



Cidalina da Conceição Ferreira de Abreu

A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS RELACIONADA COM O ERRO NA PRÁTICA CLÍNICA: IMPLICAÇÕES PARA O PLANEAMENTO DE CUIDADOS E PARA A FORMAÇÃO

Tese de doutoramento em Psicologia especialidade em Psicologia da Educação orientada pela Professora Doutora Maria Paula Barbas Albuquerque Paixão e pelo Professor Doutor Manuel Alves Rodrigues e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Fevereiro de 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Este projeto de investigação beneficiou de bolsa de doutoramento concedida pela Fundação para a Ciência e Tecnologia do Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior através do Programa de apoio à formação avançada de docentes do Ensino Superior Politécnico (PROTEC) com a referência SFRH/BD/49441/2009.

À memória do meu pai,

À minha mãe,

Ao meu marido e filha.

Agradecimentos

A construção desta obra realizou-se graças ao privilégio da relação que obtive com professores internacionais e nacionais, colegas, amigos e familiares. Despertaram-me curiosidade, interesse, entusiasmo, incentivo que me conduziram ao envolvimento e empenho no desenvolvimento deste estudo. Houve situações árduas da minha vida e algumas barreiras encontradas no encetar deste estudo, bem como no processo de desenvolvimento do mesmo que foram ultrapassadas devido ao apoio e encorajamento de todos aqueles que contribuíram de forma direta ou indireta para esta concretização.

A todos o meu obrigado.

Em especial gostaria de agradecer:

À professora Doutora Maria das Dores Formosinho pela orientação inicial, pelas reflexões iniciais e pelo apoio e incentivo que sempre demonstrou.

À Professora Doutora Patrícia Benner que desde o primeiro contato manifestou disponibilidade e apreço pela temática do erro nos contextos de enfermagem. O meu agradecimento pela bolsa solicitada para frequentar a Universidade de São Francisco Califórnia (USFC) School of Nursing, numa formação específica em *Clinical Judgment, Ethics & Reduction of Nursing Error*.

À Professora Doutora Maria da Conceição Taborda pela incansável orientação, apoio e disponibilidade demonstrada até ao final da sua vida.

Aos meus atuais orientadores Professora Doutora Maria Paula Paixão e Professor Doutor Manuel Rodrigues pela disponibilidade, compreensão, encorajamento, apoio e pertinência de reflexões.

À Direção da Escola Superior de Enfermagem pela preocupação e apoio dispensados no percurso deste trabalho.

À Direção dos diversos hospitais pela autorização facultada para participarem no estudo, permitindo a sua realização.

Ao Professor Doutor Paulo Queirós pela sua pragmática ajuda e pela colaboração no painel de peritos.

À Professora Doutra Aida Mendes pela colaboração no painel de peritos.

Ao Mestre Manuel Chaves pela disponibilidade incondicional e pelas pertinentes e longas reflexões como colaborador no painel de peritos.

À Professora Doutora Margarida Mendes e Professora Doutora Rosa Cristina por terem colaborado no painel de peritos no processo de tradução do questionário *Inappropriate Nursing Decisions and Actions*.

Às Professoras Doutoradas Manuela Frederico e Cândida Loureiro pela leitura atenta e sugestões de reflexões pertinentes no decurso deste trabalho, bem como o apoio e encorajamento facultado em fases mais penosas da minha vida.

A todos os enfermeiros que participaram no preenchimento do questionário porque só assim foi possível a concretização deste trabalho.

Ao meu marido pela leitura, incentivo, apoio incondicional em alturas difíceis das nossas vidas que levou a ultrapassar barreiras para a realização deste projeto.

Resumo

O erro médico consiste numa preocupação a nível global porque acarreta transtornos físicos, psicológicos e sociais para o doente e família para além dos custos financeiros que poderiam ser evitáveis. No sentido de melhorarmos a segurança do doente emerge a necessidade de obtermos nas instituições de saúde uma cultura de segurança que remete para uma mudança de paradigma tradicional centrada na punição para uma cultura mais aberta e de aprendizagem face ao erro cometido. Considera-se também relevante que os profissionais desenvolvam competências psicossociais na gestão do erro clínico.

Face à importância desta temática traçamos os seguintes objetivos: identificar os erros reportados pelos enfermeiros, as circunstâncias em que ele ocorreu e as respetivas causas, averiguar as reações emocionais, caracterizar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidar com os erros e averiguar as mudanças realizadas no exercício profissional. Pretendemos também averiguar se existem diferenças entre os diversos tipos de erro e a perceção acerca dos mesmos em função das variáveis contextuais e identificar os fatores que influenciam essas mudanças na prática profissional subsequente às ações e decisões inadequadas/erros.

Trata-se de uma investigação que utiliza uma metodologia mista comportando quatro estudos, sendo o primeiro de carácter qualitativo e os restantes três estudos de índole quantitativo. Como critérios de inclusão participaram no estudo todos os enfermeiros e excluíram-se todos os outros profissionais de saúde. Deste modo, do total de 3475 enfermeiros a quem foi disponibilizado o questionário, responderam 1165, o que correspondeu a uma taxa de retorno de 33,53%. Porém a amostra final deste estudo ficou constituída por 815 enfermeiros, considerando as seguintes exclusões: 220 entregaram o questionário em branco dentro do envelope fechado, em 101 questionários os enfermeiros referiram que nunca cometeram erros e 29 foram anulados.

Face aos resultados podemos referir que de forma sintética se evidenciaram, retrospectivamente, os erros percebidos pelos enfermeiros na categoria da Administração Segura de Medicação (ASM) com o reporte de 63,95% de erros, seguida da categoria Intervenção que na sua globalidade os enfermeiros reportaram terem cometido erros em 15%. As causas identificadas para a ocorrência de erro foram o facto de os enfermeiros decidirem rapidamente sobre o que tinham que realizar ao doente, evidenciando-se também a distração e a tomada de decisão errónea. Relativamente às reações emocionais face à perceção do erro evidenciaram-se com mais frequência a raiva, seguida da culpa. Quanto às estratégias para lidar com o erro identificou-se que os enfermeiros face à situação de erro tinham conhecimento do que deveria ser feito e, conseqüentemente, aumentaram o esforço para que resultasse em resolução da situação. Quanto à mudança no exercício da enfermagem devido ao erro, identificou-se que os enfermeiros pretenderam mudar de comportamento prestando maior atenção aos pormenores e a relevância de se realizar uma leitura mais cuidadosa do registo/plano de cuidados do doente.

Procedeu-se também à comparação entre os diferentes tipos de erros e a percepção acerca dos mesmos em função das variáveis contextuais. Neste estudo, evidenciou-se que as funções executivas são significativamente superiores aquando dos erros de ASM do que nos outros tipos de erro. Salienta-se que a ocorrência de erros de ASM como de outros tipos de erro depende das condições desfavoráveis do ambiente da enfermaria/serviço. Os erros de ASM obtiveram uma média significativamente superior aos outros tipos de erro no medo das repercussões e nos sentimentos de culpa.

Por fim, relativamente aos fatores que influenciam o impacto da mudança na prática profissional evidenciam-se como mais relevantes, os erros de julgamento que estão mais associados a mudanças construtivas do que a mudanças defensivas. As mudanças defensivas encontram-se associadas aos erros na execução da prática clínica. Os enfermeiros que concordam com a afirmação que “o ambiente na enfermaria/serviço era particularmente stressante” relatam tanto mudanças construtivas como defensivas após a ocorrência do erro. Existem mais mudanças construtivas no exercício de enfermagem quando os enfermeiros solicitam suporte por parte de superiores ou pares. As estratégias emocionais internas de raiva, culpa e de incompetência estão mais fortemente associadas a mudanças construtivas do que às mudanças defensivas. As respostas emocionais externas como o medo estão mais associado a mudanças construtivas do que a mudanças defensivas. O modelo explica 25% da variância total na ocorrência de mudanças no exercício da enfermagem subsequente ao erro reportado pelos participantes.

