (A6), destaca que o erro na prática clínica é significativo tanto no trabalho de enfermagem quanto na formação dos profissionais desse campo de conhecimento. Dessa forma, considera que a experiência do erro foi altamente traumática para a maioria dos alunos; que os fatores precursores como avaliação do desempenho, posicionamento negativo do instrutor e o medo definiram a experiência do erro. Quanto a categoria “o momento em que as coisas deram errado” os alunos descreveram a confusão entre o raciocínio moral e a ética, pois eles não sabiam julgar a gravidade e dimensão do erro cometido e assim tomar a decisão sobre como proceder.

No artigo intitulado “Survey of Nursery Errors in Healthcare Centers, Isfahan, Iran” ²³ (A7) é reforçado que os erros de enfermagem geralmente têm um forte efeito na confiança e satisfação dos pacientes nos sistemas de serviços de saúde, e também podem levar a estresse e

conflitos morais para os enfermeiros e a equipe de serviço de saúde. A maioria das queixas estão relacionadas aos enfermeiros, notadamente no que se refere a habilidade para a tomada de decisões. Os autores propõem capacitações para reduzir as falhas.

A Pesquisa de campo, do tipo descritivo e abordagem qualitativa, com aplicação da teoria do erro humano de James Reason “Slips, lapses and mistakes in the use of equipment by nurses in an intensive care unit” (A8) ²⁴ destaca que a incorporação de equipamentos à assistência na UTI requer atenção pois há evidências da literatura sobre a ocorrência de erros do usuário no manuseio dos equipamentos. Nesta pesquisa identificaram falhas de memória e de atenção no manuseio das bombas infusoras e falhas de planejamento durante a programação dos monitores. Ficou evidenciando que os erros causam eventos adversos que comprometem a segurança do paciente. Para tanto, os autores propõem um instrumento de verificação diária dos equipamentos, com checagens ao longo do processo de trabalho da programação das bombas infusoras e monitores, no intuito de reduzir as falhas e esquecimentos.

Intitulado como “Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem” ²⁵(A9), o estudo reforça que os discursos dos enfermeiros desvelam potencialidades e fragilidades do sistema para a segurança dos pacientes. Os discursos dos enfermeiros após a aplicação de um questionário do Hospital Survey on Patient Safety Culture traduzido e adaptado para o Português desvelaram potencialidades: empenho da supervisão de enfermagem para a segurança do paciente; mobilização da educação continuada e a importância da notificação dos eventos adversos para a melhoria do sistema; e fragilidades: dificuldades para com o trabalho em equipe, a culpabilidade diante do erro; o dimensionamento inadequado da equipe de enfermagem; e dificuldades na passagem de plantão.

Finalmente, o artigo A10 “Caracterização de erros na assistência de enfermagem em terapia intensiva” ²⁶ é realçado que que na assistência de enfermagem nos Centros de Terapia Intensiva (CTI), é necessário um maior investimento na segurança do paciente, com a identificação e prevenção de erros, uma vez que a clientela atendida requer cuidados específicos, com diferentes tecnologias, aparelhagens e maior contingente profissional. Para os autores, ao relacionar com a Teoria do Erro Humano e ao “Modelo do Queijo Suíço” todos os erros citados pelos entrevistados podem ser relacionados às falhas ativas e às condições latentes. As falhas ativas são representadas por atos inseguros cometidos pelas pessoas que estão em contato direto com o sistema e com os pacientes, e associam-se aos erros cotidianos da assistência, como os erros de medicação, extubações acidentais e não elevação de grades do leito, enquanto que as condições latentes podem ser representadas pelas patologias intrínsecas

do sistema, como a falta de normas, rotinas e protocolos adequados e falta e/ ou distribuição inadequada de profissionais.

DISCUSSÃO

A teoria sobre o erro humano foi publicado no livro *Human error* em 1990, pelo psicólogo britânico James Reason, que aprofundou seus estudos utilizando a psicologia cognitiva para compreender o comportamento humano na ocorrência do erro. Outros livros sobre o tema erro foram publicados em 1997 *Managing the risks of organizational accidents*, 2003 *Managing Maintenance Error: A Practical Guide* e 2008 *The Human Contribution: Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries*. Neste estudo, a maioria das publicações utilizou a Teoria de James Reason ou Teoria do Erro Humano de forma sucinta, utilizando superficialmente alguns conceitos da fundamentação teórica de Reason.

Dos artigos selecionados para o estudo apenas os artigos A5 e A8 utilizaram a teoria em quase sua totalidade, pois fazia parte da proposta dos objetivos de cada estudo. O artigo A5 buscou identificar os erros no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva e analisá-los de acordo com a teoria do erro humano. Já o artigo A8 objetivou identificar a ocorrência de erros na utilização de equipamentos por enfermeiros que atuam na terapia intensiva, analisando-os à luz da teoria do erro humano de James Reason.

As categorias temáticas identificadas nos artigos são discutidas a seguir:

Conceito e Tipo de Erros

Nesta categoria Conceito e Tipos de erros, destacam-se os artigos A8 e A3. O artigo A8 apresenta *ipsis litteris* à conceituação de erro por Reason⁽²⁷⁾ em que "*O erro será tido como um termo geral que abrange todas aquelas ocasiões em que uma sequência traçada de atividades mentais ou físicas falha em alcançar o resultado esperado e quando estas falhas não podem ser atribuídas à intervenção do acaso*". Na mesma direção, o artigo A3 explicita que: "*estes [erros] acontecem por meio de um conjunto de falhas sequenciais*".

Os artigos A8 e A3 corroboram com os conceitos e ideia central sobre o erro, segundo alguns estudiosos sobre a temática⁽²⁸⁻²⁹⁻³⁰⁻³¹⁾ sendo o erro considerado como falha na execução planejada de uma ação, uso errado, impróprio ou incorreto de um plano para atingir um objetivo⁽¹⁹⁻²³⁾. Outro conceito refere que o erro é um desvio não intencional de um processo nos cuidados, ou procedimentos operacionais-padrão ou normas, cujo um ato de comissão ou omissão pode ou não causar dano ao doente⁽²⁹⁻³⁰⁻³¹⁾.

Os artigos A1, A2, A5 e A10 não diferem as denominações erro, eventos adversos e incidentes. O artigo A1 utiliza outros autores para definir erro e não o difere de evento adverso. Conceitua erro como “*lesões resultantes de tratamento médico ao invés da doença*” (A1) e categoriza em erros de processo, conhecimento e habilidades.

O conceito utilizado no A1 está relacionado à iatrogenia que se refere a qualquer alteração patológica provocada no indivíduo através das práticas de assistência dos profissionais de saúde, estando certa ou errada, mas que resultem consequências prejudiciais para a saúde do cliente⁽³²⁾. Para a taxonomia da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente⁽⁴⁾ que substituiu o conceito de dano iatrogênico por dano associado aos cuidados de saúde, o dano é resultante ou está associado a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde, e não a uma doença ou lesão subjacente.

Os erros são geralmente não intencionais, enquanto que os incidentes surgem quer de atos intencionais ou não com ou sem danos, entretanto os incidentes com danos são denominados de evento adverso⁽⁴⁴⁾. Nessa direção, associando o erro ao evento adverso, o artigo (A2) o conceitua como “*Eventos adversos referem-se a lesões involuntárias causadas por fornecedores de cuidados de saúde*” referenciando-o como citação de Reason⁽³⁾.

No artigo A5 o conceito de erro está relacionado à incidente, evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente, oriundo ou não de atos intencionais. O erro quando não atinge o paciente é denominado de *near miss*; quando atinge o paciente sem causar danos é chamado de incidente sem dano; ocorrendo dano ou evento adverso ao paciente, classifica-se como incidente com dano ou evento adverso. Diante destas definições de erro, podemos agrupar o erro como atos intencionais ou não, em que houve quase dano, houve dano ou não houve dano ao paciente.

Para Reason⁽²⁷⁾ o termo erro só pode ser aplicado às ações intencionais já que os tipos de erros dependem da falha na execução e/ou na falha do planejamento, contrapondo a idéia que o erro provém de “*lesões involuntárias*” (A2), ou pode ser “*oriundo de atos não intencionais*” (A5).

O erro pode ainda ser classificado como deslize, lapso e engano. Quando os erros são resultados de uma “falha na execução e/ou no estágio de armazenagem de uma sequência de ação, independentemente se o plano que os guia é ou não adequado para alcançar o objetivo”⁽²⁷⁾ são considerados como deslize e lapso. Já o engano é a “deficiência ou falha no processo de julgamento ou inferência envolvido na seleção de um objetivo ou na especificação dos meios para alcançá-lo, independente das ações dirigidas ao esquema de decisão ocorrer ou não de

acordo com o planejado" ⁽²⁷⁾. Este sistema de classificação de Reason esta pautada no desempenho humano estruturada por J. Rasmussen ⁽²⁷⁾.

No artigo A8, os deslizos, lapsos e enganos acima descritos foram utilizados pelos autores, que além de reconhecer que o erro só ocorre através de ações intencionais, eles classificaram que os *erros de execução, [...] são os deslizos e lapsos; erros de planejamento/conhecimento, [...] são os enganos*. Exemplificando que *os deslizos são ações observáveis que ocorrem de forma diferente do plano prescrito, e os lapsos estão associados com falhas de memória. Já os enganos são falhas na seleção de um objetivo ou dos meios para alcançá-los*. (A8) Nenhum outro artigo utilizou esse sistema de classificação do erro.

O artigo A7 classificou o erro como baseado em habilidades, regras e conhecimento, assim como o artigo A8, que associou os deslizos, lapsos com habilidade e os enganos com as regras e conhecimento. *[...] deslizos e lapsos baseados na habilidade [...] Os enganos podem ser do tipo enganos baseados em regras ou no conhecimento* (A8).

Esta associação foi utilizada por Reason⁽²⁷⁾ para delimitar as origens dos tipos básicos do erro humano. Os deslizos e lapsos com base na habilidade são atribuídos às falhas no monitoramento de uma ação rotineira ou contínua causada por desatenção ou excessiva concentração, ou seja, estas falhas estão relacionadas ao desempenho de atividades rotineiras. Os enganos com base nas regras ou no conhecimento estão relacionados à resolução de problemas.

Quando há uma falha na forma automática de executar um procedimento baseado em técnicas padronizadas e regras para resolução de um problema, é que o modelo mental do conhecimento é ativado para solucionar. "Os seres humanos têm uma forte tendência de buscar e achar soluções previamente estabelecidas no nível baseado nas normas antes de recorrer a uma ação de maior esforço no nível baseado no conhecimento, mesmo onde esta última é demandada a princípio"⁽²⁷⁾.

Estes variados conceitos e denominações relacionadas ao erro dificultam ainda mais a homogeneização das informações coletadas acerca do erro. Estudos listaram 149 termos com 296 definições diversas; registradas 16 definições para erro, 14 para evento adverso e 5 para evento adverso relacionado a medicamentos⁽³³⁾. No relatório técnico de Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente (ICPS) da Organização Mundial de Saúde apresentou 31 tipos de erros e 16 tipos de evento adverso⁽³⁴⁾. Os erros são classificados como: Erro ativo, Erro baseado em regras, Erro baseado no conhecimento, Erro benigno, Erro clínico, Erro de comissão, Erro de competência, Erro de comunicação, Erro de decisão, Erro de dispensa de medicamento, Erro de execução, Erro de infração, Erro de Julgamento, Erro de

medicação, Erro de monitorização, Erro de negligência, Erro de omissão, Erro de planejamento, Erro de preparação, Erro de prescrição, Erro de procedimento, Erro de raciocínio, Erro do sistema, Erro humano, Erro iminente, Erro normativo, Erro persistente, Erro potencial, Erro técnico, Erros individuais e Erros latentes⁽³⁴⁾.

A divulgação deste relatório técnico de Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente facilita a descrição, comparação, medição, monitoramento, análise e interpretação da informação para melhorar os cuidados ao paciente, e assim contribui para maior consenso no âmbito das definições, dos conceitos e das terminologias utilizadas nessa área.

Abordagens do Erro

O teórico Reason se preocupa em aplicar a prática da teoria e seus conceitos formulados na detecção e correção do erro⁽³⁵⁾. Para isto ele propõe duas maneiras em serem visto o problema do erro, uma através da abordagem do indivíduo e a outra abordagem do sistema.

Abordagem Individual

James Reason em seu artigo *Human error: models and management*, em 2000, aponta que abordagem individual ou pessoal está relacionada aos atos inseguros dos indivíduos que trabalham na ponta como pilotos de avião, controladores de vôo, médicos, enfermeiras, cirurgiões, e similares a partir de um processo mental fora do padrão, tais como: esquecimento, desatenção, descuidado, motivação pobre, negligência e imprudência. Organizações e instituições que seguem este tipo de abordagem tendem a tratar os erros como uma questão moral, e como contramedidas aplicam métodos que enfatizam a cultura do medo, medidas disciplinares e legais, ameaças, constrangimentos, reciclagem e demissão, conforme elucidado pelos artigos A5 e A9.

Aproximação pessoal [...] relacionada aos atos inseguros realizados pelas pessoas (A5). Abordagem pessoal está centrada nos atos inseguros, nos erros e violações processuais de profissionais. Como medida de controle de erros busca-se a redução da variabilidade indesejada no comportamento humano, realizando medidas disciplinares de ameaça, nomeando, culpando e promovendo reciclagem de profissionais (A9).

Um estudo que avalia cultura de segurança organizacional entre os profissionais de um hospital de Ensino demonstrou que 63,6% dos entrevistados revelaram que se sentem intimidados quanto à comunicação de seus erros, por isso o alto percentual (88,6%) de relatos dos profissionais de não notificarem evento adverso nos últimos 12 meses, evidenciando uma

baixa adesão ao sistema de notificação institucional ⁽³⁶⁾. O resultado deste estudo esclarece como a abordagem individual utilizada pelos gestores traz malefícios para a Segurança do Paciente, pois é diante das notificações dos eventos adversos que melhorias são implementadas.

Ainda neste estudo, os autores notaram que os colaboradores da instituição percebem que a gestão realizada neste hospital de Ensino não promove um clima de trabalho adequado para a segurança do paciente, mostrando-se insatisfeitos com a carga de trabalho e percebendo que seus erros poderiam gerar punições ⁽³⁶⁾.

Contudo, mesmo diante de resultados que demonstram que a abordagem individual traz consequências negativas para Segurança do Paciente, ainda existem estudos recentes, como o artigo A7, que evidencia em seu conteúdo uma abordagem individual apoiada pelos autores, em que os trabalhadores de saúde, principalmente os enfermeiros são os principais culpados pelo erro como refere neste trecho da discussão:

“Espera-se que os enfermeiros sejam o primeiro grupo de funcionários responsabilizados por serviços ruins, no entanto pode-se ajudar o pessoal nas condições de trabalho difíceis é informá-los sobre as regras e regulamentos” (A7).

Na conclusão os autores ainda afirmam: *“Erros de trabalho ocorrem devido à falta de habilidades ou negligência”*. (A7)

O artigo A1, A2, traz a culpabilização do indivíduo quando reforça que o evento adverso é causado pelos fornecedores de cuidados de saúde (A2) e que são resultantes de tratamento médico, divergindo totalmente da abordagem sistêmica.

A cultura [...] com abordagem individual [...] acaba interferindo na identificação das falhas, impedindo que seja efetuado as mudanças em busca de melhorias (A3) visando à redução da incidência dos erros nas organizações de saúde. Quando se investiga as causas do erro e cria estratégias, aplicando-as na prática, o clima de segurança ao paciente e credibilidade é instalado nas organizações de saúde, entre os trabalhadores e pacientes.

As mudanças na cultura organizacional e na cultura individual do profissional de saúde influenciam positivamente a cultura de segurança do paciente, tornando-se essencial para a assistência segura e de qualidade, já que impactam na motivação e comportamentos seguros, com reflexos na prática diária ⁽³⁷⁾.

A comunicação efetiva, através das notificações do erro, é um objetivo a ser alcançado nas instituições de saúde, a fim de conhecer as causas e minimizar os erros nas instituições de saúde. Pois são através das investigações que se percebem os fatores relacionados ao erro, e assim mudanças poderão ser implantadas quando a organização tem uma abordagem não individual. Os artigos A1, A3, A4, A6, A7, A9 e A10 corroboram com a cultura do medo e a

cultura punitiva, pois faz relação à baixa adesão a comunicação do erro. Os artigos revelam que os principais motivos para o não relato do erro são decorrência da sobrecarga de trabalho, esquecimento, não valorização dos eventos adversos, sentimentos de medo, vergonha, processos litigiosos por negligência, imagem profissional negativa, represálias de advertências, suspensão do trabalho, demissão e assédio moral.

A abordagem individual é o caminho mais fácil e prático a ser implantado numa instituição, pois a autoridade dos dirigentes, gerentes e coordenadores ganha notoriedade e voz ativa quando busca o réu diante de um erro, aplicando sanções inquisitórias sem sequer considerar os fatores para tal desencadeamento. Diante de um clima organizacional em que o medo e a punição imperam surge um perfil de trabalhador desmotivado que omite o erro quando ocorre.

Quando as organizações concentram a causa do erro no indivíduo, isola os atos inseguros do contexto do sistema⁽²⁾. O erro não é monopólio de alguns trabalhadores com infortúnio, muitas vezes trabalhadores considerados de melhor desempenho ou premiados comentem os “piores” erros. Outra fragilidade nesta abordagem pessoal, é que os contratempos ocasionados pelo erro tendem a cair em padrões recorrentes, pois o conjunto de circunstâncias que envolvem o erro pode provocar erros semelhantes, independente das pessoas envolvidas⁽²⁾.

Abordagem do Sistema

Ao contrário da abordagem individual que culpabiliza somente o indivíduo frente ao erro, a abordagem do sistema parte da premissa básica que o ser humano é falível e que os erros são esperados, mesmo nas organizações de excelência. Os erros são vistos como consequências e não como causas, em que os sistemas de defesa são os eixos desta abordagem. Sendo assim, assume-se que não se pode mudar a natureza humana, mas que é possível mudar as condições em que os indivíduos trabalham ⁽²⁾. Esta abordagem descrita por Reason é citada de maneira congruente nos artigos A3, A4, A5, A6, A8, A9 e A10.

Estratégias são propostas em nível mundial a respeito à Segurança do Paciente, já que de 33,6 milhões de internações, 44.000 a 98.000 pacientes, aproximadamente, morreram em consequência de erro ⁽³⁰⁾. Logo, as agências como *National Patient Safety Agency* (NPSA), a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) e a *National Quality Forum* (NQF), assim como no Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) do Ministério da Saúde (MS) e Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) adotam medidas que visam minimizar a incidência de erros e tem a Teoria do Queijo Suíço de James Reason como fundamento, principalmente na abordagem sistêmica.