Estes resultados consideram-se relevantes para a formação do 1º e 2º ciclos tendo em consideração uma abordagem concetual e experiencial utilizando metodologias ativas. Ao nível do doutoramento (3º ciclo) privilegiam-se os seminários e a investigação no âmbito da temática do erro.

Palavras-chave: Erros de enfermagem, cultura de segurança, competências não técnicas, formação

Abstract

Medical errors are a worldwide concern due to their physical, psychological and social consequences on both the patient and his/her family, but also the avoidable financial costs. Therefore, the need emerges to develop a culture of patient safety in health care institutions that implies a shift from the traditional paradigm focused on punishment to a more open culture of learning from errors. In addition, the health care professionals should also acquire psychosocial skills to manage clinical errors.

Given the importance of this issue, the following objectives were outlined: to identify errors reported by nurses, the circumstances in which it occurred and its causes; analyze the emotional reactions; characterize the nurses' strategies to deal with errors; and identify the changes occurred in clinical practice. This research also aims to investigate whether there are any differences between the various types of errors and the way they are perceived based on contextual variables, and identify the factors that influence those changes in professional practice following inadequate actions and decisions/errors.

This research uses a mixed methodology and comprises four studies: the first is a qualitative study and the remaining three are quantitative studies. As an inclusion criteria participated in the study all nurses and excluded all other health professionals. Thus, the total of 3475 nurses to whom the questionnaire was made available, responded in 1165, corresponding to a return rate of 33.53%. But the final sample was composed of 815 nurses, considering the following exclusions: 220 delivered the blank questionnaire in the enclosed envelope, 101 questionnaires the nurses reported they never made mistakes and 29 were canceled.

In view of the results obtained, it may be concluded that 63.95% of the nurses' perceived errors fit into the Safe Medication Administration (SMA) category, followed by the Intervention category, in which nurses reported a total of 15% errors. The causes identified for the occurrence of errors were the fact that nurses decided too quickly what had to be performed on the patient, the distractions and wrong decision making. The most common emotional reactions to the perception of error were anger, followed by guilt. With regard to the strategies to deal with error, it was observed that nurses knew what had to be done and, consequently, increased their efforts to solve the situation. Regarding change in nursing practice as a result of the error, it was found that nurses intended to change their behavior and pay more attention to detail and to performing a more careful reading of the patient's record/care plan.

In addition, the different types of errors and how they were perceived were compared based on contextual variables. This study demonstrated that SMA errors are significantly more prevalent in executive functions than other types of errors. The occurrence of both SMA errors and other types of errors is related to unfavorable ward/service environmental conditions. As for the fear of repercussions and guilt feelings, SMA errors were significantly more frequent than other types of errors.

Finally, with regard to factors influencing the impact of change in professional practice, judgment errors associated with constructive changes were found to be more relevant than those associated

with defensive changes. Defensive changes are related to errors in the performance of clinical practice. The nurses who agreed with the statement that “the environment at the ward/service was particularly stressful” reported both constructive and defensive changes after the occurrence of the error. There are more constructive changes in nursing practice when nurses ask for the help of their superiors or peers. Internal emotional strategies, such as anger, guilt and incompetence, are more strongly associated with constructive changes than with defensive changes. External emotional responses, such as fear, are more associated with constructive changes than with defensive changes. The model explained 25% of the total variance in the occurrence of changes in nursing practice following the error reported by the participants.

These results are considered relevant for both the 1st and 2nd cycles of studies taking into account a conceptual and experiential approach using active methods. At the doctoral level (3rd cycle), focus should be on seminars and research on the theme of error.

Keywords: Nursing errors, safety culture, non-technical skills, education

Índice

INTRODUÇÃO	1
PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
CAPÍTULO I	
ESTUDOS SOBRE O ERRO CLÍNICO E IMPLICAÇÕES PARA A SEGURANÇA DO DOENTE E CULTURA DE SEGURANÇA	9
1.1 - ESTUDOS SOBRE O ERRO	9
1.2 - DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO SOBRE A PREOCUPAÇÃO COM A SEGURANÇA DO DOENTE	18
1.3 - AVANÇOS PARA CRIAR UMA CULTURA DE SEGURANÇA	23
CAPÍTULO II	
SEGURANÇA NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE	29
2.1 - CULTURA DE SEGURANÇA	29
2.2 - EMPOWERMENT E CULTURA DE SEGURANÇA	40
2.3 - INSTITUIÇÕES DE ALTA FIABILIDADE	44
CAPÍTULO III	
COMPETÊNCIAS PSICOSSOCIAIS DOS ENFERMEIROS NA GESTÃO DO ERRO CLÍNICO	51
3.1 - COMPETÊNCIAS PESSOAIS PARA GERIR O ERRO	52
3.1.1 - Competências cognitivas	52
3.1.1.1 - Tomada de consciência	52
3.1.1.2 - Tomada de decisão	54
3.1.2 - Competências Sociais	61
3.1.2.1 - Comunicação	61
3.1.2.2 - Trabalho em equipa	63
3.1.2.3 - Liderança	66
3.1.2.4 - Gestão de stresse	67
3.1.2.5 - Lidar com a fadiga	75
3.1.3 - Competências emocionais	76

PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA **85**

CAPÍTULO IV

OPERACIONALIZAÇÃO DA METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	87
4.1 - INTRODUÇÃO	87
4.2 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	90
4.3 - METODOLOGIA	90
4.3.1 - Tipo de estudo	90
4.3.2 - Amostra/Participantes	91
4.3.3 - Instrumento de recolha de dados	93
4.3.4 - Validação semântica do instrumento de recolha de dados	94
4.3.5 - Método de tratamento e análise dos dados	96
4.3.6 - Procedimentos éticos	98

CAPÍTULO V

ANÁLISE DOS ERROS REPORTADOS PELOS ENFERMEIROS DE FORMA VOLUNTÁRIA RELACIONADOS COM A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	101
5.1 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	101
5.1.1 - Categorias dos erros reportados de forma voluntária pelos enfermeiros durante a sua atividade profissional	101
5.1.1.1 - Administração Segura de Medicamentos	102
5.1.1.2 - Intervenção – Técnicas e Procedimentos	103
5.1.1.3 - Intervenção – Comunicação	106
5.1.1.4 - Intervenção – Necessidade de comer e beber	108
5.1.1.5 - Intervenção – Necessidade de Respirar	109
5.1.1.6 - Intervenção – Necessidade de Eliminação Vesical	110
5.1.1.7 - Intervenção – Necessidade de Eliminação Intestinal	111
5.1.1.8 - Responsabilidade profissional/advocacia do doente-Ética do cuidar	112
5.1.1.9 - Responsabilidade profissional/advocacia do doente - Outros assuntos	114
5.1.1.10 - Prevenção	116
5.1.1.11 - Juízo Clínico	117
5.1.1.12 - Documentação	118
5.1.1.13 - Interpretação de Ordens Prescrita por Outros	119

5.1.1.14 - Atenção/Vigilância	120
5.2 - DISCUSSÃO	121
5.2.1 - Administração Segura de Medicamentos	122
5.2.2 - Intervenção	125
5.2.3 - Responsabilidade profissional/Advocacia do doente - Ética do cuidar	126
5.2.4 - Responsabilidade profissional/Advocacia do doente- Outros assuntos	127
5.2.5 - Prevenção	127
5.2.6 - Juízo Clínico	130
5.2.7 - Documentação	131
5.2.8 - Interpretação de ordens prescritas por outros	132
5.2.9 - Atenção/Vigilância	133

CAPÍTULO VI

ANÁLISE DAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DO ERRO NA PRÁTICA E TOMADA DE DECISÃO	137
6.1 - ANÁLISE DOS RESULTADOS	137
6.1.1 - Caracterização do erro	137
6.1.2 - Categoria profissional do enfermeiro	138
6.1.3 - Nível de atividade global do doente antes do erro acontecer	139
6.1.4 - Fatores associados à existência de erro	139
6.1.4.1 - Causas percebidas do erro	139
6.1.4.2 - Falhas individuais que levaram à ocorrência do erro	141
6.1.4.3 - Fatores do contexto profissional que levaram à ocorrência do erro	143
6.1.4.4 - Fatores subjacentes às causas individuais que levaram à ocorrência do erro	144
6.1.5 - Reações ao erro	145
6.1.5.1 - Emoções experienciadas face ao resultado do erro	145
6.1.5.2 - Comunicação do erro	146
6.1.6 - Estratégias utilizadas para lidar com o erro	147
6.1.6.1- Fatores subjacentes às estratégias utilizadas para lidar com erro	149
6.1.6.2 - Estratégias adicionais para lidar com o erro	150
6.1.6.3 - Discussão do erro com a equipa clínica	152
6.1.6.4 - Consequências pessoais da discussão do erro na equipa clínica	152

6.1.7 - Mudanças no exercício da enfermagem devido ao erro	154
6.1.7.1 - Fatores subjacentes às mudanças efetuadas em consequência do erro	155
6.1.7.2 - Mudanças adicionais no exercício da profissão	156
6.1.7.2 - Intensidade do erro reportado no exercício da profissão	157
6.1.8 - Sugestões para a prevenção do erro	158
6.2 - DISCUSSÃO	160

CAPÍTULO VII

COMPARAÇÃO ENTRE OS DIFERENTES TIPOS DE ERROS E A PERCEÇÃO ACERCA DOS MESMOS EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS CONTEXTUAIS

7.1 - ANÁLISE DOS RESULTADOS	169
7.1.1 - Tempo <i>versus</i> tipo de erro	170
7.1.2 - Enfermaria <i>versus</i> tipo de erro	171
7.1.3 - Idade do doente <i>versus</i> tipo de erro	173
7.1.4 - Tempo de serviço <i>versus</i> tipo de erro	174
7.1.5 - Categoria profissional <i>versus</i> categoria profissional quando ocorre o erro	175
7.1.6 - Nível de atividade global por tipo de erro	178
7.1.7 - Impacto sobre o doente por tipo de erro	179
7.1.8 - Diferenças na percepção das causas do erro em função do tipo de erro	180
7.1.9 - Diferenças nas estratégias adotadas em função do tipo de erro	182
7.1.10 - Ambiente da enfermaria/serviço em função do tipo de erro	185
7.1.11 - Reações emocionais em função do tipo de erro	186
7.1.12 - Consequências da comunicação em função do tipo de erro	187
7.1.13 - Consequências da comunicação em equipa em função do tipo de erro	188
7.1.14 - Impacto do erro no exercício profissional de enfermagem	190
7.2 - DISCUSSÃO	191

CAPÍTULO VIII

OS FACTORES QUE INFLUENCIAM O IMPACTO DA MUDANÇA RELATIVAMENTE NA PRÁTICA PROFISSIONAL

8.1 - ANÁLISE DOS RESULTADOS	197
8.1.1 - Tempo de serviço aquando das ações e decisões inadequadas/erros <i>versus</i> tipo de mudança	197

8.1.2 - Percepção das causas do erro reportado <i>versus</i> o tipo de mudança	198
8.1.3 - As circunstâncias do contexto de enfermagem/serviço <i>versus</i> o tipo de mudanças (construtivas e defensivas) a implementar na prática profissional subsequentemente ao erro	198
8.1.3.1 - Diferenças no grau de concordância e discordância relativamente às circunstâncias do contexto enfermagem aquando da ocorrência do erro no que concerne às mudanças construtivas	199
8.1.3.2 - Diferenças no grau de concordância e discordância relativamente às circunstâncias do contexto enfermagem aquando da ocorrência do erro no que concerne às mudanças defensivas	200
8.1.4 - Estratégias de <i>coping</i> <i>versus</i> fatores de mudança construtiva e defensiva	201
8.1.5 - Emoções internas e externas <i>versus</i> fatores de mudança construtiva e defensiva	202
8.1.6 - Impacto dos diferentes fatores no exercício de enfermagem	203
8.2 - DISCUSSÃO	206
CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A FORMAÇÃO AO LONGO DA VIDA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	213
1-Síntese e discussão dos resultados obtidos	213
2-Implicações para a formação ao longo da vida dos profissionais de enfermagem	219
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	235
ANEXOS	245
ANEXO I - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	247
ANEXO II - AUTORIZAÇÃO DO AUTOR PARA A UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	255
ANEXO III - TABELAS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO	257
ANEXO IV - AUTORIZAÇÕES DOS HOSPITAIS	287
ANEXO V - AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA	307

Índice de figuras

Figura 1. Modelo do “Queijo Suíço” de causas dos erros humanos.....	25
Figura 2. Modelo de Reason (1990).....	26
Figura 3. Diagrama Espinha de Peixe - <i>Fishbone</i> para identificar os fatores que contribuíram para o incidente	27
Figura 4. Modelo de maturidade de cultura de segurança proposto por Hudson.....	32
Figura 5. Infraestrutura da inteligência ativa para a alta fiabilidade organizacional.....	46
Figura 6. Relações entre pressão, recursos e segurança.....	49
Figura 7. Modelo de prevenção de quedas em meio hospitalar.....	129

Índice de gráficos

Gráfico 1. Causas assinaladas para a ocorrência do erro.....	140
Gráfico 2. Causas assinaladas para a ocorrência do erro - Falhas individuais.....	142
Gráfico 3. Causas assinaladas para a ocorrência do erro - Contexto profissional.....	143
Gráfico 4. Emoções face ao erro.....	146
Gráfico 5. Estratégias utilizadas para lidar com o erro.....	148
Gráfico 6. Implicações da discussão do erro com a equipa clínica.....	153
Gráfico 7. Implicações do erro na prática da enfermagem.....	154

Índice de tabelas

Tabela 1. Relação entre os três níveis de desempenho e os três tipos básicos de erro.....	13
Tabela 2. Comparação entre culturas.....	42
Tabela 3. Matriz interação/conexão das organizações.....	47
Tabela 4. Decisões por reconhecimento.....	56
Tabela 5. Decisões baseadas nas regras.....	58
Tabela 6. Decisões entre diversas opções.....	59
Tabela 7. Decisões criativas.....	59
Tabela 8. Características e competências do líder para gerir o stresse.....	67
Tabela 9. Indicadores comportamentais do stresse crónico.....	70
Tabela 10. Indicadores emocionais do stresse crónico.....	71
Tabela 11. Indicadores somáticos de stresse crónico.....	71
Tabela 12. Indicadores cognitivos de stresse crónico.....	71
Tabela 13. Indicadores organizacionais de stresse crónico.....	72
Tabela 14. Indicadores comportamentais de stresse agudo.....	73
Tabela 15. Indicadores emocionais de stresse agudo.....	73
Tabela 16. Indicadores somáticos de stresse agudo.....	74
Tabela 17. Indicadores cognitivos de stresse agudo.....	74
Tabela 18. Caracterização da amostra e subamostras.....	92
Tabela 19. Caracterização da amostra.....	93
Tabela 20. Erros na Administração Segura de Medicamentos - Preparação e Administração de medicação.....	103
Tabela 21. Erros de Intervenção – Técnica e Procedimentos.....	105
Tabela 22. Erros de Intervenção – Comunicação.....	108
Tabela 23. Erros de Intervenção – Necessidade de comer e beber.....	109
Tabela 24. Erros de Intervenção – Necessidade de Respirar.....	110
Tabela 25. Erros de Intervenção – Necessidade de Eliminação vesical.....	111