Estudos realizados na Holanda, no Líbano e na China afirmam que instituições de saúde que adotam culturas positivas em relação à segurança do paciente há uma minimização na ocorrência de eventos adversos ⁽³⁹⁻⁴⁰⁻⁴¹⁾, corroborando com a ideia central do modelo Queijo Suiço de James Reason.

Invariavelmente, nesta abordagem do sistema, para cada erro que ocorre, as falhas são múltiplas, simultâneas e tanto originadas no sistema (condições latentes – sempre presentes) como na ação ou inação (omissão) dos profissionais (erros ou falhas ativas – nem sempre presentes) ⁽⁴²⁾.

Barreiras de Defesas

Na abordagem do sistema quando ocorre o erro o importante é identificar como e porque as defesas falharam. Algumas barreiras de defesas são construídas como alarmes, umas são focadas nos indivíduos que trabalham nas ações finalistas ou de ponta (cirurgiões, pilotos e etc.) e outras dependem de procedimentos e dos controles administrativos. Suas funções são proteger potenciais vítimas e situações do risco casual ⁽³⁵⁾.

As barreiras de defesas (medidas de proteção) são classificadas de acordo com o modo de aplicação como: “*hard*” tem como função alertar, sendo elas as barreiras de segurança, barreiras físicas, dispositivos de alarmes, chaves, equipamentos de proteção individual; e “*soft*” estão relacionados à legislação, regras, protocolos, treinamento, supervisão, controle administrativo, entre outros⁽²⁾. Essas barreiras de proteção são emparelhadas, em camadas e em nível de hierarquização, salvaguardando a outra⁽²⁾.

No mundo ideal cada fatia de queijo ou barreira de defesa deveria estar intacta. Contudo, na realidade, as barreiras defensivas são como fatias de queijo suíço, com muitos furos, e estes estão continuamente se abrindo, fechando e mudando sua localização. Geralmente a presença do furo não causa um resultado ruim. Somente quando os furos, nas várias camadas defensivas, estão momentaneamente dispostos em uma mesma linha, permite-se que a trajetória do acidente venha a ocorrer ⁽²⁾.

Alguns exemplos de barreiras de defesas recomendadas pelos artigos A5 e A8 foram: [...] adoção de medidas preventivas. (A5).

Segurança ao paciente relacionada aos equipamentos, sendo no

Brasil [...] uma preocupação ainda recente [...]. A regulamentação francesa, por exemplo, exige que dispositivos para anestesia sejam verificados com um checklist padrão na abertura da sala de cirurgia, enquanto na Alemanha as regras perpassam a capacitação formal de todos os usuários. (A8)

Outras estratégias elucidadas no artigo A8 relacionadas ao uso dos equipamentos foram: *avaliação dos equipamentos através de checklist e/ou protocolos, para evitar esquecimentos, falhas, faltas, além de padronizar os procedimentos e direcionar o trabalho. [...] melhorias educacionais entre os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros.*

Já o artigo A9 conclui que as estratégias como *notificação dos erros/eventos adversos e aprendizagem a partir de sua análise [...] mudança do modelo biomédico para a integralidade da assistência; educação permanente; e formação profissional com ênfase na segurança do paciente (A9).*

De modo geral, os demais estudos desta revisão integrativa apontam estratégias que visam à redução dos erros, e estas apesar de não serem denominadas pelos autores de barreiras de defesas, tem características e mesmo objetivo das barreiras de defesas conceituadas por Reason.

Aplicando a definição de barreiras de defesas de Reason na prática, um estudo bibliográfico enumerou as maneiras de evitar os erros através de melhorias no processo de trabalho da enfermagem, entendendo-o como complexo e de certa forma, dificultado pelas condições de trabalho, em especial pela alta demanda de atendimento, sobrecarga de trabalho e remuneração insuficiente; promovendo educação continuada no trabalho como método eficaz na prevenção de eventos adversos; sensibilizando quanto à importância de notificar os eventos adversos, a fim de conhecê-los e traçar estratégias para evitá-los; desenvolvendo uma cultura de segurança do paciente por parte dos profissionais e evitar atitudes punitivas, estimulando uma cultura educativa de seus profissionais ⁽⁴³⁾.

Sendo assim, as barreiras de proteção do sistema de saúde são os protocolos, normas e rotinas das instituições, os programas governamentais implantados e implementados como a Política Nacional Segurança ao Paciente, capacitação dos profissionais, organograma da instituição organizado e efetivo com as funções estabelecidas, estrutura física adequada, aporte tecnológico disponível, cultura organizacional não punitiva, dimensionamento de pessoal justo, remuneração salarial satisfatória, jornada de trabalho compatível, além do caráter individual do profissional de ser ético, honesto, humano e possuir competências (habilidades, conhecimento e atitude) para fazer cumprir os deveres e obrigações de sua profissão.

Falhas Ativas

Os furos das barreiras de defesas ocorrem em função das falhas ativas e condições latentes. As falhas ativas são os atos inseguros cometidos por uma pessoa que está em direto contato com o paciente ou sistema e podem assumir variadas formas como deslize e lapso com

base na habilidade, enganos com base nas normas, enganos com base no conhecimento ou violações⁽²⁾, corroborando com as ideias dispostas nos artigos A5, A8 e A10.

As falhas ativas têm efeitos imediatos, cujas consequências têm resultado após o erro. E podem ser exemplificadas nos resultados das pesquisas dos artigos A5 e A10 como: *erro na administração e checagem de medicamentos, não elevação das grades dos leitos, vigilância inadequada dos pacientes, uso inadequado de capotes e lavagem inadequada das mãos* (A5) e *extubações acidentais* (A10), *deslizes, lapsos e engano* (A8). Os deslizes, lapsos e enganos cometidos pelas trabalhadoras de enfermagem no manuseio com os equipamentos em uma UTI, no artigo A8, são considerados como falhas ativas, partindo da premissa⁽²⁾. As citações entram em consenso com um estudo que evidenciou os principais erros publicados na literatura entre 2011 a 2015 são eles os erros ligados às medicações e as quedas⁽⁴³⁾.

Outro estudo verificou que a maior proporção de eventos adversos na UTI (59,3%) está relacionada aos processos/procedimentos clínicos, ou seja, um erro que ocorre no nível da prestação de cuidados diretos, cujo efeitos são sentidos quase imediatamente denominados falha ativa, são eles: úlcera por pressão, dano por manejo de cateteres, dano por manejo ventilatório, dano por manejo de cateteres urinários e dano por manejo de cateter gástrico. Além desses, verificou-se também erros ligados à medicação e infecção associada aos cuidados de saúde⁽⁸⁾.

Diversos estudos demonstram que as falhas ativas ocorrem não somente por motivos individuais como define a abordagem pessoal de Reason, mas por fatores contribuintes que influenciam direta e indiretamente os trabalhadores que realizam cuidados, como por exemplo, os trabalhadores de enfermagem. Esses fatores contribuintes são as condições latentes dentro de um sistema produtivo, que serão discutidas a seguir⁽²⁾.

Condições Latentes

As condições latentes presentes no sistema são inevitáveis⁽²⁾. Elas surgem a partir das tomadas de decisões feitas por gestores, diretores, coordenadores, gerentes, ou seja, àqueles que estão no organograma organizacional em níveis mais altos da hierarquia. As condições latentes podem ter dois efeitos adversos no sistema, um efeito pode provocar condições que se traduzem em erro no ambiente de trabalho (equipamento inadequado), fadiga, inexperiência, outro efeito pode criar fragilidades e lacunas no sistema que se mantêm por longos períodos (alarmes e indicadores que não são fidedignos, desenho e construção de processos de trabalho deficientes etc.)⁽²⁾.

As condições latentes podem permanecer ao longo do tempo incubado, e quando combinada com a falha ativa dentro do sistema cria uma trajetória oportuna para o acidente. Diferentemente do erro ativo, as condições latentes podem ser previstas antes do acidente, pois serão identificadas e corrigidas a tempo.

Baseado nesta definição, Reason⁽²⁾ sugere o gerenciamento de risco pró-ativo e não reativo como acontece com abordagem individual. Ao criar e manter um sistema resiliente, é inferir que não se pode mudar a condição humana, mas pode mudar as condições sob as quais os humanos trabalham ⁽²⁾.

Tais definições acima citadas são abordadas de maneira semelhante e pontual nos artigos A5, A8 e A10 (Quadro 3). Exemplos de condições latentes retiradas das pesquisas desta revisão como:

dificuldades na comunicação entre a equipe multiprofissional, uso inadequado das bombas de infusão, falta de normas e rotinas institucionais, falta de recursos materiais, insumos inadequados e falta de manutenção (A5), carga de trabalho, [...] recursos disponíveis, à experiência, fadiga, horas de sono, uso de drogas, medo, ansiedade, estresse (A8), falta de normas, rotinas e protocolos adequados e falta e/ou distribuição inadequada de profissionais (A10).

Uma pesquisa realizada em duas unidades de terapia intensiva de hospitais públicos brasileiros detectou que, aproximadamente, 78% dos incidentes sem lesão e de eventos adversos em pacientes foram relacionados à assistência da Enfermagem, sendo atribuídos à sobrecarga de trabalho e aumento de risco de mortalidade dos pacientes ⁽⁴⁴⁾.

Em uma pesquisa bibliográfica entre os anos de 2011 a 2015 evidenciou que as principais causas dos erros de enfermagem relatadas nos estudos foram relacionadas à gestão nos processos organizacionais, pois esta contribui para deficiências nas estruturas físicas, déficit da força de trabalho e sobrecarga de trabalho dos profissionais⁽⁴³⁾.

Estudos reforçam a premissa que os fatores contribuintes relacionados às condições e características do trabalho favorecem a ocorrência dos eventos adversos. Pesquisas evidenciam que condições e sobrecarga de trabalho favoreceram a ocorrência de erros ou eventos adversos ⁽⁴⁵⁾, assim como o desempenho profissional quando afetado, acarreta em falhas de percepção e concentração nas tarefas a serem executadas, quando o estado mental e emocional do profissional é afetado leva-o ao estresse aumentando as chances de acontecer erros na rotina de trabalho⁽⁴⁶⁻⁴⁷⁾.

Portanto, para se analisar um erro é necessário uma boa descrição dos fatores que o permeiam, buscando as causas do evento adverso e com as informações colhidas solucionar os problemas, através da compreensão multidisciplinar dos fatores humanos, da cultura

organizacional e de todos os elementos presentes nos ambientes de alta tecnologia e complexidade como as instituições de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se que apesar da Teoria de James Reason ser utilizada como guia sobre a temática “Erro” nos principais documentos e manuais mundiais voltadas para a Segurança do Paciente, ainda há inexpressível quantidade de publicações sobre Erro de Enfermagem que cita em seu *corpus* o modelo Queijo Suíço de James Reason.

Os autores das publicações selecionadas nesta metassíntese utilizavam as premissas de Reason de forma sucinta e pontual. Somente dois artigos, publicados no Brasil referenciaram com mais detalhe o teórico, pois o modelo Queijo Suíço fazia parte dos objetivos dos estudos. Sendo assim, a lacuna do conhecimento sobre o modelo proposto por James Reason nas publicações voltadas ao erro de enfermagem é notória. Este modelo de James Reason não se restringe somente ao conceito de erro, abordagem individual e sistêmica, barreiras de defesas, falhas ativas e latentes.

Concorda-se com os estudos que apontam para a necessidade de inserir na grade curricular da Graduação em Enfermagem e na formação dos técnicos e auxiliares de Enfermagem, a temática “Segurança do Paciente” com a abordagem do erro de forma sistêmica, considerando os fatores contribuintes ou influenciadores para a sua ocorrência. Além do processo formativo, destaca-se a importância do aprendizado significativo para o processo de trabalho dos atores envolvidos no cuidado ao paciente.

A possível limitação dessa revisão integrativa pode ter sido o recorte temporal. Ampliando para 1990, em que foi realizada a primeira publicação de James Reason, poderia ter captado mais estudos que utilizaram a teoria relacionada ao erro de enfermagem. Outro fator que também poderia ter sido limitante para os pesquisadores brasileiros é que as obras de James Reason ainda não foram traduzidas para a língua portuguesa.

REFERENCIAS

1. Wachter, R. Compreendendo a Segurança do Paciente. 2ª Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 478p..
2. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*.2000; 320:768-770.
3. Reason J. Human Error. New York: Cambridge University Press; 1990.
4. OMS. Organização Mundial de Saúde. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, 2009.
5. Robertson WO. Errors in prescribing. *Am J Health Syst Pharm* 1995; 52:5-382
6. Duarte SCM, Queiroz ABA, Büscher A, Stipp MAC. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2015; 23(6):1074-81.
7. WHO. Medication Without Harm. Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
8. Roque KE; Tonini T.; Melo ECP. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2016; 32(10): e00081815.
9. James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf*. 2013; 9(3):8-122.
10. Patterson MD, Geis GL, LeMaster T, Wears RL. Impact of multidisciplinary simulation-based training on patient safety in a paediatric emergency department. *BMJ Qual Saf*. 2013; 22(5): 383-93.
11. Forster AJ, Kyremanteng K, Hooper J, Shojania KG, Walraven CV. The impact of adverse events in the intensive care unit on hospital mortality and length of stay. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8:259.
12. Ahmed AH, Thongprayoon C, Schenck LA, Malinchoc M, Konvalinová A, Keegan MT, et al. Adverse in-hospital events are associated with increased in-hospital mortality and length of stay in patients with or at risk of acute respiratory distress syndrome. *Mayo Clin Proc*. 2015; 90(3): 321-8.
13. Pottier V, Daubin C, Lerolle N, Gaillard C, Viquesnel G, Plaud B, et al. Overview of adverse events related to invasive procedures in the intensive care unit. *Am J Infect Control* 2012; 40:6-241.
14. Santos PR. Estudo do processo de trabalho da enfermagem em hemodinâmica: cargas de trabalho e fatores de risco à saúde do trabalhador. 2001. 145 f. [Dissertação mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

15. Sandbar Digital Library Project (updated June 2008) [Internet]. North Carolina: University of North Carolina; 2008. [cited 2009 June 12]. Available from: <http://sonweb.unc.edu/sandbar/index.cfm>
16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
17. Kagan I, Barnoy S. Organizational safety culture and medical error reporting by Israeli nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2013; 45(3):273-80.
18. Yu M, Perng S. Adverse events among nurse aides in long-term care facilities in Taiwan. *J Nurs Care Qual*. 2014; 29(3): E7-14.
19. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. *Texto & contexto enferm*. 2015; 24(1): 161-169.
20. Castel ES, Ginsburg LR, Zaheer S, Tamim H. Understanding nurses' and physicians' fear of repercussions for reporting errors: clinician characteristics, organization demographics, or leadership factors? *BMC Health Serv Res*. 2015; 15:326.
21. Duarte SCM, Queiroz ABA, Büscher A, Stipp MAC. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 2015; 23(6): 1074-1081.
22. Zieber MP, Williams B. The experience of nursing students who make mistakes in clinical. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2015; 122015
23. Ayoubian A, Habibi M, Yazdian P, Bagherian-Mahmoodabadi H, Arasteh P, Eghbali T, EmamiMeybodi T. Survey of Nursery Errors in Healthcare Centers, Isfahan, Iran. *Glob J Health Sci*. 2015; 8(3): 43-8.
24. Ribeiro GSR, Silva RC, Ferreira MA, Silva GR. Slips, lapses and mistakes in the use of equipment by nurses in an intensive care unit. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2016; 50(3): 419-26.
25. Silva-Batalha EM, Melleiro MM. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. *HU revista*. 2016; 42 (2): 133-142.
26. Duarte SCM, Bessa ATT, Büscher A, Stipp MAC. Caracterização de erros na assistência de enfermagem em terapia intensiva. *Cogitare enferm*. 2016; 21(5):01-08.
27. Reason J. *Human error*. London: Cambridge University Press; 2003.
28. Davies J, Hebert P, Hoffman C, editors. *The Canadian Patient Safety Dictionary*. Calgary: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada and Health Canada. 2003.
29. Thomas EJ, Brennan TA. Errors and adverse events in medicine: An overview. In: Vincent C, ed. *Clinical Risk Management: Enhancing Patient Safety*. London: BMJ Publishing, 2001, pp. 31-43.

30. Segen JC. *Current Med Talk: A Dictionary of Medical Terms, Slang & Jargon*. Stanford, CT: Appleton and Lange, 1995
31. Wilson R, Harrison B, Gibberd R, Hamilton J. An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care. *Med J Aust* 1999; 170:411-415.
32. Madalosso ARM. Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo no cotidiano profissional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto. 2012; 8(3): 11-17.
33. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*. 2009; 21 (1): 18-26. doi: 10.1093 / intqhc / mzn057.
34. WHO. World health organization. World alliance for patient safety, taxonomy: the conceptual framework for the international classification for patient safety: final technical report. Genebra, 2009.
35. Nascimento NB, Travassos CMR. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2010; 20 (2): 625-651.
36. Cruz EDA, Rocha DNJM, Mauricio AB, Ulbrich FS, Batista J, Maziolo ECSM. Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino. *CogitareEnferm*. 2018; (23)1: e50717.
37. Weaver SJ, Lubomski LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Inter Med*. [Internet] 2013; 158(5) [citado 2018 abr 10]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002>.
38. IOM. Institute of Medicine (US). *To err is human*. Washington DC. National Academy Press, 1999.
39. Verbeek-Van N, Wagner C, Van-Dyck C, Twisk JW, Bruijne MC. Is culture associated with patient safety in the emergency department? A study of staff perspectives. *Int J Qual Health Care*. [Internet] 2014; 26(1) [citado 2018 mar 15] Disponível: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzt087>.
40. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaadar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Serv Res*. [Internet]. 2011; 11(45) [citado 2018 fev 17]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-45.23>.
41. Weaver SJ, Lubomski LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Inter Med*. [Internet] 2013; 158(5) [citado 2018 abr 10]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002>.
42. Sousa P, Lage MJ, Rodrigues V. Magnitude do problema e os factores contribuintes do erro e dos eventos adversos. In: Sousa, Paulo (Org.) *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Rio de Janeiro, 2014. 452 p.

43. Forte ECN, Pires DEP, Padilha MI, Martins MMFPS. Erros de enfermagem: o que está em estudo. *Texto Contexto Enferm*, 2017; 26(2): e01400016.
44. Novaretti MCZ, Santos EV, Quitério LM, Daud-Gallotti RM. Nursing workload and occurrence of incidents and adverse events in ICU patients. *Rev. bras. enferm.* [Internet] 2014; 67(5) [citado 2018 mar 05]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504>.
45. Carvalho, VT, Cassiani, SHdeB, Chiericato, AI. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. *Rev. latino-am.enfermagem*, 1999;7(5).
46. Silva, CD L, Pinto, WM. Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar: fatores que favorecem a sua ocorrência na equipe de enfermagem. *Saúde Coletiva em Debate*, 2012, 2(1).
47. Leitão, IMTA, Fernandes, AL, Ramos, IC. Saúde ocupacional: Analisando os riscos relacionados à equipe de enfermagem numa unidade de Terapia Intensiva. *Ciência Cuidado e Saúde*, 2008, 7(4).