Tabela 26. Erros de Intervenção - Necessidade de Eliminação intestinal.....	112
Tabela 27. Erros na Responsabilidade profissional /Advocacia do doente - Ética do cuidar.....	113
Tabela 28. Erros na Responsabilidade profissional/Advocacia do doente - Outros assuntos.....	115
Tabela 29. Erros de Prevenção.....	117
Tabela 30. Erros de Juízo Clínico.....	118
Tabela 31. Erros na Documentação - Registo de Enfermagem.....	119
Tabela 32. Erros na Interpretação de ordens prescrita por outros.....	120
Tabela 33. Erros de Atenção/Vigilância.....	121
Tabela 34. Caracterização do erro (n=815).....	138
Tabela 35. Categoria profissional na altura do erro (n=815).....	139
Tabela 36. Nível de atividade global e impacto do erro sobre o doente (n=815).....	139
Tabela 37. Mínimo, máximo, média, desvio-padrão e mediana do grau de concordância com as causas possíveis de ocorrência do erro, correlação de Spearman.....	141
Tabela 38. Mínimo, máximo, média, desvio-padrão e mediana do grau de concordância com a descrição do erro, correlação de Spearman.....	142
Tabela 39. Mínimo, máximo, média, desvio-padrão e mediana do grau de concordância com as causas possíveis de ocorrência do erro, correlação de Spearman.....	144
Tabela 40. Distribuição dos itens das questões 7 e 8 pelos componentes (ordenados pela magnitude de saturação fatorial), saturações fatoriais, comunalidades, valores próprios, variância explicada e alfa de Cronbach (ACP, rotação varimax).....	145
Tabela 41. Mínimo, máximo, média, desvio-padrão e mediana do grau de intensidade do sentimento face ao erro, correlação de Spearman.....	146
Tabela 42. Pessoa com quem o enfermeiro falou sobre o erro (Proporção de enfermeiros que assinalaram cada uma das opções).....	147
Tabela 43. Mínimo, máximo, média, desvio-padrão e mediana da frequência das estratégias para lidar com o erro.....	149
Tabela 44. Distribuição dos itens da questão 13 pelos componentes (ordenados pela magnitude de saturação fatorial), saturações fatoriais, comunalidades, valores próprios, variância explicada e alfa de Cronbach (ACP, rotação varimax).....	150
Tabela 45. Estratégias usadas para lidar com o erro – Comunicação.....	151
Tabela 46. Estratégias usadas para lidar com o erro - Formação.....	151
Tabela 47. Estratégias usadas para lidar com o erro – Atitude preventiva.....	152

Tabela 48. Discussão do erro.....	152
Tabela 49. Mínimo, máximo, média, desvio-padrão e mediana do grau de concordância com as afirmações sobre as implicações da discussão do erro com a equipa clínica.....	153
Tabela 50. Mínimo, máximo, média, desvio-padrão e mediana da frequência de utilização.....	155
Tabela 51. Distribuição dos itens da questão 16 pelos componentes (ordenados pela magnitude de saturação fatorial), saturações fatoriais, comunalidades, valores próprios, variância explicada e alfa de Cronbach (ACP, rotação varimax).....	156
Tabela 52. Mudanças no exercício da minha profissão- Atitude preventiva.....	156
Tabela 53. Mudança no exercício da minha profissão- Formação.....	157
Tabela 54. Mudança no exercício da minha profissão- Processo de enfermagem.....	157
Tabela 55. Impacto do erro no exercício da enfermagem.....	158
Tabela 56. Sugestões para a prevenção do erro – Formação.....	158
Tabela 57. Sugestões para a prevenção do erro – Competências psicossociais.....	159
Tabela 58. Tempo decorrido vs. tipo de erro (em percentagem).....	170
Tabela 59. Distribuição do tempo decorrido após o erro em função do tipo de erro (ASM <i>versus</i> outro tipo de erro).....	171
Tabela 60. Enfermaria vs. tipo de erro (em percentagem).....	172
Tabela 61. Distribuição do serviço em função do tipo de erro (ASM <i>versus</i> outro tipo de erro).....	172
Tabela 62. Idade do doente vs. tipo de erro.....	173
Tabela 63. Distribuição da idade do doente em função do tipo de erro (administração segura da medicação <i>versus</i> outro tipo de erro).....	173
Tabela 64. Tempo de serviço vs. tipo de erro.....	174
Tabela 65. Distribuição do tempo de serviço em função do tipo de erro (ASM vs. outro tipo de erro).....	175
Tabela 66. Categoria profissional atual vs. categoria profissional quando ocorreu o erro.....	176
Tabela 67. Categoria profissional vs. tipo de erro.....	177
Tabela 68. Distribuição da categoria profissional atual e na altura do erro em função do tipo de erro (ASM vs. outro tipo de erro).....	178
Tabela 69. Médias, desvios-padrão e mediana do nível de atividade global por tipo de erro (ordenação descendente).....	179
Tabela 70. Médias, desvios-padrão e mediana do impacto sobre o doente por tipo de erro.....	180
Tabela 71. Médias, desvios-padrão e mediana dos fatores das causas do erro em função do tipo de erro.....	182

Tabela 72. Médias e desvios-padrão dos fatores das estratégias adotadas em função do tipo de erro.....	184
Tabela 73. Médias e desvios-padrão dos fatores de mudanças (construtivas e defensivas) no exercício profissional em função do tipo de erro.....	185
Tabela 74. Médias, desvios-padrão e medianas do grau de concordância relativamente à descrição do ambiente da enfermaria/serviço em função do tipo de erro.....	186
Tabela 75. Médias, desvios-padrão e medianas do grau de concordância das reações emocionais em função do tipo de erro.....	187
Tabela 76. Proporção de respostas afirmativas a ter falado com alguém (Q11), o erro ter sido discutido em equipa (Q14a), ter sido aconselhado a propósito do erro (Q14b) e a ter sido punido pelo erro (Q14c).....	188
Tabela 77. Médias, desvios-padrão e medianas do grau de concordância as afirmações sobre as consequências da discussão do erro com a equipa.....	189
Tabela 78. Médias, desvios-padrão e medianas do grau de concordância as afirmações sobre as consequências da discussão do erro com a equipa (cont.).....	190
Tabela 79. Médias, desvios-padrão e mediana do impacto do erro no exercício da enfermagem.....	191
Tabela 80. Correlação entre o tempo de serviço quando se deu o erro e as mudanças construtivas e defensivas.....	198
Tabela 81. Correlação entre os fatores de causas do erro e os fatores de mudanças.....	198
Tabela 82. Média, desvios-padrão e ANOVA do grau de concordância e discordância relativamente com as circunstâncias do contexto enfermaria no que concerne às mudanças construtivas.....	200
Tabela 83. Média, desvios-padrão e ANOVA do grau de concordância e discordância relativamente com as circunstâncias do contexto enfermaria no que concerne às mudanças defensivas.....	201
Tabela 84. Correlação entre os fatores das estratégias de <i>coping</i> e os fatores de mudanças.....	201
Tabela 85. Correlação de Spearman entre as respostas emocionais internas e os fatores de mudanças.....	202
Tabela 86. Correlação de Spearman entre as respostas emocionais externas e os fatores de mudanças.....	202
Tabela 87. Estudo da distribuição das variáveis.....	204
Tabela 88. Correlação entre as variáveis originais e as variáveis transformadas.....	204
Tabela 89. Matriz de correlações entre as variáveis.....	205
Tabela 90. Sumário dos preditores na análise de regressão múltipla tendo o efeito no exercício da enfermagem como variável critério.....	206