3 FATORES ORGANIZACIONAIS CONTRIBUENTES PARA O ERRO NO TRABALHO EM ENFERMAGEM

Flávia Pontes Guerra de Santana Andrade¹

Silvone Santa Bárbara da Silva Santos²

Silvia da Silva Santos Passos³

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores organizacionais contidos num Processo Ético Disciplinar (PED), a luz do modelo Queijo Suíço de James Reason, que contribuíram para o erro no trabalho de enfermagem.

Métodos: Estudo de caso único de um PED do Conselho Regional Enfermagem da Bahia, com delineamento de pesquisa documental e abordagem qualitativa. Para a análise dos fatores organizacionais contidos no PED utilizou o Protocolo de Londres e a Teoria de James Reason, 2000 a 2014.

Resultados: Nos autos do PED foi possível encontrar os fatores organizacionais que possivelmente contribuíram para o erro de enfermagem. Sendo eles restrições financeiras; estrutura organizacional; políticas, padrões, protocolos ambíguos, normas pouco clara; e cultura de segurança e prioridades, conforme o Protocolo de Londres e a teoria de James Reason.

Conclusões: Fatores organizacionais associados a outras condições latentes, falhas ativas e falta de barreiras de defesas eficientes propiciaram condições para a ocorrência do erro, conforme a teoria de James Reason.

PALAVRAS-CHAVE: ENFERMAGEM; ERRO MÉDICO; GESTÃO DA SEGURANÇA; SEGURANÇA DO PACIENTE

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Especialista em Terapia Intensiva de Adulto pela Faculdade de Tecnologia e Ciência (FTC) e Mestranda pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

² Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Doutora em Enfermagem pela (UFBA)

³ Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), Mestre em Enfermagem pela (EEUFBA). Doutora em Enfermagem pela (EEUFBA).

ABSTRACT

Objective: To analyze the organizational factors contained in a Disciplinary Ethical Process (DEP), in light of the James Reason Swiss Cheese model that contributed to the error in nursing work.

Methods: Single case study of a PED of the Regional Council of Nursing of Bahia, with delineation of documentary research and qualitative approach. For the analysis of the organizational factors contained in the DEP, the London Protocol and the Theory of James Reason, 2000 to 2014, were used.

Results: In the autos of the DEP it was possible to show the organizational factors that possibly contributed to the nursing error. Such as financial restrictions; organizational structure; policies, patterns, ambiguous protocols, unclear rules; and safety culture and priorities, according to the London Protocol and the James Reason theory.

Conclusions: Organizational factors associated with other latent conditions, active failures and the lack of efficient defense barriers propitiated the conditions for the occurrence of error, according to the theory of James Reason.

Keywords: NURSING; MEDICAL ERROR; SECURITY MANAGEMENT; PATIENT SAFETY.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores organizacionales contenidos en un Proceso Ético Disciplinario (PED), a la luz del modelo del Queso Suizo de James Reason que contribuyeron para el error en el trabajo de enfermería.

Métodos: Estudio de caso único de un PED del Consejo Regional de Enfermería de Bahía, con delineamiento de investigación documental e abordaje cualitativa. Para el análisis de los factores organizacionales contenidos en el PED se utilizó el Protocolo de Londres y la Teoría de James Reason, 2000 a 2014.

Resultados: En los autos del PED fue posible evidenciar los factores organizacionales que posiblemente contribuyeron para el error de enfermería. Tales como restricciones financieras; estructura organizacional; políticas, patrones, protocolos ambiguos, normas poco claras; y cultura de seguridad y prioridades, conforme el Protocolo de Londres y la teoría de James Reason.

Conclusiones: Factores organizacionales asociados a otras condiciones latentes, fallas activas y la falta de barreras de defensa eficientes propiciaron las condiciones para la ocurrencias del error, conforme la teoría de James Reason.

Palabras Clave: ENFERMERÍA; ERROR MÉDICO; GESTIÓN DE LA SEGURIDAD; SEGURIDAD DEL PACIENTE.

INTRODUÇÃO

Na literatura não há uma definição explícita de fator organizacional, contudo cada área das ciências humana, exatas e biológicas apresentam características de fatores organizacionais de acordo com o processo de trabalho específico e sua finalidade. Sendo assim, para este estudo serão utilizadas as características de fatores organizacionais propostas por James Reason (2000), no modelo teórico do “Queijo Suíço” e de Charles Vincent e Sally Taylor-Adams (2004), no Protocolo de Londres, versão atualizada do *Protocol for the Investigation and Analysis of Clinical Incidents*, sendo eles: restrições financeiras da organização; estrutura organizacional mal elaborada; políticas, padrões, protocolos ambíguos, normas pouco claras; e cultura de segurança e prioridades.

Segundo os autores citados acima os fatores organizacionais contribuem e/ou influenciam na ocorrência do erro no sistema complexo e de alta tecnologia, como as organizações de saúde. Este erro para Reason (2003, p. 9) é “tido como um termo geral que abrange todas aquelas ocasiões em que uma sequência traçada de atividades mentais ou físicas falha em alcançar o resultado esperado e quando estas falhas não podem ser atribuídas à intervenção do acaso”.

Dentro da abordagem do sistema de Reason (2000) do Modelo Acidente Organizacional, o erro pode ser ativo ou latente. Os erros ativos são os atos inseguros cometidos por um trabalhador que na ponta da organização, podendo assumir variadas formas como o deslize, lapso, engano ou violações. Já o erro latente é um ato ou ação evitável existente dentro do sistema e surge a partir de decisões feitas por analistas, gerentes e pelo alto nível gerencial, como os fatores organizacionais. Quando juntos rompem as barreiras de defesa do sistema e ocorre o erro (REASON, 2003; 2000).

Então, o Protocolo de Londres aplica o modelo de Acidente Organizacional de James Reason, com o objetivo de investigar de forma mais ampla as causas multifatoriais do erro, focando menos no indivíduo que o comete, além de recomendar estratégias para melhorar a segurança do paciente reduzindo o número de erros (VINCENT, *et al*, 2000, BRASIL, 2017).

Numa recente revisão de literatura de 2017 cujo objetivo foi de caracterizar o que a literatura atual versa a respeito dos erros de enfermagem, em especial de como esses erros são comunicados à sociedade pela imprensa, o maior destaque foram os erros de medicação e as causas mais relatadas foram atribuídas à categoria gestão dos processos organizacionais conforme descrito pelos autores (FORTE, *et al*, 2017)

Os erros de enfermagem trazem impactos tanto ao paciente quanto ao trabalhador. No paciente, o erro durante a prestação do cuidado de enfermagem poderá aumentar o período de permanência hospitalar, onerando os custos, agravando a doença, causando lesões reversíveis ou irreversíveis, assim como o óbito (ROQUE et al, 2016; FORSTER et al., 2008; AHMED et al., 2015; POTTIER et al., 2012). Para o trabalhador de enfermagem, o erro traz além das repercussões emocionais e psicológicas, consequências administrativas, demissões e instauração de Processo Ético Disciplinar (PED) pelos Conselhos de Enfermagem (SANTOS, *et al*, 2007).

A escolha deste tema justifica-se por ser original. Esta pesquisa utiliza a modelo Queijo Suíço de James Reason e o Protocolo de Londres para discutir os fatores organizacionais contidos em um Processo Ético Disciplinar (PED) de Enfermagem, cuja investigação do erro pela comissão de instrução do COREN, regulamentada pela Resolução nº 252 de 02 de abril de 2001, não dispõe de metodologias para investigação da infração ética e/ou disciplinar do trabalhador de enfermagem. O modelo Queijo Suíço assim como o método de investigação do erro, Protocolo de Londres, embasam a Política Nacional de Segurança do Paciente no Brasil e os manuais da Organização Mundial de Saúde, contudo o modelo é pouco utilizado nas pesquisas nacionais e internacionais sobre erro em enfermagem conforme resultado do estudo de Andrade, Silva e Passos (2018).

Este estudo tem como objeto “fatores organizacionais contribuintes para o erro no trabalho em enfermagem”. Como questão norteadora, apresentamos: Que fatores organizacionais contidos num Processo Ético Disciplinar contribuíram para o erro no trabalho em enfermagem? Tal pergunta remete ao objetivo que é: Analisar os fatores organizacionais contidos num Processo Ético Disciplinar, a luz do modelo Queijo Suíço de James Reason, que contribuíram para o erro no trabalho de enfermagem.

METODOLOGIA

Estudo de caso único com delineamento de pesquisa documental, abordagem qualitativa. Para Yin (2015, p.17) "o estudo de caso é uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo (o “caso”) em profundidade e em seu contexto de mundo real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto puderem não ser claramente evidentes", cujo objetivo é investigar um caso específico, bem delimitado, contextualizado em tempo e lugar para que se possa realizar uma busca circunstanciada de informações. Nessa

direção o estudo de caso investiga um fenômeno contemporâneo em que múltiplas fontes de evidência são utilizadas (VENTURA, 2007).

A pesquisa documental pois utiliza dados de documentos existentes que visam estudar e analisar os fatos sociais e suas relações com o tempo. O documento tem como conceito “qualquer objeto capaz de comprovar algum fato ou acontecimento” (GIL, 2010, p.31).

Esta pesquisa coletou dados de um Processo Ético Disciplinar (PED) do Conselho Regional de Enfermagem da Bahia (COREN). A vantagem deste tipo de recurso metodológico deve-se ao fato de que os dados são coletados de documentos oficiais.

Unidade de Análise

A unidade de análise está relacionada com a definição do que o caso é e esta pode ser um indivíduo, uma decisão, um programa, pode ser sobre a implantação de um processo e sobre uma mudança organizacional. A definição da unidade de análise está ligada à maneira pela qual as questões de estudo foram definidas (YIN, 2015).

Dessa forma, após a revisão dos PED no COREN-BA, no período de 2000 a 2014, foi escolhido intencionalmente, aquele que teve a ocorrência do erro devidamente comprovado, julgado e tramitado e que o paciente evoluiu para óbito. Esse processo, por sua vez, revelou que o dano ao paciente foi o óbito; apresentou mais descrições das partes envolvidas (denunciante e a trabalhadora de enfermagem indicada como autora da infração). Somado a isso, o PED selecionado, apresentou maior *corpus* textual para busca dos fatores organizacionais que contribuíram para a ocorrência do erro no trabalho em enfermagem.

Fonte e coleta da evidencia

A fonte de evidencia foi um Processo Ético Disciplinar, arquivado na sede do Conselho Regional de Enfermagem da Bahia (COREN-BA) que se encontra na Rua General Labatut, número 273, bairro: Barris, na cidade de Salvador – Bahia.

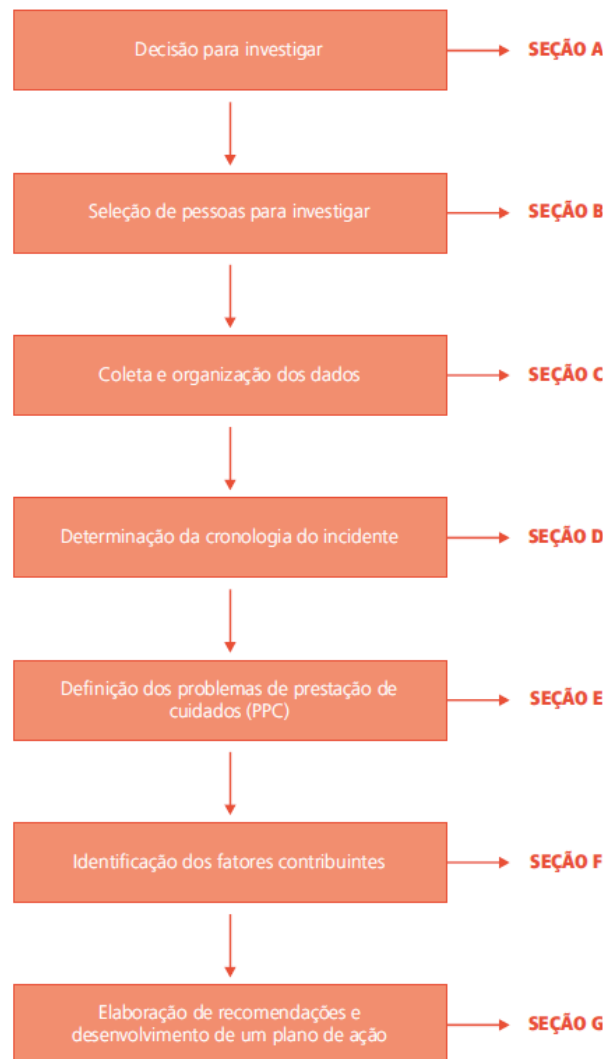
Os relatos foram selecionados dos documentos contidos no Processo Ético Disciplinar, coletados pelo grupo GERIR, Núcleo de Pesquisa em políticas, gestão, trabalho e recursos humanos em enfermagem e saúde coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, para atender os objetivos do projeto maior, intitulado “Erro Profissional em Enfermagem”. Para a coleta da evidencia foi utilizada uma Matriz de Análise Documental (Apêndice 1), elaborada para este estudo, contendo as seguintes informações: tipo de fator, fator contribuinte ou influenciador, como é descrito, período e quem descreve.

Análise da evidência

Para analisar a evidência deste estudo de caso foi utilizado o Fluxograma da Investigação e Análise de Incidentes do Protocolo de Londres, a luz do Modelo Organizacional Causal de Acidentes de James Reason. Para investigação e análise do incidente é necessário manter uma ordem cronológica dos fatos e seguir a padronização do fluxograma dispostos em seções conforme fluxograma (Figura 1) (VINCENT; TAYLOR-ADAMS, 2004; BRASIL, 2017).

Neste estudo, não foram realizadas as etapas das sessões A e B, conforme descrito no fluxograma abaixo, dado que o Protocolo de Londres foi aplicado em um Processo Ético Disciplinar (PED) de Enfermagem do COREN-BA, cujo erro de enfermagem já foi identificado e julgado pelo conselho que regulamenta as trabalhadoras de enfermagem.

Figura 1. Fluxograma da Investigação e Análise de Incidentes



Aspectos Éticos

Este estudo, conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, considera o respeito pela dignidade humana e pela proteção a todos os participantes da pesquisa, assim como a eticidade, prevendo a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo que informações colhidas foram utilizadas exclusivamente para a finalidade prevista neste estudo.

Esta pesquisa faz parte do projeto matriz intitulado: Erros profissionais em Enfermagem e a precarização do trabalho, com financiamento próprio, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia CAAE n. 51937515.5.0000.5531, nº parecer 1.374.867 (Anexo 1)

RESULTADOS

Os resultados apresentados serão baseados no Fluxograma do Protocolo de Londres (Figura 1): na Seção D – Determinação da Cronologia do Incidente, serão narrados resumidamente os fatos do incidente baseados nas descrições contidas no PED selecionado, em seguida na Seção E – Definição dos problemas de prestação de cuidados ao paciente e por fim, a Seção F – Identificação dos fatores contribuintes relacionados aos fatores organizacionais e gerenciais.

Determinação da Cronologia do Incidente:

O Processo Ético Disciplinar (PED) foi aplicado em uma auxiliar de enfermagem, divorciada, vinculada a uma empresa privada, que presta serviço de atenção médica (urgência, emergência, obstetrícia, pediatria, centro cirúrgico, semi intensiva, etc) em uma cidade no interior da Bahia, região em que o Conselho Regional de Enfermagem atua.

A paciente considerada vítima do erro foi uma criança de 1 ano e 3 meses de idade internada no dia 04/10/2001 com diagnóstico de gastroenterocolite aguda, cuja prescrição medica foi: *solução de 1:4 230 ml, KCl 19% 0,5 ml, gluconato de cálcio 10% 0,5 (na solução), dramin B6, tylenol gotas.. Persistindo o quadro e de acordo com os resultados laboratoriais a médica acrescentou Rocefin 250 mg diluído para 20 ml de SG a 5% IV de 12/12 hs. Às 18 horas do dia 05/10/2001 ocorreu a preparação, administração e acondicionamento na geladeira da medicação pela auxiliar de enfermagem (tia da paciente) e que iria ser administrada o restante às 06:00 horas do dia seguinte pela auxiliar de enfermagem do plantão. A passagem de plantão desse dia foi realizada pela auxiliar de enfermagem (tia do paciente) para outra auxiliar*

(acusada), por volta das 19 horas do dia 06/10/2001. Às 5 horas da manhã do dia 07/10/2001 a auxiliar de enfermagem (acusada) preparou as medicações que seriam administradas no paciente as 6 horas, quando deu-se a troca do antibiótico Rocefim, por um relaxante muscular (SuccinilCollim – Quelicin 500 mg). Após a administração da medicação (relaxante muscular) a paciente apresentou uma reação adversa e foi encaminhado para o Centro Cirúrgico, lugar mais próximo com oxigênio. Apresentou uma parada cardiorrespiratória, foi entubada 25 minutos depois. Realização de manobras de reanimação pela plantonista, sem sucesso, sendo declarado óbito às 6:08 horas.

Definição dos Problemas de Prestação de Cuidados (PPC)

Os problemas de prestação de cuidados (PPC) estão relacionados, neste caso estudado, ao: Contexto clínico do paciente pediátrico; Prática insegura no processo de medicação; Estrutura física da Clínica; Disponibilidade de equipamentos; e Tomada de decisão equivocada.

Identificação dos Fatores Contribuintes

Os fatores contribuintes para a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem, a luz da teoria de James Reason, estão relacionados: à complexidade e gravidade do quadro da paciente, à tarefa ou tecnologia envolvida; ao indivíduo e a equipe que presta o cuidado de saúde; ao ambiente de trabalho; aos fatores organizacionais e gerenciais e ao contexto institucional.

Muito embora se reconheça a importância desses fatores ao estudar a ocorrência do erro no trabalho em enfermagem, para este estudo foram destacados os fatores organizacionais (restrições financeiras; estrutura organizacional; políticas, padrões, protocolos ambíguos e pouco claros, normas pouco claras; cultura de segurança e prioridades) por ser o objeto desta investigação, conforme destacado no quadro abaixo (Quadro 1).

Neste Quadro 1 encontra-se dispostos trechos das falas descritas no PED, *ipice liters*, correspondentes aos Fatores Organizacionais e Gerenciais.

Quadro 1 - Fatores Organizacionais e Gerenciais que influenciam a prestação do cuidado

FATOR CONTRIBUINTE OU INFLUENCIADOR	Tipo de Documento e autor das falas descritas no PED
Restrições financeiras	
UM ANESTÉSICO OU QUELICIN (agente neuro-muscular, utilizado como relaxante muscular em anestesia de curta duração) OU OUTRO MEDICAMENTO NÃO PODE SER USADO PARCIALMENTE E ARMAZENADA A SOBRA INDEVIDAMENTE (intuito de lucro ao extremo) PARA REAPROVEITAMENTO	Defesa Contra-razões de apelação ao segundo recurso dos pais ao COFEN
Auxiliar de Enfermagem [tia] dizer que tinha diluído 500mg de Rocefin, retirado 250 mg e os outros 250mg estava na geladeira com o nome do paciente [...]	Audiência da AE que compartilhava o plantão com a AE acusada
Estrutura organizacional	
Estamos conscientes que a qualificação da [clínica], tanto em recursos tecnológicos e humanos, muito contribuiu para proporcionar aos seus pais estes (14) meses de uma feliz convivência.	Esclarecimento Público da Clínica
Por outro lado, a direção da referida entidade demonstrou uma certa omissão, desorganização, ou falta de controle dos atos praticados pelos seus funcionários, pois, ao que nos parece contribuiu para a ocorrência desse fato delituoso, tendo em vista que não foram tomados os cuidados necessários de armazenar em lugares diferentes, as anestésias dos restantes dos medicamentos, como recomendam os profissionais da área de saúde	Acusação Denúncia dos pais da criança a promotoria pública anexa ao recurso ao COFEN
Admite todas as alegações da acusada, que, mesmo nas condições descritas pela “acusação” sofreu a punição adequada já que o COREN não pode punir conjuntamente a clínica e seus diretores e/ou proprietários. Mesmo porque sempre é possível para <u>as empresas trocarem a PRESCRIÇÃO toda vez que alguma coisa der errada e deixarem a culpa a cargo do mais fraco</u> , de uma mera auxiliar de enfermagem	Defesa Contra-razões de apelação da acusada
Políticas, padrões, protocolos ambíguos, normas pouco claras	
<p>Esclarecemos a população que não se trata de erro médico ou de qualquer falha da empresa</p> <p>Lembramos um dito popular que diz o seguinte: “errar é humano”, porém, aqui este ditado não rege, pois o erro pode ser fatal.</p> <p>afastá-la do quadro de funcionários, demitindo-a por justa causa e encaminhar o fato ocorrido ao COREN-BA., para que proceda o</p>	Esclarecimento Público da Clínica

<p>juízo e aplique as penalidades cabíveis, pois somente a este órgão cabe a decisão final.</p>	
<p>A Auxiliar de Enfermagem [acusada] disse não saber ao certo o nome da medicação. [...] “E sabem que no lugar de Rocefin estão usando esta aí que você me disse?” e a Auxiliar de Enfermagem [tia] respondeu: “Claro, você tá doida?”</p> <p>A Auxiliar de Enfermagem [tia] disse que ao passar o plantão teve o cuidado de colocar oRocefinem um copo separado e alertou para a Auxiliar de Enfermagem [acusada], que o Rocefin estava rotulado, datado e com o nome da criança.</p>	<p>Relatório do COREN após primeira visita para apuração da denúncia</p>
<p>A Dra. Enfermeira [RT] nos informou que na Clínica existem normas e rotinas para a administração de medicamentos e podemos observar nos postos de Enfermagem a presença de avisos fixados nas paredes que chamam a atenção para a administração de medicamentos e observamos o acondicionamento dos medicamentos de uso da unidade, nos diversos setores, apresentando segurança técnica para o desenvolvimento das ações de Enfermagem.</p>	<p>Posição do COREN Relatório da primeira visita para apuração da denúncia – realizada pelo enfermeiro fiscal</p>
<p>Quando você está no plantão com outra colega tem o costume de dividir tarefas? Não, o que aparecer na hora será feito por quem estiver desocupada.</p>	<p>Defesa Audiência da AE acusada</p>
<p>Orientação da Enfermeira [RT], Responsável Técnica da Clínica [nome], denunciante do Processo Ético nº [...],Elaboração de protocolos de identificação de frascos de mais 01 (uma) dose de medicamentos em uso;</p>	<p>Posição do COREN Parecer final da conselheira relatora (voto)</p>
<p>Cultura de segurança e prioridades</p>	
<p>A Responsável Técnica (RT), enfermeira, tomou conhecimento do fato às 6:08hs do dia 06.10.2001, quando foi chamada por telefone pelo recepcionista da Clínica, a pedido da médica assistente.</p> <p>Observamos o acondicionamento dos medicamentos de uso da unidade, nos diversos setores, apresentando segurança técnica para o desenvolvimento das ações de Enfermagem (depoimento da RT).</p>	<p>Relatório do COREN após primeira visita para apuração da denúncia</p>
<p>Frequentemente são realizados atualizações com o pessoal de Enfermagem? Sim;</p> <p>A Funcionária [acusada], frequentava esses treinamentos? Sim (e apresentava bom desempenho, segundo a RT).</p>	<p>Acusação Audiência da enfermeira RT da clínica</p>
<p>Existia outras medicações parecidas próximo ao local onde ficou? Não, tive o cuidado de retirar outros frascos, inclusive de ROCEFIN, que se encontravam no local desprezando-os por estarem diluídos e com a data vencida, justamente com medo de pegarem para uso.</p>	<p>Acusação Audiência da AE [tia]</p>

<p>Peguei a medicação e preparei pegando uma seringa de 5ml, aspirei em torno de 3 e ½ ml, achei estranha a diluição feita que supunha feita pela [tia], na minha cabeça a medicação já estava diluída e eu teria que fazer naquele horário das 06 (seis) horas, coloquei na cuba e fui ao apartamento aplicar na menor</p>	<p>Audiência da AE acusada</p>
<p>Há um clima de irregularidades sutilmente tocada nas falas das profissionais que apesar de não serem claras deveria ser investigadas, pois poderá comprometer a atuação da equipe de enfermagem.</p>	<p>Posição do COREN Relatório final da comissão de instrução do PE</p>
<p>Questionada sobre a localização da geladeira: Dra. Enfermeira [RT] respondeu que a geladeira fica localizada próxima ao Centro Cirúrgico e é destinada a guarda e conservação de medicamentos em uso na Unidade de Internação e no Centro Cirúrgico.</p>	<p>Relatório da primeira visita para apuração da denúncia – realizada pelo enfermeiro fiscal</p>
<p>Somos ainda favorável, que o Plenário do COFEN determine ao COREN-BA, QUE EXTRAIA PEÇAS DO PRESENTE PROCESSO, encaminhando-as ao MPF, a fim de averiguar as péssimas condições de trabalho, estrutural e física, da [clínica], conforme ficou constatado nos autos [...]</p>	<p>Posição do COFEN Voto da conselheira relatora do processo no COFEN</p>

Adaptado: Charles Vincent e Sally Taylor-Adams, 2004

DISCUSSÃO

As organizações de saúde, assim como qualquer outro sistema produtivo, almejam trabalhadores qualificados, motivados, resolutivos, disponíveis e ativos. Contudo, para que estes trabalhadores tenham um bom desempenho em suas funções, é preciso criar um meio organizacional e estrutural adequados, tais como tecnologias disponíveis, estrutura física com ergonomia, clima organizacional favorável, educação permanente, carga horária compatível com a função desempenhada, remuneração salarial satisfatória, cultura de segurança, definições de papéis claros, comunicação efetiva, normas e protocolos estabelecidos, dentre outros fatores. Ainda sim, com todos os recursos disponíveis, essas organizações de excelência não são livres das falhas humanas (REASON, 2000).

Neste estudo de caso único do Processo Ético Disciplinar, os fatores organizacionais e gerenciais que contribuíram e/ou influenciaram na atuação da auxiliar de enfermagem foram os de recursos financeiros, estrutura organizacional, normativas, políticas e cultura de segurança.

Em organizações com fins lucrativos, os trabalhadores têm o dever de utilizar os recursos disponíveis no interesse dos seus proprietários obterem lucros à custa da prestação de serviço de saúde, seja ela com qualidade ou não. A busca pela lucrativa, reduzindo o número quantitativo de pessoal para a realização do trabalho e diminuição de investimentos na disponibilidade de recursos materiais e capacitações podem contribuir para práticas inseguras ao paciente, produzindo o erro.

Segundo os autores Zucchi, Nero e Malik (2000) os recursos disponíveis têm um efeito marcante sobre as decisões clínicas. Certas opções são eliminadas quando da não disponibilidade dos recursos necessários no momento, ou quando um racionamento se impõe em razão de uma hierarquia de prioridades na mobilização dos recursos disponíveis. Os mesmos autores alertam que é “preciso não confundir racionalização com racionamento e estar absolutamente certo de que o público não será privado de um serviço eficiente” (ZUCCHI, NERO, MALIK, 2000, p. 144).

No estudo de caso, o antibiótico Rocefin de 500mg foi diluído, pois a prescrição médica solicitava uma dose de 250 mg a ser administrado de 12 em 12 horas, sendo o restante da medicação acondicionada na geladeira para ser administrada no horário seguinte (Quadro 1). Outra evidência é a presença do relaxante muscular, anestésico de curta duração, SuccinilColin – Quelicin, medicação considerada potencialmente perigosa, que foi violado e acondicionado na geladeira com outras medicações. Em uma prática segura haveria barreiras de defesas que antecedessem o erro, por exemplo, a dispensação de dose única pela farmácia.

Segundo Reason (2000) essas barreiras de defesas podem ser classificadas de acordo com o modo de aplicação. As barreiras de defesas que tem a função de sinalizar e alertar são as barreiras de segurança, barreiras físicas e dispositivos de alarmes, denominadas “*hard*”. Já as barreiras relacionadas à legislação, regras, protocolos, treinamentos, supervisão, controle administrativo, são chamadas de “*soft*”.

Através dos relatos no caso analisado fica evidente que falhas como comunicação verbal na passagem de plantão sem efetividade deixando dúvidas na auxiliar acusada, falta de participação da enfermeira durante a passagem de plantão, falta de conhecimento da substância que foi administrada erroneamente, mesmo a Clínica tendo uma política de treinamentos para os trabalhadores de enfermagem, falta de comunicação com os pais a respeito da medicação que iria ser administrada, única geladeira para acondicionar medicações consideradas potencialmente perigosas ou não ao paciente da clínica médica, centro cirúrgico e semi-intensiva, falta de protocolos e normas escritas, clima organizacional de uma cultura punitiva.

Para implementar essas medidas protetivas visando a segurança do paciente de reduzir a incidência de erros, conforme as recomendações da Aliança Mundial para Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde e o Programa Nacional de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde do Brasil, as instituições de saúde precisam investir maciçamente em fatores como estrutura organizacional, política e cultura de segurança, com protocolos e normas objetivos e efetivos a serem seguidos pelos trabalhadores de saúde.

Um estudo de Silva *et al*, (2016) verificou que as ações voltadas para segurança do paciente nas organizações não depende somente da infraestrutura, de recursos (materiais, tecnológicos, humanos e financeiros) e de procedimentos relevantes para o desenvolvimento da cultura de segurança, precisando haver aprendizado para todas as esferas da organização.

Para tanto, algumas ações de cultura de segurança do paciente organizacional eficaz devem ser desenvolvidas como: reconhecer que o ser humano é falho e que os erros são inevitáveis; incorporar um sistema não punitivo de culpabilização do indivíduo para haver de forma voluntária o relato e análise de eventos adversos; investigar, analisar, discutir e aprender com os erros; e identificar antecipadamente de forma proativa as ameaças para o erro ocorrer. Contudo, as mudanças e os resultados não são imediatistas, é preciso ter foco, determinação e paciência para alcançar uma cultura de segurança fortalecida (REASON, 2000; PADILHA, 2001; BOGNAR, *et al*, 2008; MALIK, SCHIESARI, 2011).

Tendo em vista, que o estudo de caso analisado ocorreu em 2001, período em que o problema de saúde pública voltada a Segurança do Paciente e o estudo sobre o erro ainda estava em desenvolvimento pode ter limitado a análise e investigação do Processo Ético Disciplinar pelo COREN, pelo fato de não haver questionamentos mais direcionados aos fatores organizacionais e gerenciais relacionados ao erro.

Realizando uma busca rápida na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores “segurança do paciente *and* erro”, com o critério de inclusão língua portuguesa, obtive como resultado 121 publicações. Em 2001, ano da ocorrência do erro do estudo de caso, houve apenas uma publicação fora do tema. Em 2004, ano que a OMS criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, houve também uma publicação referente ao erro de medicação. Em 2013, após a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente houve 13 publicações todos eles voltados para a temática segurança do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar o caso de um Processo Ético Disciplinar cuja denúncia foi acusação de uma auxiliar de enfermagem que cometeu um erro, administrar um medicamento errado, revela uma série de fatores contribuintes com um conjunto de circunstâncias, que quando combinados conduzem aos resultados catastróficos, o óbito da paciente e a cassação do registro profissional da auxiliar de enfermagem acusada.

Fatores contribuintes organizacionais como restrição financeira, estrutura organizacional; falta de protocolos e falta de cultura de segurança ao paciente foram encontrados nos relatos dos autos do processo ético discutidos. Estes possivelmente quando associados aos outros fatores das condições latentes e falhas ativas, como fatores do paciente, da tarefa ou tecnologia, individuais, da equipe, do ambiente de trabalho e do contexto institucional propiciaram condições para o erro no trabalho de enfermagem. Como não havia barreiras de defesas eficientes para impedi-lo, o óbito da paciente ocorreu, e a cultura punitiva da empresa de buscar o culpado e não as causas, subjugou a auxiliar de enfermagem como a única culpada pelo erro. Sendo assim, este estudo atendeu ao objetivo proposto de *Analisar os fatores organizacionais contidos num Processo Ético Disciplinar, a luz do modelo teórico de James Reason, que contribuíram para o erro no trabalho de enfermagem.*

REFERENCIAS

AHMED, Adil H. et al. Adverse in-hospital events are associated with increased in-hospital mortality and length of stay in patients with or at risk of acute respiratory distress syndrome. **Mayo Clin Proc**, vol. 90, p. 8-321, 2015.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Vigilância sanitária lança novas normas para a segurança dos pacientes em hospitais**: ANVISA, 2013. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/07/resolucao-da-anvisa-exige-melhoria-na-seguranca-dos-pacientes>. Acesso em: 05 mai. 2018.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Relacionados à Assistência à Saúde**: ANVISA, 2017.

BOGNÁR, A. et al. Errors and the burden of errors: attitudes, perceptions, and the culture of safety in pediatric cardiac surgical teams. **Ann Thorac Surg**. Vol. 85, n. 4, p. 81-1374, 2008.

CHARLES, Vicent. et al. How to investigate and analyse clinical incidents: **Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol**. **BMJ**, vol. 320 n. 7237 p. 777-781, 2000.

FORSTER, Alan J. et al. The impact of adverse events in the intensive care unit on hospital mortality and length of stay. **BioMed Central Ltd**, vol. 8, n. 1, p. 8-259, 2008.

FORTE, Elaine Cristina Novatzki et al. Erros de enfermagem: o que está em estudo. **TextoContexto Enferm**, vol. 26, n. 2, p. 1-10, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001400016>>. Acesso em: 01 fev. 2018.

GIL, A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MALIK, A.; SCHIESARI, L. Gestão em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. **Qualidade e acreditação**. p.8-325.

PADILHA, Katia Grillo. Ocorrências iatrogênicas na UTI e o enfoque de qualidade Revista Latino Americana Enfermagem, vol. 9, n.5, p. 6-91, 2001.

POTTIER, Véronique. et.al. Overview of adverse events related to invasive procedures in the intensive care unit. **Am J Infect Control**, vol. 40, p. 6-241, 2012.

ROQUE, Keroulay Estebanez; TONINI, Teresa; MELO, Enirtes Caetano Prates. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 32, n. 10, p. 1678-4464, Outubro, 2016.

REASON, James. **A Life in Error: From Little Slips to Big Disasters**. ASHGATE, 2003.

REASON, James. **Human Error**. London: Cambridge University Press, 2003.

SANTOS, J.; SILVA, A.; MUNARI, D.; MIASSO, A. Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, vol. 20, n. 4, p. 483-488, dez. 2007. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000400016>> Acesso em: 26 abr. 2018.

SILVA, N.; BARBOSA, A.; PADILHA K.; MALIK, A. Segurança do paciente na cultura organizacional: percepção das lideranças de instituições hospitalares de diferentes naturezas administrativas. **Revista Escola Enferm USP**, vol. 50, n. 3, p. 490-497, 2016.

TAYLOR, A.; VINCENT C. Systems analysis of clinical incidents: **the London protocol**. Clinical Risk. Vol. 10, n. 6, p. 211-220, 2004.

Ventura, M. **O estudo de caso como metodologia de pesquisa**. Revista SOCERJ, vol. 20, n. 5, p. 383-386, 2007.

YIN, Robert . **Estudo de caso. planejamento e métodos**. 5 ed. [S.L]: bookman, 2015. 320 p.

ZUCCHI, P.; NERO, C.; MALIK, A. Gastos em saúde: **os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde**. Saúde e Sociedade, vol. 9, n.1, p. 127-150, 2000.

4 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Esta dissertação de mestrado cujo objetivo geral foi analisar os fatores organizacionais contidos em Processo Ético Disciplinar sobre o Erro no trabalho em Enfermagem, a luz da teoria de James Reason e do Protocolo de Londres teve como produtos dois artigos. O primeiro, intitulado **Erro de enfermagem a luz da teoria de James Reason** e o segundo **Fatores Organizacionais contribuintes para o Erro no Trabalho em Enfermagem**.

O primeiro artigo buscou responder a questão norteadora: De que maneira é abordada, na literatura nacional e internacional, o modelo Queijo Suíço de James Reason para explicar o erro no trabalho em enfermagem, no período de 2012 a 2017? O segundo: Que fatores organizacionais contidos num Processo Ético Disciplinar contribuíram para o erro no trabalho em enfermagem?

O resultado do primeiro artigo evidenciou modelo do Queijo Suíço do teórico James Reason, cujo objetivo é definir o erro, sob uma abordagem individual e do sistema, apesar de ser utilizada como embasamento científico sobre o erro humano nos principais documentos e manuais mundiais voltadas para a Segurança do Paciente, ainda é aplicada de forma inexpressível nas publicações nacionais e internacionais sobre o tema Erro de Enfermagem.