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP – Análise em Componentes Principais
AHRQ – American Health Research Quality
AORN – Association of periOperative Registered Nurses
ASM – Administração Segura de Medicação
AVC – Acidente Vascular cerebral
CHCB – Centro Hospitalar Cova da Beira
CHMT – Centro Hospitalar Médio Tejo
cf. – Conferir
CSD – Cultura de Segurança do Doente
dB – Decibel
DGS – Direção Geral de Saúde
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
EUA – Estados Unidos da América
EUNetPaS – Project European Union Net-work for Patient Safety
EV – Via endovenosa
Ex. – Exemplo
GEMS – Generic Error-modelling System
IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
IGAS – Inspeção - Geral da Saúde
IRD – Instrumento de Recolha de Dados
INE – Instituto Nacional de Estatística
IOM – Institute of Medicine (Instituto de Medicina)
ISO – International Standards Organization (ISO)
KCL – Cloreto de Potássio
NPSA – National Patient Safety Agency
NUTS – Nomenclatura de unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OAF – Organizações de Alta Fiabilidade
OMS – Organização Mundial de Saúde
PBAB – Practice Breakdown Advisory Panel
RCA – Root Cause Analysis
PDAs – Assistente Pessoal Digital

P.O. – Administração por via *per os* (via oral)

PTA – Prótese Total da Anca

REPE – Exercício Profissional dos Enfermeiro

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SDR – Síndrome de Depressão Respiratória

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

T.A. – Tensão Arterial

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TERCAP – Taxonomy of Error, Root Cause Analysis and Practice Responsibility

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

vs. – *Versus*

Introdução

No que respeita à segurança nas instituições de saúde, está-se a uma década ou mais de atraso relativamente a outras indústrias, como a aviação, que se têm focado na construção de sistemas de segurança desde a II guerra mundial (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000). Os pilotos preocupam-se com a segurança e esta é fortalecida pela utilização de *checklists*, protocolos, restrições e a cultura da indústria (Cassiani, 2004). Esta autora acrescenta ainda, que os sistemas de trabalho destas indústrias foram desenvolvidos por especialistas em fatores humanos e em ciência cognitiva. Os altos dirigentes, interessados na implementação de uma cultura de segurança, nas organizações de saúde baseiam-se nas organizações de alta fiabilidade e esforçam-se por transporem os requisitos fundamentais de segurança para a saúde. Assim, em pleno século XXI a segurança do doente faz parte das agendas políticas onde Portugal também se inclui, através da Direção Geral de Saúde (DGS), nomeadamente pelo Departamento da Qualidade na Saúde que emite normas, orientação e informações no âmbito da qualidade e segurança do doente. A situação atual, da segurança do doente em todo o mundo, ainda é uma fonte de profunda preocupação (OMS, 2011). Contudo, muitos países do mundo já reconheceram a importância da segurança do doente e estão a construir formas de enfrentar este desafio, no sentido de melhorar a qualidade e a segurança, contexto em que se encontra neste momento Portugal.

Os erros humanos são inevitáveis na prática clínica conforme comprova a literatura científica devido à diversidade de novas tecnologias, à complexidade do conhecimento, às incertezas na tomada de decisão, à pressão do tempo, ao excesso de trabalho, à inadequada supervisão, ao deficiente processo comunicativo, entre outros. No contexto de enfermagem a ocorrência de erros constitui uma ameaça à qualidade dos cuidados e à segurança do doente, sendo esta considerada uma das preocupações a nível global. Contudo, é conhecido que a aplicação de políticas eficazes para o desenvolvimento de uma cultura de segurança contribui para a diminuição da frequência e severidade dos erros nas instituições de saúde. Este será o futuro porque os humanos são falíveis especialmente quando operam em ambiente de enorme complexidade cognitiva e social suscetível, naturalmente, à ocorrência de erros humanos e do sistema. A perspetiva presente e futura consiste em redesenhar o sistema de cuidados de saúde a diversos níveis para conseguir ser mais seguro. Construir a segurança nos processos de cuidar, considera-se uma forma mais eficaz de reduzir o erro do que culpabilizar os indivíduos, revelando-se a importância de uma cultura mais justa, isto é mais aberta à manifestação do erro por parte dos profissionais, do que propriamente uma cultura punitiva tradicional nas instituições de saúde.

No tipo de cultura institucional mais justa, encontram-se mecanismos de notificação do erro que vão ajudar a prevenir e a corrigir as falhas do sistema e os erros humanos. Em muitas organizações de saúde este tipo de cultura necessita de ser desenvolvido e para que isto possa vir a acontecer deve-se recorrer à formação dos profissionais de saúde através da autoformação e formação contínua mas também formar futuros enfermeiros nesta lógica relativamente à qualidade dos cuidados e à segurança do doente. Portanto, reconhece-se hoje a importância de formar os profissionais de cuidados de saúde em princípios e conceitos de segurança do doente (OMS, 2011). Reforçar as competências neste âmbito é considerado fundamental e

necessário para manter o ritmo com as complexidades do sistema e a exigência dos requisitos do trabalho. Para a OMS (2011) a formação e o treino dos médicos, enfermeiros, parteiras, farmacêuticos e outros profissionais prestadores de cuidados de saúde têm sido considerados a base de sustentação da qualidade e da segurança. Esta organização, refere ainda, que a formação tem sido pouco valorizada e utilizada pelas escolas e universidades como uma ferramenta poderosa para enfrentar os desafios de alcançar a melhoria da segurança dos doentes. Um pouco por todo o mundo, existe uma necessidade premente para os estudantes das mais diversas áreas de ensino que venham a prestar cuidados de saúde, em aprender e compreender como gerir e lidar como a ocorrência de eventos adversos, assegurando ao mesmo tempo um elevado grau de segurança do doente. Considera-se importante porque vai contribuir para a construção de uma base de conhecimentos e competências nos estudantes sobre segurança do doente que estes transportam para a prática clínica, ajudando a desenvolver uma futura força de trabalho capaz de corresponder desafios dos ambientes complexos existentes hoje nas instituições de saúde (OMS, 2011).

Toda esta realidade da segurança do doente tem sido motivo de reflexão e de inquietações, pois exige mudança de atitudes e comportamentos, tanto dos profissionais como dos estudantes de enfermagem, para a qual pretendemos contribuir tendo por base a formação em enfermagem e em psicologia pedagógica. A motivação também se prende com a nossa experiência profissional enquanto prestadora de cuidados. Uma situação que mais nos marcou na prestação de cuidados numa enfermaria, na qual eramos recém-chegados e onde um dia aconteceu um erro do qual fomos culpabilizados, apesar de aparentemente não ter causado dano à doente. Contudo, a vivência foi muito angustiante, existiu o medo de represálias e sentimo-nos culpados pela situação. Apesar da situação, e para ficar bem com a nossa consciência conversámos com a doente acerca do assunto no qual houve compreensão de ambas as partes. Hoje numa reflexão retrospectiva consideramos que a causa do erro foi devido a falhas no sistema de trabalho.

Estas situações foram o ponto de partida para a investigação e dadas a pertinência do assunto e a existência de poucos estudos publicados em Portugal realizamos um estudo exploratório em que o objetivo geral consiste em compreender a perceção que os enfermeiros têm relativamente às causas dos erros e às circunstâncias em que eles ocorrem e no processo de gestão e consciencialização do erro. Trata-se de um estudo atual, no que concerne ao erro na prática clínica de enfermagem e o primeiro desta índole em Portugal.

Dialogar acerca do erro cometido, ou mesmo reportá-lo, depende da cultura institucional do seu caráter punitivo ou formativo, mas apesar de termos sido confrontados com obstáculos no início do estudo, nomeadamente a não obtenção de autorizações dos Hospitais da Universidade de Coimbra e do Centro Hospitalar de Coimbra, acabamos por nos deslocar para os hospitais distritais da zona centro do país¹

1 Os hospitais que fizeram parte do estudo são os seguintes: o Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco, Hospital Distrital de Anadia, Hospital de Santo André E.P.E.- Leiria, Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede, Hospital Distrital de Águeda, Hospital Distrital de Pombal, IPO de Coimbra Francisco Gentil, Hospital de Nossa Senhora da Assunção- Guarda e o Hospital Sousa Martins-Seia, Centro Hospitalar Cova da Beira- Covilhã e o Hospital Distrital do Fundão, Hospital Oliveira do Hospital, Centro Hospitalar do Oeste Norte-CHON (Alcobaça, Caldas da Rainha e Peniche), Hospital de São Teotónio, E. P.E.-Viseu, Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.- Aveiro, Hospital Rainha Santa – Torres Novas (Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.- hospitais de Abrantes e Tomar) e Hospital Distrital Figueira da Foz, E.P.E.

(NUTIII)², dos quais obtivemos as autorizações. Compreendemos que o reportar de forma voluntária e confidencial o erro não era considerado fácil para os enfermeiros devido a constrangimentos pessoais e institucionais, nomeadamente por medo de represálias e pela conotação da palavra erro. Contudo, só a 10 de Fevereiro de 2009 é que os Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde publicaram a Portaria nº155 que edita a criação do Departamento da Qualidade na Saúde, sob a tutela da Direção Geral da Saúde, em que íntegra as divisões da Qualidade clínica e Organizacional, Mobilidade dos Doentes, Gestão Integrada da Doença e Inovação e a Segurança do Doente. Após esta formalização ministerial é que se começaram a realizar diversos projetos de âmbito nacional e começa a haver maior abertura nas instituições acerca da temática da segurança do doente. Preocupados pela dificuldade em conseguirmos ir para campo nos anos anteriores, pensamos que o estudo não tivesse continuidade mas após a mudança ministerial que veio valorizar a qualidade e a segurança do doente nas instituições de saúde, estas começaram a ficar mais recetivas e, assim, conseguiu-se proceder à recolha de dados que decorreu de 2 de Setembro de 2009 a 12 de Abril de 2011, aos enfermeiros que voluntariamente quiseram colaborar no estudo dos hospitais da zona centro do país. Esta situação foi a que trouxe mais obstáculos à realização do estudo.

Para além do objetivo geral acima referido temos, igualmente, como objetivos específicos identificar (de acordo com a perceção do enfermeiro) os erros reportados pelos enfermeiros, as circunstâncias em que ele ocorreu bem como as respetivas causas, averiguar as reações emocionais, caracterizar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidar com os mesmos e avaliar as mudanças efetuadas no exercício profissional. Pretendemos também averiguar se existem diferenças entre os diversos tipos de erro e a perceção acerca dos mesmos em função das variáveis contextuais e identificar os fatores que influenciam essas mudanças na prática profissional que surge na sequência das ações e decisões inadequadas/erros.

De acordo com os objetivos acima enunciados estruturamos o trabalho em oito capítulos. Seguem-se à introdução três capítulos de enquadramento teórico, onde se realizou uma vasta revisão da literatura, que permitiu o enquadramento concetual da temática em estudo. Os capítulos seguintes referem-se à operacionalização da metodologia de investigação e aos quatro estudos empíricos. Por fim, referimo-nos às conclusões e implicações para a formação ao longo da vida dos profissionais de enfermagem.

No primeiro capítulo, fazemos uma abordagem teórica no que respeita à conceptualização e tipologia do erro, aos diversos estudos sobre a temática do erro para evidenciar a relevância do estudo. O desenvolvimento histórico sobre a segurança do doente permite compreender a importância de não causar dano, conforme referia Hipócrates e, posteriormente, Florence Nightingale. Abordamos também os avanços para criar uma cultura de segurança onde realçamos a relevância da metáfora do *Queijo Suíço* de James Reason (1990) e a análise da raiz causal do problema (*Root Cause Analysis*) (Woodward, 2006).

Discutimos a importância da segurança nas instituições de saúde, no segundo capítulo, onde realçamos a pertinência de uma cultura de segurança em ambientes complexos como as organizações

2 NUTS significa Nomenclatura de Unidades Territoriais para fins Estatísticos retirada da Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro.

de saúde. Abordamos o *empowerment* e a cultura de segurança, onde destacamos a sua relevância para os profissionais de enfermagem, concebida como uma dinâmica poderosa que pode contribuir para a mudança da cultura institucional. Em seguida refletimos sobre a relevância da alta fiabilidade das organizações.

Para além da abordagem sistémica é, igualmente, importante a focalização no indivíduo a qual concretizamos, no terceiro capítulo, no qual procedemos ao destaque das competências psicossociais dos enfermeiros na gestão do erro clínico. Neste capítulo inserem-se, as competências não técnicas que são fundamentais para o conhecimento e desenvolvimento dos profissionais. Neste âmbito, salientamos as competências cognitivas, nomeadamente, a tomada de consciência e a tomada de decisão e as competências sociais como a comunicação, trabalho em equipa, liderança, gestão do stress e lidar com a fadiga. Em seguida fazemos referência à importância da dimensão emocional dos profissionais nas situações em que têm que lidar com a ocorrência de erros.

A operacionalização da metodologia de investigação é efetuada, no quarto capítulo, onde abordamos as questões de investigação, o tipo de estudo, a amostra, o instrumento de recolha de dados, a validação semântica do instrumento, o método e tratamento e análise dos dados e os procedimentos éticos.

Em seguida, apresentamos, no quinto capítulo, o primeiro estudo empírico em que analisamos os erros cometidos na prática clínica, reportados de forma voluntária pelos enfermeiros, seguindo-se da respetiva discussão.

Ao longo do sexto capítulo, expomos o segundo estudo empírico no âmbito do qual se analisa o percurso histórico do erro, na medida em que se identifica as causas do erro, as circunstâncias, as reações emocionais face à ocorrência do erro, as estratégias que os enfermeiros encontraram para lidar com o erro e as mudanças ocorridas no exercício de enfermagem devido ao acontecimento do erro, fazendo de seguida a discussão dos resultados.

No sétimo capítulo apresentamos, o terceiro estudo empírico, que consiste na comparação entre os diferentes tipos de erros e a perceção acerca dos mesmos em função das variáveis contextuais, seguindo-se da discussão dos resultados.

O oitavo capítulo é dedicado à realização e discussão do quarto estudo empírico em que explicitamos quais os fatores (o tempo de serviço, a perceção das causas, as circunstâncias da enfermagem, as estratégias de *coping* e as emoções internas e externas e o tipo de mudanças) que influenciam o impacto na prática profissional subsequente ao erro.

Nos capítulos empíricos acima referidos a metodologia de análise dos dados utilizada foi a análise de conteúdo de Bardin, a estatística descritiva, inferencial no âmbito da qual destacamos as técnicas de análise multivariada.

Por fim, efetuamos a conclusão que consiste na síntese dos dados mais relevantes, procurando analisar algumas implicações, nomeadamente para a prática clínica, para a formação e investigação, bem como as limitações do estudo e sugestões para investigações futuras. Apresentamos de seguida as referências bibliográficas e os anexos que contemplam os pedidos de autorização para a realização

do estudo, o instrumento de recolha de dados e outros documentos que podem esclarecer todo o processo de investigação que foi implementado.

Acreditamos que este estudo pode contribuir para incrementar o conhecimento científico acerca do erro, para que todos os profissionais, professores e estudantes na área da saúde, possam colaborar na mudança de um paradigma tradicional para um paradigma mais compreensivo do erro que tanto pode ser devido ao sistema como do indivíduo. Isto é, os erros acontecem nas organizações de saúde mas considera-se deveras importante atenuá-los competindo aos líderes e aos pares não adotar um comportamento punitivo face a quem cometeu o erro, mas que haja uma conduta mais pedagógica, ou seja de aprendizagem face ao erro de modo que surjam mudança no sistema e/ou no indivíduo.