A metassíntese teve importância pela necessidade do aprofundamento do modelo Queijo Suíço do teórico James Reason através de suas produções textuais para discutir e analisar o Processo Ético Disciplinar de Enfermagem, presente no segundo artigo.

Analisar o caso de um Processo Ético Disciplinar do COREN, tendo como ferramenta de investigação e análise o Protocolo de Londres e o modelo de James Reason, permitiu identificar diversos fatores contribuintes para o erro que a Auxiliar de Enfermagem foi acusada. Dentre eles, os fatores organizacionais da instituição de saúde, como: restrição financeira; estrutura organizacional; falta de protocolos; e falta de cultura de segurança ao paciente. Possivelmente estes fatores organizacionais associados aos fatores do paciente, fatores da tarefa ou tecnologia, fatores individuais, fatores da equipe, fatores do ambiente de trabalho e os fatores do contexto institucional contribuíram e/ou influenciaram para ocorrência do erro.

Contudo, diante da análise do Processo Ético Disciplinar não foi possível identificar com mais profundidade os fatores organizacionais, visto que não houve dados suficientes acerca do funcionamento organizacional e gerencial da instituição de saúde nos autos do PED.

Outra limitação se deve ao fato da aplicação do Protocolo de Londres, para análise e investigação do erro, só estar presente no Programa Nacional de Segurança do Paciente em 2017. Este preconiza um método de análise e investigação das causas do erro com profundidade,

não sendo possível aplicar todos os passos no Processo Ético Disciplinar escolhido: Identificação e decisão para investigar; seleção das pessoas para investigar; coleta e organização dos dados; estabelecer a cronologia do incidente; determinar os Problemas de Prestação de Cuidados (PPC) ou atos inseguros/falhas ativas; Identificar Fatores Contribuintes; e por fim, Recomendações e Plano de Ação (TAYLOR-ADAMS, VINCENT, 2004; BRASIL, 2017).

A coleta de dados teve que se limitar aos relatos presentes nos documentos do PED, não sendo possível aprofundar a investigação relacionados aos fatores contribuintes ou influenciadores para o erro proposto por James Reason, Sally Taylor-Adams, Charles Vincent e recomendado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária no Ministério da Saúde no Brasil.

É sabido, que no tocante da instrução de um Processo Ético Disciplinar de Enfermagem norteado pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 370 de 03 de novembro de 2010, não apresenta uma metodologia de análise e investigação como o Protocolo de Londres, e sim associações dos fatos de um procedimento de instrução com as leis e normas regulamentadoras do trabalhador de enfermagem. Sendo assim, se houvesse uma metodologia de análise e investigação de um erro, poderia revelar diversas causas latentes dantes não notadas, e assim recomendações amplas e eficazes no intuito de reduzir o número de eventos adversos no País.

Ao concluir este trabalho, muito dos fatores contribuintes para o erro no trabalho em enfermagem ainda necessitam ser exploradas, pois compreende-se que este tema é amplo, e perpassa desde os trabalhadores, usuários dos serviços, até as organizações de saúde. Dessa forma, espera-se que os resultados deste estudo proporcionem reflexões acerca do erro no trabalho em enfermagem em uma abordagem sistêmica, entendendo que os seres humanos são falhos, e que o erro é possível de acontecer mesmo nas melhores organizações.

REFERENCIAS

- ARANAZ-ANDRÉS, J. et al. Work group. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. **J Epidemiol Community Health**, vol. 62, n. 12, p. 9-1022, 2008.
- Baker G. et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. **Canadian Med Assoc J**, vol. 170, p. 86-1678, 2004.
- BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Relacionados à Assistência à Saúde**: ANVISA, 2017.
- BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN**, n. 370, de 03 de novembro de 2010. Dispõe do Código de Processo Ético-Disciplinar da Enfermagem.
- BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN**, n. 311, de 08 de fevereiro de 2007.
- CARLTON, G.; BLEGEN, M. Medication related errors: a literature review of incidence and antecedents. **Annu Ver Nurs Res**. Vol. 24, n. 1, p. 29-38, 2006.
- CORBELLINI, V et. al.. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos auxiliares de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol. 64, n. 2, p. 7-241, 2011. Disponível:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019461004>. Acesso em: 18 mar. 2018.
- DAVIS, P. et al. **Adverse events regional feasibility study**: indicative findings. *N Z Med J*, vol. 114, n.3, p. 5-203, 2001.
- DE VRIES, E. et al.. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. **Qual Saf Health Care**, vol. 17, n.1, p. 216-223, 2008.
- DUARTE, Sabrina da Costa Machado. et al. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo, vol. 23, n. 6, p. 81-1074, Novembro/Dezembro 2015.
- FORTE, Elaine Cristina Novatzki; MACHADO, Francele Luz; PIRES, Denise Elvira Pires. A relação da enfermagem com os erros de medicação: uma revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, vol. 26, n. esp., p. 1-10, 2016. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.43324>. Acesso em: 01 fev. 2018.
- FORTE, Elaine Cristina Novatzki. et al. Erros de enfermagem: o que está em estudo. **Texto Contexto Enferm**, vol. 26, n. 2, p. 1-10, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001400016>>. Acesso em: 01 fev. 2018.
- KAUSHAL, R. et al. **Costs of adverse events in intensive care units**. *Crit. Care Med*, v.35, n.11, 2007.

KOHN, L.; CORRIGAN, J; DONALDSON, M. **To err is human: building a safer health system**. Washington: NationalAcademyofSciences, 2000, 287p.

LETAIEF, M. et al. Adverse events in Tunisian hospitals: results of a retrospective cohort study. **Int J Qual Health Care**, vol. 22, p. 380-385, 2011.

MARTINS, Cláudia Cristiane Filgueira. et al. Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem x estresse: limitações para a prática. **Cogitare Enfermagem**. Vol. 12, n. 2., p. 15-309, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i2.36985>. Acesso em: 14 abr. 2018.

MASCARENHAS, S. **Erros assistenciais e o processo de trabalho em enfermagem no hospital**. 2015. 106f. (Dissertação mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

MENDES, W. et. al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in HealthCare**, vol. 21, P. 279-284, 2009.

MICHEL, P. et al. **Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals**. Br Med J, vol. 328, p. 199-202, 2004.

NAZARENO, R.; RIBEIRO T.; SOUSA, B.; ESPÍNDULA, B. Ocorrências iatrogênicas nas Unidades de Terapia Intensiva: enfoque nas ações da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica Enfermagem**. Vol. 1, n. 2, p. 1-16, 2010.

OGUISSO, T. Histórico dos Códigos de Ética de Enfermagem no Brasil. In: Oguisso T, Schmidt MJ. **O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**, 2009.

PADILHA, Katia Grillo. et al. Ocorrências iatrogênicas com medicação em unidade de terapia intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. **Revista Escola Enfermagem USP**, vol. 36, n.1, p. 7-50, 2002.

REASON, James. **Human Error**. New York: Cambridge University Press, 1990.

REASON, James. **Human Error: Models and management**. BMJ, vol. 320, n.7237, p. 768-770, 2000.

RUNCIMAN, William. et.al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **Int J Qual Health Care**, vol. 21, n. 1, p. 18-26, 2009. Disponível: doi: 10.1093/intqhc/mzn057. Acesso em: 20 abr.2018.

SANTANA, Júlio César Batista. et al. Fatores que influenciam e minimizam os erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem**, vol. 15, n. 1, p. 152-162, 2012. Disponível em:

<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3300/3657>. Acesso em: 12 abr. 2018.

SANTOS, Audry Elizabeth dos; PADILHA, Katia Grillo. Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. **Revista Brasileira Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 4, p. 429-433, Julho/Agosto, 2005.

SCHIOLER, T. et al. **Danish Adverse Event Study, Incidence of adverse events in hospitals**. A retrospective study of medical records. *Ugeskr Laeger*, vol. 164, p. 9-4377, 2002.

SINDON, L. et al. Análise Preliminar dos Processos Ético -Disciplinares transitados e julgado no Cofen 2005-2010: um ensaio para a pesquisa. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 4, p. 216-218, 2012.

SILVA, Lolita Dopico da; CARMERINI, Flavia Giron. Análise da administração de medicamentos intravenosos em hospital da rede sentinela. **Texto e contexto Enferm**, Florianópolis, 2012, vol. 21, n. 3, p. 41-633.

SOOP, M. et al. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. **Int J Qual Health Care**, vol. 21, n. 4, p. 285-291.

SOUSA, P. et al. **Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 2011. p. 13-36.

TAYLOR, A.; VINCENT, C. Systems analysis of clinical incidents: **The London Protocol**. Londres: 2004. 21 p. Disponível em: <http://www1.imperial.ac.uk/resources/C85B6574-7E28-4BE6-BE61-E94C3F6243CE/londonprotocol_e.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2018.

VINCENT, C. **Segurança do Paciente: orientações para evitar eventos adversos**. 1 ed. São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis, 2009.

VINCENT, C.; NEALE, G. Woloshynowych M. **Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review**. *BrMed J*, vol. 322, p. 9-517, 2001.

WILSON, R. et. al. **The Quality in Australian Health Care Study**. *Med J Aust*, 1995, p. 71-458.

WHO, Medication Without Harm. World alliance for patient safety, taxonomy: **the conceptual framework for the international classification for patient safety: final technical report**. Geneva: World Health Organization, 2009.

ZEGERS, M. et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. **Qual. Saf Health Care**, vol. 18, p.2 297-302, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Produção científica sobre Erros em Enfermagem e a Teoria de James Reason, no período de 2012 à 2017.

	TÍTULO DO ARTIGO	TIPO DE ESTUDO / ANO	AUTORES	SÍNTESE DO ARTIGO	PERIÓDICO
A1	Organizational safety culture and medical error reporting by Israeli nurses.	Estudo Quantitativo 2013	Kagan, Ilya; Barnoy, Sivia	A prevenção de erros é uma das principais preocupações do sistema médico. Apesar dos esforços para reduzir os erros médicos ao mínimo, eventos adversos são inevitáveis e ocorrem quase diariamente. O relatório de erros é considerado uma condição indispensável para melhorar a segurança do paciente. Sabe-se que a cultura de segurança de uma organização influencia o comportamento profissional para a segurança. Neste estudo, houve uma associação significativa entre a cultura de segurança do paciente e relatório de erros.	J NursScholarsh

A2	Adverse events among nurse aides in long-term care facilities in Taiwan.	Estudo transversal 2014	Yu, Man-Ling; Perng, Shoa-Jen	A ocorrência de eventos adversos é uma questão importante nos cuidados de saúde, mas raramente é examinada entre profissionais de saúde não licenciados. Este estudo investigou a relação entre a incidência de eventos adversos e fatores relacionados entre auxiliares de enfermagem em cenários de longo prazo em Taiwan. Dos 213 auxiliares de enfermagem, 54,93% sofreram um evento adverso no ano anterior. Quatro variáveis, incluindo tipo de instituição, certificação, anos de experiência de trabalho como auxiliar de enfermagem e tipo de trabalho, foram encontradas como estando associadas à ocorrência de eventos adversos. Os resultados sugerem que os gerentes de saúde treinam auxiliares de enfermagem com foco específico no atendimento de qualidade.	J Nurs Care Qual
A3	Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal	Estudo descritivo-exploratório de natureza quantitativa, do tipo survey transversal 2015	Tomazoni, Andréia; Rocha, Patrícia Kuerten; Kusahara, Denise Miyuki; Souza, Ana Izabel Jatobá de; Macedo, Taise Rocha	Existem características que devem ser implementadas em uma UTI segura como: liderança forte, comunicação aberta, espírito de equipe, reação rápida e eficaz aos desafios, cultura de prevenção de riscos e relato de erros baseado em uma cultura não punitiva. Para entender a causa dos erros, diminuir a ocorrência de eventos adversos em UTIN e promover um cuidado de qualidade e seguro é fundamental compreender as dimensões culturais sob a visão dos profissionais de saúde. Os resultados demonstram que nas UTINs a segurança do paciente é uma questão delicada, indicando que fatores culturais precisam ser repensados. No entanto, fatores positivos da cultura de segurança do paciente foram evidenciados pela intenção	Texto & contexto enferm.

				dos supervisores e chefias destas unidades em priorizar a segurança e ainda, pelas características que apontam os esforços para aprender e buscar soluções quando os erros são comunicados.	
A4	Understanding nurses' and physicians' fear of repercussions for reporting errors: clinician characteristics, organization demographics, or leadership factors?	Análise transversal 2015	Castel, Evan S; Ginsburg, Liane R; Zaheer, Shahram; Tamim, Hala.	Identificar e compreender os fatores que influenciam o medo de repercussões para relatos e discussão após erros médicos entre enfermeiros e médicos continua sendo uma importante área de investigação. Os médicos citam o medo das repercussões como um obstáculo crucial para relatar erros e práticas inseguras, embora enfermeiros e médicos pareçam experimentar esses medos de maneira diferente. Pesquisas sugerem que o relato médico de erros médicos é restrito principalmente pelo medo de culpa, responsabilidade, má publicidade e estranhamento dos colegas. Em contraste, os enfermeiros temem a ação disciplinar dos supervisores e acham que os erros registrados em seus arquivos limitarão as oportunidades de progresso na carreira. A ausência de associações entre vários fatores, incluindo idade, posse e status de ensino, sugere que o medo é um construto complexo que requer mais estudos	BMC Health Serv Res
A5	O erro humano no cotidiano da assistência de	Estudo qualitativo,	Duarte SCM, Queiroz ABA, Büscher A, StippMAC	O Centro de Terapia Intensiva (CTI) é um local de tratamento especializado, cuidado intensivo, com inúmeras de informações em que os profissionais devem estar preparados para assegurar a Segurança do Paciente.	Revista Latino-Americana Enfermagem

	enfermagem em terapia intensiva	descritivo e exploratório 2015		<p>Neste estudo, tendo como teórico James Reason, o erro humano na assistência de enfermagem pode ser relacionado à abordagem do sistema, através das falhas ativas e condições latentes. As falhas ativas são representadas pelos erros na administração de medicamentos e não elevação das grades dos leitos. As condições latentes podem relacionar-se às dificuldades na comunicação entre a equipe multiprofissional, falta de normas e rotinas institucionais e ausência de recursos materiais. Portanto, os erros identificados interferem na assistência de enfermagem e recuperação da clientela, podendo causar danos. Entretanto, são tratados como ocorrências comuns e inerentes ao cotidiano. Enfatiza-se a necessidade de reconhecimento destas ocorrências, estimulando a cultura de segurança na instituição.</p>	
--	---------------------------------	-----------------------------------	--	--	--

A6	The experience of nursing students who make mistakes in clinical.	Estudo qualitativo utilizando a teoria Fundamentada 2015	Zieber, Mark Pijl; Williams, Beverley.	O erro na prática clínica é significativo tanto na enfermagem quanto na educação de enfermagem. Enquanto que na enfermagem adotam a teoria do sistema em sua prática em que os indivíduos raramente são culpados pelos erros; uma reação não-punitiva promove melhor reação aos erros; e que os fatores ambientais são componentes significativos de qualquer erro, na educação de enfermagem, na prática de ensino, ainda não ocorre evidenciando a culpabilização individual. Este estudo relatou que a experiência do erro foi altamente traumática para a maioria dos alunos; que os fatores precursores como avaliação do desempenho, posicionamento negativo do instrutor e o medo definiram a experiência do erro. Quanto a categoria “o momento em que as coisas deram errado” os alunos descreveram a confusão entre o raciocínio moral e a ética, pois eles não sabiam julgar a gravidade e dimensão do erro cometido e assim tomar a decisão sobre como proceder.	Int J NursEducScholarsh ;
A7	Survey of Nursery Errors in Healthcare Centers, Isfahan, Iran	Estudo transversal descritivo 2015	Ayoubian, Ali; Habibi, Mansooreh; Yazdian, Pouria; Bagherian-Mahmoodabadi, Hossein; Arasteh, Peyman; Eghbali, Tannaz;	Os erros de enfermagem geralmente têm um forte efeito na confiança e satisfação dos pacientes nos sistemas de serviços de saúde, e também podem levar a estresse e conflitos morais para os enfermeiros e a equipe de serviço de saúde. A maioria das queixas é relacionada aos enfermeiros são negligência, quebra de instruções, negligência e falta de habilidade suficiente foram às principais bases das decisões. Os autores propõem capacitações para reduzir as falhas.	Glob J Health Sci;

			EmamiMeybodi, Tohid.		
A8	Slips, lapses and mistakes in the use of equipment by nurses in an intensive care unit	Pesquisa de campo, do tipo descritivo e abordagem qualitativa, com aplicação da teoria do erro humano de James Reason. 2016	Ribeiro GSR, Silva RC, Ferreira MA, Silva GR.	A incorporação de equipamentos à assistência na UTI requer atenção pois há evidências da literatura sobre a ocorrência de erros do usuário no manuseio dos equipamentos. Nesta pesquisa identificaram falhas de memória e de atenção no manuseio das bombas infusoras e falhas de planejamento durante a programação dos monitores. Evidenciando que os erros causam eventos adversos que comprometem a segurança do paciente. Para tanto, os autores propõem um instrumento de verificação diária dos equipamentos, com checagens ao longo do processo de trabalho da programação das bombas infusoras e monitores, no intuito de reduzir as falhas e esquecimentos.	Revista da Escola de Enfermagem da USP
A9	Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem	Estudo exploratório-descriptivo de natureza qualitativa 2016	Silva-Batalha, Edenise Maria; Melleiro, Marta Maria.	A cultura de segurança de uma organização pode ser compreendida como o produto dos valores individuais e do grupo, atitudes, percepções, competências e os padrões de comportamento que determinam o estilo, a proficiência da saúde organizacional e a gestão da segurança. Neste estudo os discursos dos enfermeiros desvelam potencialidades e fragilidades do sistema para a segurança dos pacientes. Os discursos dos enfermeiros após a aplicação de um questionário do Hospital Survey on Patient Safety Culture traduzido e adaptado para o Português desvelaram potencialidades: empenho da supervisão de enfermagem para a segurança do paciente; mobilização da educação	HU revista