Esta mudança de paradigma é fundamental para se construir uma cultura de segurança nas organizações de saúde e para, paulatinamente, essas organizações se aproximarem das organizações de alta fiabilidade, em que os cuidados de saúde prestados são de elevada qualidade, contribuindo deste modo para a segurança do doente.

Acreditamos que este estudo seja um ponto de partida para a realização de outros estudos mais clarificadores tanto da área de enfermagem (por exemplo compreender o que os enfermeiros entendem pelo conceito de erro na prática clínica e de acordo com os resultados realizar formação em serviço; identificar e analisar os diferentes tipos de erros que podem ocorrer em diferentes enfermarias e face ao resultado implementar medidas preventivas para os atenuar), como da psicologia cognitiva (por exemplo estudar o processo de tomada de decisão dos enfermeiros em contexto clínico que contribuiu para a ocorrência de erro; estudar a regulação das emoções dos enfermeiros face ao erro cometido).

PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO I

**ESTUDOS SOBRE O ERRO CLÍNICO E IMPLICAÇÕES PARA A
SEGURANÇA DO DOENTE E CULTURA DE SEGURANÇA**

“It may be part of human nature to err, but it’s also part of human nature to create solutions, find better alternatives and meet the challenges ahead” (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000, p.15).

O erro médico tem sido palco de diversas investigações nacionais e internacionais devido ao comprometimento que causa aos doentes tanto ao nível físico, psicológico e social. Os resultados dos estudos mostram-nos que existem erros que os profissionais cometem que poderiam ser evitados melhorando a segurança do doente. Esta preocupação com os erros ao nível das instituições de saúde é global e merece uma atenção específica tanto por parte de todos os profissionais de saúde como dos doentes e famílias. O estudo sobre esta temática não é recente, pois existe há diversos anos na aviação e nas organizações consideradas como altamente seguras e fiáveis, do qual a saúde tem transferido os conhecimentos em prol da segurança do doente.

Este capítulo apresenta inicialmente a definição de erro, segundo vários autores, a sua tipologia e uma abordagem sobre diversos estudos relativamente à ocorrência do erro. Para compreendermos a razão do surgimento da segurança do doente descrevemos a sua história para a contextualizar na atualidade a nível internacional e nacional. Por fim, abordamos os avanços concebidos para criar uma cultura de segurança, onde se destaca a metáfora do *queijo suíço* e a importância da *espinha de peixe* para a análise da raiz causal de um evento adverso.

1.1 - ESTUDOS SOBRE O ERRO

O erro médico³ tem sido alvo de estudos pelo facto de colocar em causa a qualidade dos cuidados e consequentemente a segurança do doente. O seu estudo mais sistemático teve início a partir da década de noventa nos Estados Unidos da América (EUA), através da realização de estudos epidemiológicos sobre eventos adversos, seguiu-se a Europa e hoje em dia existem estudos um pouco por todo o mundo.

3 O termo *medical error* traduzido por erro médico é muito utilizado na literatura anglo-saxónica e refere-se a todo os erros que possam ocorrer com qualquer profissional de saúde na prestação de cuidados. Na leitura à priori de erro médico parece estar implícito que no erro esteve envolvido um médico mas pode ter estado qualquer outro profissional da saúde. Neste sentido, Franco (2005) propõe que se denomine de “erro clínico”. Erro médico ou erro clínico são designações que na literatura tem o mesmo significado, isto é o erro pode compreender o envolvimento de qualquer outro profissional de saúde para além médico como o enfermeiro, o farmacêutico, o fisioterapeuta, entre outros. No desenvolvimento deste trabalho optamos pela designação de erro médico porque efetivamente a literatura consultada envereda maioritariamente pelo conceito de erro médico do que propriamente pelo de erro clínico.

Serão abordados alguns dos estudos considerados mais relevantes com a finalidade de se perceber o impacto da gravidade da situação (evidenciando-se as fragilidades das instituições de saúde).

Neste contexto, o Instituto de Medicina (IOM) nos Estados Unidos da América fez uma estimativa de que 44.000 a 98.000 doentes morreram em cada ano, num total de 33.6 milhões de internamentos, devido a erros médicos que poderiam ser evitáveis. Este facto é considerado alarmante, sobretudo quando esses números excedem as mortes por acidentes de viação (43.458), cancro da mama (42.297) e SIDA (16.516) (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000).

Esta situação tem repercussões não só em termos de custos financeiros mas também desencadeia transtornos físicos, psicológicos e sociais aos doentes por lhes ter causado dano. O relatório da IOM vem justificar que os erros acarretam, de facto, custos sociais, nomeadamente a perda de confiança no sistema de saúde pelos doentes e a existência de uma diminuição de satisfação tanto destes como dos profissionais de saúde. Acrescenta, ainda, que os doentes que ficam internados por longos períodos como resultado de erro médico podem sofrer de desconforto físico e psicológico.

Thomas et al., (1999) citados por Kohn et al., (2000) referem que estas situações que englobam os erros médicos são muito dispendiosas e nos Estados Unidos os custos nos hospitais rondam entre os 17 biliões de dólares e 29 biliões de dólares por ano nos hospitais.

Para melhor clarificarmos a definição de erro seguimos as orientações de Kohn et al., (2000), Page (2004) e Reason (1990) que o definem como uma falha do plano de ação que deveria ser concluído conforme previsto (ou seja, erro de execução) ou a utilização de um plano errado para atingir um objetivo (ou seja, erro de planeamento). Na mesma linha Fragata et al., (2006) consideram o erro como “um desvio em relação a um plano pré-concebido, um desvio que é involuntário que não resulta do acaso, desvio em relação a algo que fazemos (comissão) ou deixámos de fazer, mas deveríamos ter feito (omissão)” (p.196).

Contextualizando para a prática de enfermagem, um erro por comissão é quando o enfermeiro efetivamente executa um ato que não é o que estava previsto no plano, por exemplo, quando administra um medicamento correto por via endovenosa e deveria ser via intramuscular. Um outro exemplo, poderá ser quando foi prescrito morfina por via peros (oral) 1 comprimido em S.O.S. de 4 em 4 horas e o enfermeiro transcrever para a folha terapêutica de enfermagem morfina 1 comprimido peros de 4 em 4 horas. Tanto numa situação como na outra, o resultado desviou-se do que estava previsto devido, a uma possível falta de atenção e que por lapso aconteceu algo inesperado.

Os erros por omissão também saem fora do plano inicialmente pré-concebido, por exemplo, quando os enfermeiros na passagem de turno omitem informação relevante sobre o doente, por vezes por esquecimento provavelmente devido a sistemáticas interrupções nas passagens de turno que interferem com a capacidade de concentração. Um outro exemplo: um doente apresenta hipertensão arterial, o enfermeiro deve administrar, segundo prescrição médica, um anti hipertensor. O enfermeiro executa essa administração devendo certificar-se dos seis certos (a via certa, a hora certa, o doente certo, a dose certa, o medicamento certo e a razão certa), de acordo com Benner, Malloch e Sheets (2010). Posteriormente não avalia os sinais vitais para monitorizar a tensão arterial. Nesta situação houve omissão de um ato de enfermagem importante, no sentido de averiguar se o medicamento

anti hipertensor surtiu ou não efeito. Estas situações devem-se, por vezes, a excesso de trabalho, fadiga, interrupções sucessivas no processo do desempenho das suas funções, ruído na enfermaria, que afetam os processos cognitivos do enfermeiro levando a lapsos de memória por omitir essa função de avaliação dos sinais vitais sem intenção.