				<p>continuada e a importância da notificação dos eventos adversos para a melhoria do sistema; e fragilidades: dificuldades para com o trabalho em equipe, a culpabilidade diante do erro; o dimensionamento inadequado da equipe de enfermagem; e dificuldades na passagem de plantão.</p>	
A10	<p>Caracterização de erros na assistência de enfermagem em terapia intensiva</p>	<p>Estudo transversal e exploratório 2016</p>	<p>Duarte, Sabrina da Costa Machado; Bessa, Amanda Trindade Teixeira; Büscher, Andreas; Stipp, Marlucci Andrade Conceição.</p>	<p>Na assistência à saúde, os episódios de erro podem causar sérios danos à clientela. No que tange à assistência de enfermagem nos Centros de Terapia Intensiva (CTI), salienta-se a necessidade de um maior investimento na segurança do paciente, com a identificação e prevenção de erros, uma vez que a clientela atendida requer cuidados específicos, com diferentes tecnologias, aparelhagens e maior contingente profissional. Em relação a Teoria do Erro Humano e ao “Modelo do Queijo Suíço” todos os erros citados pelos entrevistados podem ser relacionados às falhas ativas e às condições latentes. As falhas ativas são representadas por atos inseguros cometidos pelas pessoas que estão em contato direto com o sistema e com os pacientes, e associam-se aos erros cotidianos da assistência, como os erros de medicação, extubações acidentais e não elevação de grades do leito, enquanto que as condições latentes podem ser representadas pelas patologias intrínsecas do sistema, como a falta de normas, rotinas e protocolos adequados e falta e/ ou distribuição inadequada de profissionais.</p>	<p>Cogitareenferm;</p>

APÊNDICE 2 - Matriz de Análise Documental

TIPO DE FATOR	FATOR CONTRIBUINTE OU INFLENCIADOR	COMO É DESCRITO	PERIODO	QUEM DESCREVE
Fatores do Paciente	Condição (complexidade e gravidade)			
	Comunicação e linguagem			
	Fatores sociais e de personalidade			
Fatores da Tarefa ou Tecnologia	Clareza da estrutura e desenho da tarefa			
	Disponibilidade e uso de protocolos			
	Disponibilidade e acurácia dos testes auxiliares à tomada de decisão			
Fatores Individuais (pessoas)	Conhecimento, habilidade, experiência específica.			
	Saúde física e mental			
Fatores do Time (equipes)	Comunicação verbal			
	Comunicação escrita			
	Disponibilidade de ajuda e supervisão			
	Estrutura do time (congruência, consistência, liderança, etc)			
Fatores do Ambiente de Trabalho	Interrupções, barulho, conforto térmico, iluminação, etc			
	Padrões de turno e carga de trabalho			

	Manutenção, design e disponibilidade de equipamentos			
	Apoio administrativo e gerencial no ambiente de trabalho			
Fatores Organizacionais e Gerenciais	Restrições financeiras			
	Estrutura organizacional			
	Políticas, padrões, protocolos ambíguos, normas pouco claras.			
	Cultura de segurança e prioridades			
Fatores do Contexto Institucional	Contexto regulatório e econômico			
	Sistema de saúde loco regional			
	Ligação com organizações externas			

Fonte: Adaptado de Charles Vincent e Sally Taylor-Adams, 2004

APÊNDICE 3 - Cronologia das fases do Processo Ético Disciplinar

Data	Cronologia dos fatos	Partes
04/10/2001	Internamento da paciente	--
06/10/2001	Óbito da paciente na clínica	--
10/10/2001	Relato de denúncia por um meio de comunicação midiático	--
10/10/2001	Esclarecimento público da clínica sobre os fatos	Acusação
11/10/2001	Denúncia da clínica sobre o caso ao COREN-BA	Acusação
22/10/2001	Relatório da primeira visita para apuração da denúncia – realizada pelo enfermeiro fiscal	Posição do COREN-BA
01/11/2002	Denúncia dos pais da criança a promotoria pública anexa ao recurso ao COFEN	Acusação
06/11/2001	Audiência da enfermeira responsável técnica da clínica	Acusação
06/11/2001	Audiência da AE [tia]	Acusação
06/11/2001	Audiência da AE que estava dividindo o plantão com a AE acusada	Acusada do erro
08/11/2001	Audiência da AE acusada	Defesa
18/11/2001	Defesa prévia da AE acusada, elaborada por seu advogado	Defesa
04/12/2001	Relatório final da comissão de instrução do PE	Posição do COREN-BA
07/12/2001	Parecer final da conselheira relatora (voto)	Posição do COREN-BA
10/12/2001	Alegações finais da AE acusada	Defesa
13/12/2001	Decisão do COREN Bahia sobre o caso denunciado	Posição do COREN-BA
24/01/2002	Recurso impetrado pelo advogado dos pais da criança contra a decisão do COREN-BA	Acusação
13/02/2002	Contra-razões de apelação da acusada	Defesa
04/03/2002	Parecer do relator do COFEN sobre o processo	Posição do COFEN
13/05/2002	Reinstrução do PE – oitiva da testemunha AE [tia]	Acusação
20/05/2002	Reinstrução do PE – oitiva da testemunha [médico plantonista]	Acusação
22/05/2002	Reinstrução do PE – oitiva da testemunha [pai da criança]	Acusação
22/05/2002	Reinstrução do PE – oitiva da testemunha [mãe da criança]	Acusação
23/05/2002	Reinstrução do PE – oitiva da testemunha [médico RT]	Acusação
10/06/2002	Reinstrução do PE – alegações finais [acusada]	Defesa

18/07/2002	Reinstrução do PE – parecer final conselheira relatora	Posição do COREN-BA
29/08/2002	Decisão do COREN-BA sobre a reinstrução do PE	Posição do COREN-BA
02/09/2002	Recurso dos pais da vítima ao COFEN à segunda decisão do COREN-BA	Acusação
18/09/2002	Contra-razões de apelação ao segundo recurso dos pais ao COFEN	Defesa
10/11/2002	Voto da conselheira relatora do processo no COFEN	Posição do COFEN
12/11/2002	Acórdão COFEN com a decisão, por unanimidade, pela cassação do registro profissional da culpada	Posição do COFEN

APÊNDICE 4 - Cronologia do Incidente do Estudo de Caso

DATA	PERÍODO	FATOS RELATADOS NO PED
04/10/2001	14:00 h	Internamento da paciente por gastroenterocolite aguda;
		Prescrição médica - <i>solução de 1:4 230 ml, KCl 19% 0,5 ml, gluconato de cálcio 10% 0,5 (na solução), dramin B6, tylenol gotas. . Persistindo o quadro e de acordo com os resultados laboratoriais a médica acrescentou Rocefin 250 mg diluído para 20 ml de SG a 5% IV de 12/12 hs</i>
05/10/2001	18:00	Preparação, administração e acondicionamento na geladeira da medicação pela auxiliar de enfermagem (tia da paciente) e que iria ser administrada o restante as 06:00 horas do dia 06/10/2001 pela auxiliar de enfermagem do plantão seguinte
06/10/2001	Infere-se por volta das 19:00h	Passagem de plantão verbal da auxiliar de enfermagem (tia da paciente) para auxiliar de enfermagem (acusada)
	05:00h	Encaminhamento da Auxiliar de Enfermagem (acusada) para o posto de enfermagem preparar medicações a serem administradas as 6:00 horas
	06:00h	Troca da medicação antibiótico Rocefin, por um outro relaxante muscular (SuccinilCollim – Quelicin 500 mg) pela Auxiliar d Enfermagem (acusada)
		Administração da medicação preparada pela auxiliar de enfermagem (acusada)
		Reação adversa da paciente após a administração da medicação
		Encaminhamento da paciente ao Centro Cirúrgico, lugar mais próximo com oxigênio
		Parada cardio respiratória da paciente e entubação da paciente 25 minutos depois
		Realização de manobras de reanimação pela plantonista
		Declaração de óbito

	06:08h	Conhecimento da parada cardio respiratória pela Enfermeira (RT) através da recepcionista a pedido da Dra. [médica assistente].
		Conhecimento da equipe Dr ^a [médica assistente], Dr. [...] e Dr ^a [...] (Enf ^a Chefe) sobre a parada cardio respiratória
		Confirmação da auxiliar de enfermagem a enfermeira RT sobre administração do medicamento

APÊNDICE 5 : Quadros de Fatores relacionados ao erro contidos no processo ético analisado

Quadro 1. Fatores relacionados ao paciente que influenciaram a prestação do cuidado

Adaptado: Charles Vincent e Sally Taylor-Adams, 2004

FATOR CONTRIBUINTE OU INFLUENCIADOR	Documento
Condição (complexidade e gravidade)	
<p>Internamento, dia 04/10/2001 por gastroenterocolite aguda (diarréia, vômito, febre).</p> <p>Prescrito pela médica: solução de 1:4 230 ml, KCl 19% 0,5 ml, gluconato de cálcio 10% 0,5 (na solução), dramin B6, tylenol gotas.</p> <p>Persistindo o quadro e de acordo com os resultados laboratoriais a médica acrescentou Rocefin 250 mg diluído para 20 ml de SG a 5% IV de 12/12 hs.</p> <p>Resposta satisfatória [...]. quadrodarréico diminuído, criança afebril, não vomitou e aceitava a alimentação</p> <p>No dia 06/10/01 às 06:00hs. a auxiliar de enfermagem trocou o antibiótico Rocefin (medicação prescrita) , por um relaxante muscular (SuccinilCollim – Quelicin 500 mg).</p> <p>A criança apresentou parada cárdio-respiratória. Resultado: Óbito</p>	Denúncia da clínica sobre o caso ao COREN
Comunicação e linguagem	
<p>Chegando lá ela estava chorando sentada no colo da mãe, perguntei a mãe se a neném tinha dormido bem e a mãe respondeu que [...] bem [...] pedi a mãe para acochegar a criança para ela se sentir mais confortável [...]</p>	Audiência da AE acusada
Fatores sociais	
<p>Os familiares da vítima, conhecem o trabalho prestado por esta empresa médica, pois sempre depositaram confiança em nossos serviços. Foi neste estabelecimento que a menor nasceu; prematura, frágil e que não foi medido esforços para tentar lhe dar a vida</p>	Esclarecimento Público da Clínica sobre os fatos
<p>A Auxiliar de Enfermagem [denunciada] informou que ao receber o plantão, a colega a Auxiliar de Enfermagem [tia], lhe informou que a paciente a menor [...], era sua sobrinha</p>	Posição do COREN – relatório da primeira visita para apuração da denúncia realizada pelo fiscal
<p>Sendo isso feito, a família de [menor] e a sociedade estarão satisfeitos em saber que no âmbito administrativo a justiça foi aplicada ao presente caso, bem como, esperam todos que também ocorra na esfera criminal.</p>	Acusação Recurso impetrado pelo advogado dos

	pais da criança contra a decisão do COREN-BA
Esse fato chocou a cidade, onde a todo momento as rádios locais divulgam constantemente notícias sobre esse episódio, e também o nosso Estado, pois foi noticiado por um dos jornais de maior circulação na Bahia, que é o jornal “A TARDE”.	Acusação Denúncia dos pais da criança a promotoria pública anexa ao recurso ao COFEN

Quadro 2. Fatores da Tarefa ou Tecnologia que influenciam a prestação do cuidado

Adaptado: Charles Vincent e Sally Taylor-Adams, 2004

FATOR CONTRIBUINTE OU INFLENCIADOR	Documento
Clareza da estrutura e desenho da tarefa	
<p>Não se trata de erro médico ou de qualquer falha da empresa [...], e sim do não cumprimento pela Auxiliar de Enfermagem da norma técnica e de uma das proibições do Conselho Regional de Enfermagem no seu artigo 47 que versa sobre o seguinte: “ministrar medicamento sem certificar-se da natureza da droga que a compõe e da existência do risco para o doente.</p> <p>Existe em nosso estabelecimento, recipientes separados para toda medicação, as quais são conferidas rotineiramente pelo almoxarifado e pela auxiliar que faz a medicação, distribuindo-os aos seus devidos lugares.</p>	Esclarecimento Público da Clínica/ Unidade onde aconteceu o fato
[...] realizamos curativos, esterilização, nebulização, aferindo PA, circulando em sala de cirurgia e parto [...] Auxiliares de Enfermagem temos obrigações de entregar o plantão com todos os pacientes, tomado banho, trocado a roupa de cama, aferido os sinais vitais aplicadas as medicações, feito os curativos, como também deixar todo o material utilizado já lavado secado e empacotado para esterilização. Temos ainda, que fazer anotações nos prontuários [...]	Audiência da auxiliar de enfermagem acusada
O fiscal pergunta para a acusada como ela havia cumprido a prescrição e esta respondeu que: pegou o cartão, colocou na bandeja junto com outros do horário, e contou que havia preparado conforme prescrição no cartão “Rocefin 250 mg IV”. Como na geladeira e na unidade não tinha a medicação e, Dona [tia] a avisou que ela havia diluído e que estava na geladeira “Ce alguma coisa...” que estava substituindo o Rocefin 250 mg, foi essa medicação que aplicou.	Posição do COREN Relatório da primeira visita para apuração da denúncia –

	realizada pelo enfermeiro fiscal
Disponibilidade e uso de protocolos	
Toda medicação desta clínica é guardada em recipientes separados e que a medicação a ser usada na menor estava na geladeira, a fim de conservação e que portava o nome da cliente, do n° do apartamento, a hora da abertura do frasco. Obedecia então as normas técnicas para a segurança na administração do medicamento (Rocefin)	Denúncia da clínica sobre o caso ao COREN
“colocação em local acessível a todos, literatura a ser consultada em caso de dúvidas por princípios ativos dos medicamentos”	Relatório da Comissão de Instrução
“Elaboração de protocolos de identificação de frascos de mais 01 (uma) dose de medicamentos em uso;”	Parecer final da conselheira relatora
Disponibilidade e acurácia dos testes auxiliares à tomada de decisão	
Pergunta-se, porque houve troca de medicação? Resta-nos dizer que não temos como explicar o porquê deste acontecimento inesperado, pois esta Auxiliar é qualificada para o exercício da profissão, que a medicação que ia ser utilizada pelo paciente estava marcada com o seu nome, número do apartamento, hora da abertura do frasco e armazenado na geladeira para conservação.	Esclarecimento Público da Clínica sobre os fatos
constatou a existência de uma única geladeira para guarda e conservação dos medicamentos utilizados na unidade de internação e no centro cirúrgico, misturando antibióticos, insulinas, anestésico.	Relatório Final do COREN
Orientação da Enfermeira [RT], Responsável Técnica da Clínica [nome], denunciante do Processo Ético n° [...], a respeito de maior controle e conservação de medicamentos;	Posição do COREN - Parecer final da conselheira relatora (voto)
“A Auxiliar [...] entrou e foi logo aplicando a injeção na borracha do soro próximo ao pesinho [...]”	Mãe da paciente na re-instrução do processo ético

Quadro 3. Fatores Individuais que influenciam a prestação do cuidado

Adaptado: Charles Vincent e Sally Taylor-Adams, 2004

FATOR CONTRIBUINTE OU INFLUENCIADOR	Documento
Conhecimento, habilidade, experiência específica	

Auxiliar de enfermagem por +- 10 anos sem que nada desabonasse a sua conduta moral ou infringisse o código de ética.	Denúncia da clínica sobre o caso ao COREN
É difícil explicar porque a Auxiliar de Enfermagem [acusada], nunca iniciava um plantão, sem antes checar todos os cartões de medicação.	Audiência da AE que compartilhava o plantão com a AE acusada
Eu nunca recebo um plantão para não conferir todos os cartões, exceto, esta noite e não me lembro da Auxiliar de Enfermagem [tia], ter me passado com detalhe nome, data, horário da medicação (IV),	Defesa Audiência da AE acusada
Como era o desempenho da Auxiliar de Enfermagem [acusada], antes do dia do ocorrido? Ela tinha bom desempenho, do meu conhecimento, não havia nada que desabonasse, inclusive ela tinha costume de circular cirurgias no centro cirúrgico, conhecendo as medicações que tinha na unidade.	Acusação Audiência da AE [tia]
<p>Na noite do acidente houve várias oportunidades para erros por [...]inobservância dos princípios de enfermagem quanto a administração de medicamentos</p> <p>Ficou claro que as auxiliares possuem conhecimentos sobre esses princípios que não foram levados em conta no momento da aplicação do medicamento na menor [iniciais].</p> <p>Destacamos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A gravidade da inobservância dos princípios de assistência de enfermagem, levando à morte uma criança de um ano e dois meses, portadora de patologia perfeitamente tratável [...] ➤ Nota-se a necessidade de reciclagem do pessoal de enfermagem quanto aos princípios ativos dos medicamentos e colocação em local acessível a todos, literatura a ser consultada em caso de dúvidas por princípios ativos dos medicamentos. 	Posição do COREN Relatório final da comissão de instrução do PE
Orientação da Enfermeira [RT], Responsável Técnica da Clínica [nome], denunciante do Processo Ético nº [...],Reciclagem dos Profissionais de Enfermagem, administração de medicamentos, aspectos científicos, técnicos éticos e legais	Posição do COREN Parecer final da conselheira relatora (voto)
<p>[A acusada] errou por duas vezes no mesmo episódio, uma a de não ter tido o cuidado necessário de verificar o medicamento correto a ser usado, a segunda foi a de ter injetado a droga ao invés de diluí-lo no soro como foi prescrito pela médica.</p> <p>A desatenção e o descuido da auxiliar de enfermagem [acusada] proporcionou a morte de uma criança de 1 ano e 12 meses de vida.</p>	Acusação Recurso impetrado pelo advogado dos pais da criança contra a decisão do COREN-BA
Saúde Física e Mental	

Auxiliar retornava de férias, sendo este seu 3º plantão no dia do evento.	Denúncia da clínica sobre o caso ao COREN
Até o momento houve por parte da chefia de Enfermagem, composta pelas Enfermeiras [...] e [RT], todo cuidado para o desempenho satisfatório do grupo de Auxiliares de Enfermagem, por isso, torna-se difícil explicar o ocorrido já que todas conhecem as normas e rotinas e que até o momento nada compromete o comportamento físico e moral de todo grupo, não posso afirmar se a Auxiliar de Enfermagem [acusada], retornou das férias com algum problema, não posso afirmar porque não tive contato maior até o momento do ocorrido.	Acusação Audiência da enfermeira RT da clínica
Neste dia você notou alguma diferença no comportamento dessa Auxiliar de Enfermagem? Não, estava normal.	Audiência da AE que estava dividindo o plantão com a AE acusada
[...] em razão de profundo abalo em sua estrutura psico-emocional da defendente, que a faz submeter a tratamento ainda inconcluso, REQUER a suspensão do seu registro profissional pelo prazo de 03 (três) meses, quando se espera que volte a ter condições psicológicas de enfrentar o processo	Defesa Alegações finais da AE acusada
[...] estará punindo também os 02 filhos da defendente, uma mulher separada, que sustenta sua família.	Advogado da auxiliar de enfermagem acusada nas contra-razões de apelação ao COFEN

Quadro 4. Fatores da Equipe que influenciam a prestação do cuidado

Adaptado: Charles Vincent e Sally Taylor-Adams, 2004

FATOR CONTRIBUINTE OU INFLUENCIADOR	Documento
Comunicação Verbal	
Na passagem de serviço a tia da criança, que também é auxiliar de enfermagem [...] desta clínica, passou todos esses dados para [acusada].	Acusação Denúncia da clínica sobre o caso ao COREN-BA
Tudo isso foi passado pela tia da criança que também é nossa funcionária, Auxiliar de Enfermagem, também qualificada, honesta e competente.	Acusação Esclarecimento público da clínica sobre os fatos

<p>A Auxiliar de Enfermagem [denunciada] informou que ao receber o plantão, a colega a Auxiliar de Enfermagem [tia], lhe informou que a paciente a menor [...], era sua sobrinha e começou a explicar o uso do medicamento: explicou também que a menor estava usando “Rocefim 250mg”. Ela perguntou se a medicação era IM ou IV, então a Auxiliar de Enfermagem [tia] havia lhe respondido que era IV.</p> <p>A Auxiliar de Enfermagem [acusada] disse não saber ao certo o nome da medicação. Perguntou, porque outro dia, passaram o plantão com uma prescrição de Rocefim IV, e que na unidade só tinha Rocefim IM. A Auxiliar de Enfermagem [tia] disse: que era “Cê, alguma coisa...”. [A acusada] respondeu: “Nem eu” e, então perguntou: “E sabem que no lugar de Rocefim estão usando esta aí que você me disse?” e a Auxiliar de Enfermagem [tia] respondeu: “Claro, você tá doida?”</p>	<p>Posição do COREN Relatório da primeira visita para apuração da denúncia – realizada pelo enfermeiro fiscal</p>
<p>Continua a RT: Essa passagem de serviço foi feita por 02 (duas) vezes pela Auxiliar de Enfermagem [tia] sendo ouvido nessa segunda vez por [AE testemunha 2], que chegava um pouco atrasada;</p>	<p>Acusação Audiência da enfermeira RT da clínica</p>
<p>“A Auxiliar de Enfermagem [...] Não tinha clareza sobre o nome da medicação que devia administrar.”</p>	<p>Parecer final da conselheira relatora do COREN</p>
<p>Comunicação Escrita</p>	
<p>O posto de enfermagem e as demais dependências da clínica contém avisos como lembrete “Atenção! Confira rigorosamente a medicação antes de ser feita”. Frascos parecidos!</p>	<p>Denúncia da clínica sobre o caso ao COREN</p>
<p>Em quase todos os ambientes encontram-se avisos que somos responsáveis pela infecção hospitalar e recomendando a lavagem das mãos, mas a mesma pessoa que trabalha na limpeza é a mesma que trabalha na distribuição de alimentos para os funcionários e pacientes.</p> <p>É rotina de vocês receber o a passagem de plantão sem conferir só de forma verbal? Não existem livro de relatório de Enfermagem, registro de admissões altas e óbitos.</p>	<p>Audiência da AE acusada</p>
<p>Naquele prontuário da paciente do apartamento 101, estava escrito ROCEFIM, 250 mg, em soro glicosado a 5% de 12 em 12 horas, Tylenol se a temperatura for maior que 37,8, e tinha prescrito também solução 1:4 09 (nove) gotas por minutos, de 12 em 12 horas</p>	<p>Defesa Audiência da AE acusada</p>

<p>Como você explica a prescrição de ROCEFIM EM SORO GLICOSADO para correr a 09 (nove) gotas por minuto? Não houve essa prescrição para o medicamento ROCEFIM, o gotejamento 09 (nove) gotas por minuto era para o soro (solução 1:4).</p>	
<p>Disponibilidade de ajuda e supervisão</p>	
<p>Até o momento houve por parte da chefia de Enfermagem, composta pelas Enfermeiras [...] e [RT], todo cuidado para o desempenho satisfatório do grupo de Auxiliares de Enfermagem, por isso, torna-se difícil explicar o ocorrido já que todas conhecem as normas e rotinas e que até o momento nada compromete o comportamento físico e moral de todo grupo, não posso afirmar se a Auxiliar de Enfermagem [acusada], retornou das férias com algum problema, não posso afirmar porque não tive contato maior até o momento do ocorrido.</p>	<p>Audiência da enfermeira RT da clínica</p>
<p>É passado para todas as Auxiliares de Clínica que a prescrição deverá ser cumprida rigorosamente, em caso de dúvida acione a Enfermeira ou plantonista, eu não consigo entender essa colocação de [acusada], a onde desobedece a prescrição médica</p> <p>a prescrição deverá ser cumprida [...]em caso de dúvida acione a Enfermeira ou plantonista, [...];</p> <p>No serviço noturno são 02 (duas) Auxiliares de Enfermagem, acionando a Enfermeira [RT], para qualquer necessidade maior ou urgência</p>	<p>Acusação Audiência da enfermeira RT da clínica</p>
<p>Como são armazenados os medicamentos na geladeira que é comum ao Centro Cirúrgico e demais dependências da Clínica? Nós guardamos separadas em caixas de isopor, no caso do PANCURON e os outros são armazenados separados dentro da geladeira.</p>	<p>Acusação Audiência da AE [tia]</p>
<p>A medida que aumenta o trabalho na unidade a Enfermeira Chefe providencia alguém para ajudar.</p>	<p>Acusação Audiência da AE [tia]</p>
<p>Por que você não entrou em contato com a Enfermeira ou Médico para esclarecimento sobre a medicação, já que a passagem de plantão da Auxiliar de Enfermagem [tia], deixou dúvidas? Não entrei em contato [...]</p>	<p>Acusação Audiência da AE acusada</p>
<p>Estrutura da equipe (congruência, consistência, liderança, etc)</p>	
<p>A criança teve uma parada cardíaco-respiratória, quando foi realizado imediatamente pelo plantonista as medidas e manobra de reanimação, chegando em seguida Dr^a [médica assistente], Dr. [...] e Dr^a [...] (Enf^a Chefe) que juntamente com Dr. [médico plantonista] tentaram por todos os meios devolver a vida ao paciente, porém, sem sucesso.</p>	<p>Esclarecimento Público da Clínica</p>

<p>Quando você está no plantão com outra colega tem o costume de dividir tarefas? Não, o que aparecer na hora será feito por quem estiver desocupada</p> <p>Somos 02 (duas) para tomar conta de tudo isso, realizamos curativos, esterilização, nebulização, aferindo PA, circulando em sala de cirurgia e parto, sendo raras as noite que não há uma cesárea.</p>	<p>Audiência com AE acusada</p>
--	---------------------------------

Quadro 5. Fatores do ambiente de trabalho que influenciam a prestação do cuidado

Adaptado: Charles Vincent e Sally Taylor-Adams, 2004

FATOR CONTRIBUINTE OU INFLENCIADOR	Documento
Interrupções, barulho, conforto térmico, iluminação, etc	
Você tem direito a repouso durante o plantão? Não. Quando o plantão está mais calmo o que não foi o caso pega-se os colchões dos berços coloca-os no chão do posto e reveza o descanso com a colega.	Audiência com AE acusada
No plantão vocês tiveram muitas ocorrências de pacientes graves? Tiveram 06 (seis) internamentos, 02 (dois) de obstetrícia. 01 (um) de pediatria e 03 (três) de Clínica Médica, as 02 (duas) de obstetrícia pariram, teve um paciente que reclamou a noite inteira porque a dor não passava e solicitou muito a presença de enfermagem [...].	Audiência da AE que estava dividindo o plantão com a AE acusada
Padrões de turno e carga de trabalho	
Obedecemos rigorosamente a carga horária da categoria Auxiliar de Enfermagem que é de 144 horas mês, diluindo-a para evitar sobrecarga.	Esclarecimento Público da Clínica
Questionamos a Dra. Enfermeira [RT] sobre a presença de somente 02 Auxiliares de Enfermagem para o atendimento de 13 pacientes, mais sala de parto, pronto atendimento e intercorrências na unidade. Dra. Enfermeira [RT] nos informou, que sempre que há um número maior de pacientes internados na unidade, é colocado outros Auxiliares para atender a demanda.	Posição do COREN Relatório da primeira visita para apuração da denúncia – realizada pelo enfermeiro fiscal
Distribuição do pessoal de enfermagem: No período da manhã, uma Auxiliar de Enfermagem fica no ambulatório e duas no setor de internamento, sendo que na semi-intensiva, sempre que tiver	Audiência da enfermeira RT da clínica

<p>paciente a assistência é prestada por mim até a transferência, caso haja necessidade ou por uma maior permanência, solicitamos a vinda uma Auxiliar de Enfermagem que não esteja escalada para aquele turno.</p>	
<p>E esses seis pacientes não seria uma sobrecarga? O no meu ponto de vista não Os pacientes que estavam internados apresentavam quadros que justificasse maior atenção da equipe de enfermagem? Não, pelo menos durante o meu período</p>	<p>Acusação Audiência da AE [tia]</p>
<p>O plantão foi terrível porque houve 06 (seis) a 07 (sete) internamento, entre eles um adolescente que tinha ingerido uns 40 (quarenta) comprimidos que não sabia identificar, no apartamento 103 havia um senhor com edema de testículos que levou a noite inteira queixando-se de dor, sendo medicado várias vezes sem melhora, internaram 02 (duas) gestantes que pariram naquela noite, parto normal, sendo necessário a presença minha e de [outra AE que estava no plantão], na sala de parto até a chegada do médico, internou também uma criança com quadro de desidratação que puncionei a veia com ajuda dos pais, neste momento [outra AE], estava ocupada em outro local, dentro desta unidade, 1º andar, existem 20 (vinte) leitos, mais sala de cirurgia, sala de parto, berçário e a mini-UTI, além deles no térreo fica a emergência, a sala de observação e a sala de esterilização.</p> <p>Somos 02 (duas) para tomar conta de tudo isso, realizamos curativos, esterilização, nebulização, aferindo PA, circulando em sala de cirurgia e parto, sendo raras as noite que não há uma cesárea.</p>	<p>Audiência da AE acusada</p>
<p>Nós Auxiliares de Enfermagem temos obrigações de entregar o plantão com todos os pacientes, tomado banho, trocado a roupa de cama, aferido os sinais vitais aplicadas as medicações, feito os curativos, como também deixar todo o material utilizado já lavado secado e empacotado para esterilização. Temos ainda, que fazer anotações nos prontuários, como neste dia o plantão foi muito movimentado eu me encontrava preocupada também com essas tarefas que ainda tinha que concluir.</p>	<p>Defesa Audiência da AE acusada</p>
<p>Se negligência houve, esta deve ser atribuída à própria clínica que impunha carga excessiva de trabalho para poucos profissionais.</p> <p>A defendente era submetida a péssimas condições de trabalho, com excessiva carga horária e tipos de trabalhos para tão poucos funcionários (02), insuficientes até para cobrir o espaço físico, representado por dois andares da clínica.</p>	<p>Defesa Defesa prévia da AE acusada, elaborada por seu advogado</p>

<p>Da escala de serviço dos auxiliares de enfermagem – O número de auxiliares por período é de 03 (três) e as atividades de enfermagem são desenvolvidas em dois andares da clínica térreo e 1º andar. Os plantões noturno tem pessoal que trabalha em um período de 12 (doze) horas de plantão por 36(trinta e seis) horas de descanso</p> <p>➤ A carga horária e sua distribuição na escala de Auxiliares de Enfermagem é adequada.</p> <p>O número de Auxiliar de Enfermagem por período e as atividades exercidas necessita uma avaliação principalmente no período noturno</p> <p>Na noite do acidente houve várias oportunidades para erros por excesso de atividade</p> <p>O comprometimento da Auxiliar de Enfermagem [acusada] no episódio está claro porém atenuado pelo excesso de trabalho no plantão.</p>	<p>Posição do COREN Relatório final da comissão de instrução do PE</p>
<p>Caso tomados os depoimentos e providências requeridos pela defesa, estará constatado sim, a falta de condições de trabalho, a excessiva carga horária, a excessiva diversificação das tarefas, o parco número de funcionários para dois andares de espaço físico, o armazenamento irregular de medicamentos, fora de lugares apropriados, a falta de etiquetagem deles, tudo fazendo com que se conclua que todo e qualquer operária estará sujeita a ser vítima da mesma “fatalidade”. É voz geral que o que aconteceu com a defendente poderia ter acontecido com qualquer outra pessoa.</p>	<p>Defesa Alegações finais da AE acusada</p>
<p>Manutenção, design e disponibilidade de equipamentos</p>	
<p>Tem 02 (dois) andares, térreo e 1º andar; na parte de baixo fica consultórios, ambulatórios ultra-sonografia, raio x e endoscopia; segundo andar Centro Cirúrgico, apartamentos, enfermarias e uma semi-UTI</p>	<p>Audiência da enfermeira RT da clínica</p>
<p>Geladeira fica localizada próxima ao Centro Cirúrgico e é destinada a guarda e conservação de medicamentos em uso na Unidade de Internação e no Centro Cirúrgico.</p>	<p>Relatório do COREN após primeira visita para apuração da denuncia</p>
<p>Houve falta de material no plantão? Não [...] por que lá não falta material.</p>	<p>Audiência da AE que estava dividindo o plantão com a AE acusada</p>
<p>não cheguei a fazer 01ml, quando sentir que a menor estava ficando molinha, eu gritei [apelido da colega], pelo amor de DEUS me</p>	<p>Defesa</p>

<p>ajude, que a menina está ficando molinha, [apelido da colega] neste momento já estava sentada no posto de Enfermagem fazendo anotações, quando ouviu meus gritos veio correndo, pegamos a criança e <u>levamos para o Centro Cirúrgico, onde estava o oxigênio mais perto</u>, solicitei a funcionária da limpeza para chamar o médico [...].</p>	<p>Audiência da AE acusada</p>
<p>A geladeira onde vocês guardam a medicação existem compartimentos específicos para os anestésicos? Não, é uma geladeira pequena e os medicamentos ficam na porta e nas prateleiras, inclusive sangue sem separação.</p>	<p>Defesa Audiência da AE acusada</p>
<p>O Enfermeiro [fiscal] constatou a existência de uma única geladeira para a guarda e conservação dos medicamentos utilizados na unidade de internação e no centro cirúrgico, misturando antibióticos, insulinas, anestésicos.</p> <p>As medicações estão indevidamente armazenadas em geladeira comum para antibióticos, anestésicos, insulinas etc. propiciando oportunidades acidentadas</p>	<p>Posição do COREN Relatório final da comissão de instrução do PE</p>
<p>Orientação da Enfermeira [RT], Responsável Técnica da Clínica [nome], denunciante do Processo Ético nº [...], Destinação de uma geladeira para uso exclusivo de medicamentos e serem administrados pelos pacientes internados;</p>	<p>Posição do COREN Parecer final da conselheira relatora (voto)</p>
<p>Somente <u>cerca de 25 minutos depois que encontraram o equipamento para entubar a criança</u>, quando foi, por ordem médica, administrado 0,3 ml de adrenalina e 100 mg de hidrocortisona [...]. Não são poucas as opiniões técnicas de que uma pronta entubação salvaria a vida da criança, posto que, (se verdadeiras as imputações, de que a medicação que, por anotação de colega, teria sido administrada) aquela medicação seria um relaxante muscular e não um anestésico.</p>	<p>Defesa Contra-razões de apelação da acusada</p>
<p>Apoio administrativo e gerencial no ambiente de trabalho</p>	
<p>Não falta medicação na Clínica e caso aconteça o grupo de Auxiliar de Enfermagem está autorizado a pegar a medicação na Farmácia da [clínica], ou acionar o responsável pelo Almoxarifado ou a Chefia de Enfermagem para providenciar a falta mesmo porque não existe falta de material ou medicamento que prejudique execução correta de qualquer procedimento</p>	<p>Audiência da enfermeira RT da clínica</p>
<p>Por que você não entrou em contato com a Enfermeira ou Médico para esclarecimento sobre a medicação, já que a passagem de plantão da Auxiliar de Enfermagem [tia], deixou dúvidas? Não entrei em contato devido algumas irregularidades frequentes no</p>	<p>Defesa Audiência da AE acusada</p>

prontuário, como prescrições que não deveriam ser realizadas, apesar, de checadas por quem estivesse de plantão, deixando margem para dúvidas que não poderiam ser esclarecidas.	
O FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL OU QUEM DE DIREITO NÃO PODERIA TER AUTORIZADO A SAÍDA DA MEDICAÇÃO, DA FARMÁCIA, PARA O FRIGOBAR DA ENFERMARIA	Defesa Contra-razões de apelação ao segundo recurso dos pais ao COFEN

Quadro 6- Fatores Organizacionais e Gerenciais que influenciam a prestação do cuidado

Adaptado: Charles Vincent e Sally Taylor-Adams, 2004

FATOR CONTRIBUINTE OU INFLUENCIADOR	Documento
Restrições financeiras	
UM ANESTÉSICO OU QUELICIN (agente neuro-muscular, utilizado como relaxante muscular em anestesia de curta duração) OU OUTRO MEDICAMENTO NÃO PODE SER USADO PARCIALMENTE E ARMAZENADA A SOBRA INDEVIDAMENTE (intuito de lucro ao extremo) PARA REAPROVEITAMENTO	Defesa Contra-razões de apelação ao segundo recurso dos pais ao COFEN
Auxiliar de Enfermagem [tia] dizer que tinha diluído 500mg de Rocefin, retirado 250 mg e os outros 250mg estava na geladeira com o nome do paciente [...]	Audiência da AE que compartilhava o plantão com a AE acusada
Estrutura organizacional	
Estamos conscientes que a qualificação da [clínica], tanto em recursos tecnológicos e humanos, muito contribuiu para proporcionar aos seus pais estes (14) meses de uma feliz convivência.	Esclarecimento Público da Clínica
Por outro lado, a direção da referida entidade demonstrou uma certa omissão, desorganização, ou falta de controle dos atos praticados pelos seus funcionários, pois, ao que nos parece contribuiu para a ocorrência desse fato delituoso, tendo em vista que não foram tomados os cuidados necessários de armazenar em lugares diferentes, as anestésias dos restantes dos medicamentos, como recomendam os profissionais da área de saúde	Acusação Denúncia dos pais da criança a promotoria pública anexa ao recurso ao COFEN
Admite todas as alegações da acusada, que, mesmo nas condições descritas pela “acusação” sofreu a punição adequada já que o COREN não pode punir conjuntamente a clínica e seus diretores e/ou proprietários. Mesmo porque sempre é possível para <u>as empresas</u> trocarem a PRESCRIÇÃO toda vez que alguma coisa der errada e	Defesa Contra-razões de apelação da acusada

<u>deixarem a culpa a cargo do mais fraco</u> , de uma mera auxiliar de enfermagem	
Políticas, padrões, protocolos ambíguos, normas pouco claras	
<p>Esclarecemos a população que não se trata de erro médico ou de qualquer falha da empresa</p> <p>Lembramos um dito popular que diz o seguinte: “errar é humano”, porém, aqui este ditado não rege, pois o erro pode ser fatal.</p> <p>afastá-la do quadro de funcionários, demitindo-a por justa causa e encaminhar o fato ocorrido ao COREN-BA., para que proceda o julgamento e aplique as penalidades cabíveis, pois somente a este órgão cabe a decisão final.</p>	Esclarecimento Público da Clínica
<p>A Auxiliar de Enfermagem [acusada] disse não saber ao certo o nome da medicação. [...] “E sabem que no lugar de Rocefin estão usando esta aí que você me disse?” e a Auxiliar de Enfermagem [tia] respondeu: “Claro, você tá doida?”</p> <p>A Auxiliar de Enfermagem [tia] disse que ao passar o plantão teve o cuidado de colocar oRocefinem um copo separado e alertou para a Auxiliar de Enfermagem [acusada], que o Rocefin estava rotulado, datado e com o nome da criança.</p>	Relatório do COREN após primeira visita para apuração da denuncia
<p>A Dra. Enfermeira [RT] nos informou que na Clínica existem normas e rotinas para a administração de medicamentos e podemos observar nos postos de Enfermagem a presença de avisos fixados nas paredes que chamam a atenção para a administração de medicamentos e observamos o acondicionamento dos medicamentos de uso da unidade, nos diversos setores, apresentando segurança técnica para o desenvolvimento das ações de Enfermagem.</p>	Posição do COREN Relatório da primeira visita para apuração da denúncia – realizada pelo enfermeiro fiscal
<p>Quando você está no plantão com outra colega tem o costume de dividir tarefas? Não, o que aparecer na hora será feito por quem estiver desocupada.</p>	Defesa Audiência da AE acusada
<p>Orientação da Enfermeira [RT], Responsável Técnica da Clínica [nome], denunciante do Processo Ético nº [...],Elaboração de protocolos de identificação de frascos de mais 01 (uma) dose de medicamentos em uso;</p>	Posição do COREN Parecer final da conselheira relatora (voto)
Cultura de segurança e prioridades	
<p>A Responsável Técnica (RT), enfermeira, tomou conhecimento do fato às 6:08hs do dia 06.10.2001, quando foi chamada por telefone pelo recepcionista da Clínica, a pedido da médica assistente.</p>	Relatório do COREN após primeira visita

Observamos o acondicionamento dos medicamentos de uso da unidade, nos diversos setores, apresentando segurança técnica para o desenvolvimento das ações de Enfermagem (depoimento da RT).	para apuração da denúncia
Frequentemente são realizados atualizações com o pessoal de Enfermagem? Sim; A Funcionária [acusada], frequentava esses treinamentos? Sim (e apresentava bom desempenho, segundo a RT).	Acusação Audiência da enfermeira RT da clínica
Existia outras medicações parecidas próximo ao local onde ficou? Não, tive o cuidado de retirar outros frascos, inclusive de ROCEFIM, que se encontravam no local desprezando-os por estarem diluídos e com a data vencida, justamente com medo de pegarem para uso.	Acusação Audiência da AE [tia]
Peguei a medicação e preparei pegando uma seringa de 5ml, aspirei em torno de 3 e ½ ml, achei estranha a diluição feita que supunha feita pela [tia], na minha cabeça a medicação já estava diluída e eu teria que fazer naquele horário das 06 (seis) horas, coloquei na cuba e fui ao apartamento aplicar na menor	Audiência da AE acusada
Há um clima de irregularidades sutilmente tocada nas falas das profissionais que apesar de não serem claras deveria ser investigadas, pois poderá comprometer a atuação da equipe de enfermagem.	Posição do COREN Relatório final da comissão de instrução do PE
Questionada sobre a localização da geladeira: Dra. Enfermeira [RT] respondeu que a geladeira fica localizada próxima ao Centro Cirúrgico e é destinada a guarda e conservação de medicamentos em uso na Unidade de Internação e no Centro Cirúrgico.	Relatório da primeira visita para apuração da denúncia – realizada pelo enfermeiro fiscal
Somos ainda favorável, que o Plenário do COFEN determine ao COREN-BA, QUE EXTRAIA PEÇAS DO PRESENTE PROCESSO, encaminhando-as ao MPF, a fim de averiguar as péssimas condições de trabalho, estrutural e física, da [clínica], conforme ficou constatado nos autos [...]	Posição do COFEN Voto da conselheira relatora do processo no COFEN

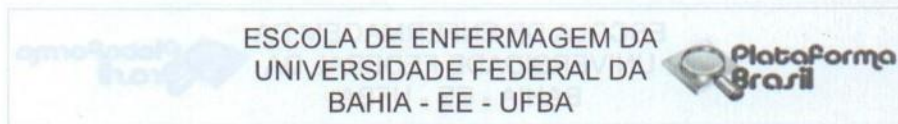
Quadro 7- Fatores do Contexto Institucional que influenciam a prestação do cuidado

Adaptado: Charles Vincent e Sally Taylor-Adams, 2004

FATOR CONTRIBUINTE OU INFLENCIADOR	Documento
Contexto regulatório e econômico	
<p>dez (10) anos de profissão, sem que nada desabonasse a sua conduta e que nunca infringiu os princípios éticos neste estabelecimento médico. Porém, foi necessário afastá-la do quadro de funcionários, demitindo-a por justa causa e encaminhar o fato ocorrido ao COREN-BA., para que proceda o julgamento e aplique as penalidades cabíveis, pois somente a este órgão cabe a decisão final.</p>	<p>Esclarecimento Público da Clínica</p>
<p>[...] a clínica infratora parece interessar-se pelo processo ético somente para utiliza-lo em jurisdição trabalhista, já que nesta acusa a trabalhadora de ter agido com imprudência.</p>	<p>Defesa Alegações finais da AE acusada</p>
<p>Todavia, o COREM aplicou à mesma a pena de afastamento de 28 dias, o quem nem serve para desestimular faltas e falhas daquela natureza, nem também para punição de um ato tão grave.</p> <p>Este fato delituoso já foi comunicado ao Ministério Público para propositura de ação criminal cabível [...].</p> <p>[...] uma pessoa que no exercício de suas funções tira a vida de uma criança não deve mais desempenhar esta atividade.</p>	<p>Acusação Recurso impetrado pelo advogado dos pais da criança contra a decisão do COREN-BA</p>
<p>A clínica, os donos da clínica, deveriam investir na PREVENÇÃO e não na exploração de funcionários, na economia de pessoal, de equipamentos e de medicamentos. Deveriam repita-se, investir como donos do capital e do investimento, na PREVENÇÃO (e não na negligência, na imprudência, na irresponsabilidade), ÚNICA forma de se evitar acidentes.</p>	<p>Defesa Contra-razões de apelação ao segundo recurso dos pais ao COFEN</p>
Sistema de saúde loco regional	
<p>Mas sabemos também que a [clínica] foi danificada a partir deste momento, que comentários maldosos foram feitos, julgando a empresa de mais de vinte e sete (27) anos de serviços prestados a esta população, na tentativa de denegrir a sua imagem.</p> <p>Estamos conscientes que a qualificação da [clínica], tanto em recursos tecnológicos e humanos, muito contribuiu para proporcionar aos seus pais estes (14) meses de uma feliz convivência.</p>	<p>Acusação Esclarecimento público da clínica sobre os fatos</p>
Ligação com organizações externas	
<p>Tais fatos são constatados até mesmo pela representação do <u>COREN que ocupa uma das salas da Clínica [nome]</u> não sabendo a defendente se gratuitamente, mas bem que poderia, a representante, testemunhar aquela realidade e ser solidária com uma profissional de mais de 20 anos de esmerado exercício da honrosa profissão. A</p>	<p>Defesa Alegações finais da AE acusada</p>

defendente sente que há mais solidariedade com a empresa e seus ricos empresários do que com uma colega de profissão.	
[...] havendo adequação da penalidade ao fato, e que, dentre as responsabilidades há a previsão legal da falha coletiva (art. 20 – responsabilizar-se por falta cometida em suas atividade profissional independente de ter sido praticada individualmente ou <u>em equipe</u>) [...] tendo em vista ainda a completa avaliação da situação pro parte do COREN, que inclusive mantém uma sala de representação dentro da CLÍNICA e que, assim, mais do que ninguém ou qualquer outro órgão tinha a plenitude do conhecimento necessário ao julgamento do feito, seja se conhecido, negado provimento ao apelo [..]	Defesa Contra-razões de apelação da acusada

ANEXO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ERRO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

Pesquisador: CRISTINA MARIA MEIRA DE MELO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51937515.5.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.374.867

Apresentação do Projeto:

O erro é o resultado da falha na execução de uma ação planejada ou o desenvolvimento incorreto de um plano. Estudos constataam que o erro pode significar uma falha no funcionamento das organizações de saúde e vincular-se às condições insatisfatórias do trabalho, a exemplo da fadiga, da falta de treinamento, de instruções equivocadas, falta de discussão sobre os erros cometidos sendo o resultado da interação entre ser humano-trabalho, ser humano-organização e ser humano-ambiente. A segurança do paciente passou a ser foco nas organizações de saúde a partir do relatório "To err is human" que revelou alta mortalidade em hospitais americanos decorrentes de erros médicos. Embora os erros possuam causa multifatorial, a maior parte das condutas empregadas pelas organizações de saúde onde acontece um erro centra-se no indivíduo e não no desenvolvimento de estratégias que possibilitem o aprendizado organizacional. Sob a perspectiva da regulação profissional em Enfermagem, o erro é entendido como infração ética a partir de uma ação, omissão ou conivência que resulte em risco ou prejuízo ao paciente quando se comprove a negligência, imperícia ou imprudência de acordo com que está preconizado no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Entender como os erros acontecem e quais são as suas implicações éticas e legais não é uma tarefa fácil, sendo necessário para implementar uma análise sistêmica o aprofundamento de conceitos e a participação dos profissionais de saúde, gestores, usuários e familiares, todos envolvidos no processo assistencial.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - EE - UFBA



Continuação do Parecer: 1.374.867

Nesse sentido, a análise sistêmica consiste em compreender as causas além do foco no indivíduo, buscando identificar elementos do processo de trabalho, no usuário e no ambiente, que podem interferir e desencadear os erros. O estudo da ocorrência de erros justifica-se pela produção do conhecimento que poderá subsidiar as organizações de saúde acerca da necessidade do desenvolvimento de uma abordagem para detecção e

notificação do erro, consequentemente melhorando a qualidade da assistência prestada, guardando coerência com o que está disposto no Programa Nacional de Segurança do Paciente. Como contribuição científica destaca-se a produção de um conhecimento até hoje inexistente no campo da enfermagem brasileira sobre a ocorrência de erros profissionais. Do ponto de vista da inovação, os resultados deste estudo poderão subsidiar a

criação de um referencial sobre o erro em enfermagem, abordando quais as principais circunstâncias em que este ocorre. Isto poderá balizar a construção de um instrumento que auxilie as organizações de saúde a fazer uma abordagem preventiva do erro.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Revelar o que se registra como erro nos processos éticos tramitados nos Conselhos Regionais de Enfermagem.

Objetivos específicos:

- Identificar os erros registrados em processos éticos tramitados em Conselhos Regionais de Enfermagem.
- Caracterizar a ocorrência de erro nos processos éticos.
- Identificar nos processos éticos disciplinares elementos do contexto do trabalho que interferiram e desencadearam os erros.
- Identificar elementos para a construção de um referencial do erro em enfermagem.
- Analisar a existência de relações entre a ocorrência do erro e o processo de trabalho em enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores,

Riscos:

Os riscos são mínimos e estão relacionados à realização dos grupos focais: constrangimento ou desconforto físico. Caso isto ocorra, serão tomadas

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - EE - UFBA



Continuação do Parecer: 1.374.867

as devidas providencias como, por exemplo, conceder um tempo adicional para responder ou a reformulação da pergunta. Faremos o grupo em um local fechado, de modo que garanta a confiabilidade e respeitaremos a integridade intelectual, social e cultural dos participantes.

Benefícios:

Será produzido o conhecimento sobre o erro em enfermagem inédito no país, ao permitir esclarecer a conexão entre o processo de trabalho em enfermagem e a ocorrência do erro.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto a ser desenvolvido em seis conselhos regionais de enfermagem do Nordeste do Brasil. Para cumprimento dos objetivos os autores propõem análise documental processos éticos encontrados nos Conselhos Regionais de Enfermagem no período de 2000 a 2014 e trabalhadoras de enfermagem. Em uma segunda fase será desenvolvida a técnica de grupo focal. Esta técnica objetiva-se compreender, a partir da perspectiva das trabalhadoras da enfermagem, as relações existentes entre o processo de trabalho e a ocorrência do erro. Serão realizados dois grupos focais em cada estado onde será realizada a coleta na primeira fase: um com enfermeiras e outro com técnicas e auxiliares de enfermagem. O projeto contém objetivos claros, metodologia apresentada detalhada, assim como fundamentação teórica e Termos de consentimento. Todos os dados das informações documentais e entrevistas etapas da pesquisa. Termos de ap

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - EE - UFBA



Continuação do Parecer: 1.374.867

Estados participantes à medida que etapas da pesquisa forem necessárias.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Projeto atende a aspectos éticos e bioéticos para pesquisa a ser desenvolvida em seres humanos. Todos os pesquisadores envolvidos na equipe executora apresentaram assinatura em termo de confidencialidade das informações documentais e demais etapas da pesquisa. Termos de apresentação obrigatória tais como anuências do COREN Alagoas, Coren Bahia, Coren Rio Grande do Norte, assim como anuências das instituições parceiras UFAL, UEFS e UFRN foram apresentados. TCLE está claro e obedecendo resolução CNS 466/2012.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado APROVA o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_546686.pdf	16/12/2015 12:47:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCRISTINAMELOREVISADO.doc	16/12/2015 12:46:28	CRISTINA MARIA MEIRA DE MELO	Aceito
Outros	CorenAL2.pdf	11/12/2015 13:18:43	CRISTINA MARIA MEIRA DE MELO	Aceito
Outros	CorenAL1.pdf	11/12/2015 12:38:44	CRISTINA MARIA MEIRA DE MELO	Aceito
Outros	CorenBa.pdf	11/12/2015 10:35:52	CRISTINA MARIA MEIRA DE MELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEFINAL.doc	10/12/2015 19:03:47	CRISTINA MARIA MEIRA DE MELO	Aceito
Outros	CorenRN.pdf	10/12/2015 11:57:48	CRISTINA MARIA MEIRA DE MELO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFBAEnfermagem.jpg	10/12/2015 11:45:32	CRISTINA MARIA MEIRA DE MELO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	NAOCOLETA.pdf	10/12/2015 11:39:03	CRISTINA MARIA MEIRA DE MELO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFRN.jpg	10/12/2015 11:37:44	CRISTINA MARIA MEIRA DE MELO	Aceito

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - EE - UFBA



Continuação do Parecer: 1.374.867

Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFAL.pdf	10/12/2015 11:37:34	CRISTINA MARIA MEIRA DE MELO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UEFS.jpg	10/12/2015 11:37:16	CRISTINA MARIA MEIRA DE MELO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Compromisso.pdf	10/12/2015 11:35:51	CRISTINA MARIA MEIRA DE MELO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CONFIDENCIALIDADE_PDF.pdf	10/12/2015 11:33:02	CRISTINA MARIA MEIRA DE MELO	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_546686.pdf	04/07/2015 17:18:02		Aceito
Folha de Rosto	Folha Rosto CONEP.jpg	04/07/2015 17:16:48		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 17 de Dezembro de 2015

Assinado por:

CAROLINA DE SOUZA MACHADO
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ANEXO 2
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
GRUPO DE PESQUISA GERIR

COLETA DE DADOS EM PROCESSOS ÉTICOS DISCIPLINARES – COREN_____

NOME DO PESQUISADOR:			DATA DA COLETA:				
Número do processo	Data da abertura	Data do arquivamento	Evento (transcrever com aspas e número da página)	Data da ocorrência do evento	Turno de ocorrência do evento	Denunciante	Denunciada
						<input type="checkbox"/> parente da vítima <input type="checkbox"/> vítima <input type="checkbox"/> coordenação de enfermagem <input type="checkbox"/> coordenação médica <input type="checkbox"/> direção geral da organização <input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> enfermeira <input type="checkbox"/> técnica de enfermagem <input type="checkbox"/> auxiliar de enfermagem <input type="checkbox"/> outro. Identificar:	<input type="checkbox"/> enfermeira <input type="checkbox"/> técnica de enfermagem <input type="checkbox"/> auxiliar de enfermagem <input type="checkbox"/> Outros. Identificar

ANEXO 2 (CONTINUAÇÃO)
 UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 GRUPO DE PESQUISA GERIR
 COLETA DE DADOS EM PROCESSOS ÉTICOS DISCIPLINARES – COREN_____

Sexo da denunciada	Idade da denunciada	Natureza da organização	Unidade da ocorrência	Unidade de prestação de serviços	Infrações apontadas pelo parecer inicial do relator (transcrever, aspiando e colocando o número da página)	Infrações apontadas pelo parecer da comissão de instrução (transcrever, aspiando e colocando o número da página)	Infrações apuradas pelo parecer final do relator (transcrever, aspiando e colocando o número da página)	Decisão da plenária	O processo foi concluído?
() Feminino () Masculino		() Pública () Privada () Filantrópica () OS () PPP () Outra:	() Hospital () Ambulatório () Clínica () UBS com Saúde da Família () UBS sem Saúde da Família () Home care () Setores administrativos () Maternidade () CAPS () SAMU () Outros. Identificar:	Se em Hospital () emergência () centro cirúrgico/CME () unidade de internação () UTI () Outros. Identificar: Se em UBS () Sala de vacina () Sala de procedimento () Consultório () Sala de triagem () Domicílio () Outros. Identificar: () Não se aplica					() Sim () Não

ANEXO 3

**OFÍCIO Nº 358/2015/GAB/PRES/COREN-BA**

Salvador/BA, 10 de dezembro de 2015.

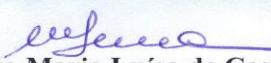
**A SRA.
CRISTINA MELO
PROFESSORA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM - UFBA.**

Prezada Professora,

Vimos por meio do presente instrumento de comunicação parabenizar V. Sa. pelo projeto de pesquisa intitulado “Erro profissional em Enfermagem” e informar que concordamos com a proposta de participação disponibilizando os dados e apoiando, dentro do que for possível, na certeza de que os resultados proporcionarão a autarquia subsídios para ações mais qualificadas em prol da valorização do exercício profissional da enfermagem.

Destarte, solicitamos que seja encaminhado a esta autarquia o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, para homologação em Plenária e execução do projeto.

Atenciosamente,


Enfermeira Maria Luísa de Castro Almeida
COREN-BA 14402
Presidente