Para Meurier, Vicente e Parmar (1997) algumas decisões e atos de enfermagem inadequados, por vezes sem intenção, são cometidos durante a prestação dos cuidados de enfermagem. Estes autores consideram que decisões e atos de enfermagem inadequados referem-se a possíveis erros que podem ser definidos como decisões erradas, omissões ou atos pelos quais o enfermeiro se sentiu responsável; que causaram ou podiam ter causado sofrimento ao doente; que tiveram consequências adversas ou potencialmente adversas para o doente e que, quando aconteceram, teriam sido ajuizados como errados pelos seus pares.

Assim, o erro humano consiste num desfasamento entre três aspetos, ou seja o que uma situação requer, a intencionalidade da pessoa e o que ela poderá vir a realizar. De uma forma mais prática poderá estar presente um erro humano, quando planeamos fazer algo correto mas o resultado foi incorreto ou inesperado, por exemplo, quando se administra a medicação correta ao doente errado, podendo causar dano ao doente e colocar em causa a sua segurança.

Um erro pode dar origem a um evento adverso e este é entendido como um dano efetuado por um tratamento médico ou de enfermagem e não pela doença ou pelas condições do estado do doente e que resulta, por vezes, no prolongamento da hospitalização do mesmo (Cramer, 2004; Fragata, 2011; Fragata, et al., 2006; Fragata & Martins, 2004; Kohn et al., 2000; Page, 2004). Muitos dos eventos adversos que ocorrem nas instituições de saúde devem-se a erros cometidos pelos profissionais em que o contexto é propício ao seu acontecimento. Existem também eventos adversos que são consequentes de erros negligentes e que podem ser evitados. Estes erros são considerados negligentes quando os profissionais de saúde não cumprem a *leges artis*, ou seja, violam as regras técnico-científicas exigidas pela profissão. Por vezes, isto acontece para *encurtar caminho* ou para *despachar* o serviço colocando em causa a qualidade do trabalho e a segurança do doente. Esta situação enquadra-se dentro dos *erros desonestos* porque como referimos houve violação das regras da prática clínica, tornando os cuidados inseguros e, estes poderiam ser evitáveis, considerando-os, assim, como não desculpáveis (Fragata, 2011; Fragata & Martins, 2004).

Assim, como existem os *erros desonestos* também existem os *erros honestos*. Estes estão intrinsecamente ligado à natureza humana e, portanto, existem erros nas práticas que não são intencionais e que se pretende ter uma prática clínica zelosa, obedecendo à *leges artis* mas por falta de atenção, por má aplicação das regras ou por má deliberação, o plano inicial estabelecido não coincide com a execução final ou *outcome*, isto é, houve uma falha humana da qual não se deve ignorar a responsabilidade mas deve ser desculpável porque *errarre humanum est* (Fragata, 2011; Fragata & Martins, 2004).

James Reason (1990), professor de psicologia da universidade de Manchester, interessado no estudo dos erros humanos, refere que tanto os lapsos como as falhas se devem a alterações dos processos cognitivos, nomeadamente dos da atenção. Quando se fala em lapsos, partimos do princípio que o plano inicial estava certo mas a execução saiu errada por causa de uma falta de atenção, por exemplo, quando um enfermeiro prepara um medicamento e não coloca a dose certa porque, por falta de atenção, não reparou

na dosagem correta. Do mesmo modo, a falha surge por se ter omitido algo no processo de execução e, assim, o resultado não saiu como previsto, por exemplo, quando um enfermeiro identifica os tubos de sangue com o nome do doente e por falta de atenção omite um tubo de sangue (Fragata & Martins, 2004).

Estes erros devem-se, muitas vezes, a atividades repetitivas e automáticas que surgem por fadiga. Esta forma de erros humanos são mais facilmente observados em profissionais mais experientes, pela sucessiva repetição do ato, que devido à sua experiência, acabam por facilitar e prestar menos atenção dando origem a uma situação inesperada (Fragata & Martins, 2004). Estes autores referem que os enganos ocorrem por falhas no planeamento e, portanto, a finalidade pretendida não chega a ser atingida e uma situação de erro pode acontecer. Os enganos remetem para estruturas cognitivas superiores tornando mais subtil e complexa a sua compreensão. Contudo, a falta de experiência e falta de conhecimento ou mesmo a informação incompleta sobre determinada situação pode levar a uma tomada de decisão, que naquele momento poderia parecer a mais correta mas depois constata-se que não, “por exemplo, um enfermeiro numa situação inesperada pode tomar uma determinada decisão que à partida julga ser a mais correta, mas após a atuação, verifica que foi uma tomada de decisão errada, podendo mesmo por em risco a saúde do doente” (Abreu, 2012, p.249).

O facto de os enfermeiros tomarem decisões erradas deve-se ao facto de não terem avaliado inicialmente a situação corretamente e daí a elaboração do plano foi errada dando origem a um evento adverso (Benner et al., 2010). Estas autoras referem que se os enfermeiros, no processo de avaliação, não estiverem com uma atenção efetiva e simultaneamente com uma vigilância contínua do doente não conseguirão elaborar um bom juízo clínico. Se o enfermeiro não compreender as condições clínicas do doente e do seu tratamento pode perceber de forma errónea a situação e ignorar sinais e sintomas que possam ser significativos no processo de cuidar.

Rasmussen (1983) citado por Reason (1990) refere que os enganos podem ser divididos em enganos baseados nas regras e enganos baseados no conhecimento. Assim, com base na classificação destreza - regra - conhecimento⁴ de Rasmussen & Jensen (1974) citados por Reason (1990), propuseram um esquema designado por erro genérico - sistema de modelação⁵ (GEMS) para representar uma visão integrada do mecanismo do erro que permite relacionar os três níveis de atividade cognitiva com os três tipos primários de erro. Estes são designados por lapsos, engano com origem nas regras e engano com origem no conhecimento (cf. Tabela 1).

O nível baseado na destreza⁶ representa o desempenho sensório-motor de um determinado ato ou atividade que se traduz em comportamentos automáticos, com base em planos previamente definidos, que por falta de atenção não atingem a finalidade pretendida, dando origem a um lapso em que o indivíduo não se apercebe que errou.

4 No original skill-rule-knowledge

5 No original generic error-modelling system (GEMS)

6 No original Skill-based level

O nível baseado nas regras⁷ e no conhecimento⁸ refere-se ao desempenho do indivíduo que só é identificado como errado após ter consciência do problema ou da situação. Para solucionar esta situação, pode aplicar uma regra pré-definida que poderá dar origem a um novo erro, considerando-se, um engano com origem nas regras⁹. Por outro lado, face a esta nova situação de erro, o indivíduo para a resolver faz apelo a faculdades superiores que implicam uma análise minuciosa da situação, recorrendo a conhecimentos prévios que o levam a elaborar um plano de ação e a tomar uma decisão de resolução da mesma ou não, sendo que a não resolução é considerada um engano com origem no conhecimento¹⁰. Tanto os lapsos como os enganamentos com origem nas regras, dependem da informação que chega no momento e, por isso, processam-se de forma automática, enquanto, que os enganamentos com origem no conhecimento já exigem um trabalho intelectual elaborado com elevado custo cognitivo (Fragata & Martins, 2004; Reason, 1990).

Tabela 1

Relação entre os três níveis de desempenho e os três tipos básicos de erro

Nível de desempenho	Tipos de erro
Nível baseado na destreza	Lapsos
Nível baseado nas regras	Enganos com origem nas regras
Nível baseado no conhecimento	Enganos com origem no conhecimento

Adaptado de Rasmussen citado por Reason (1990, p.56).

Para melhor clarificação da classificação referida procedemos a uma exemplificação com base na prática clínica de enfermagem referenciada por Narumi, et al., (1999). Os autores referem que, por exemplo, um enfermeiro necessita de administrar a um doente com insuficiência cardíaca congestiva um diurético oral e ao mesmo tempo deu entrada no serviço um novo doente. O enfermeiro cuida do novo doente por algum tempo e, assim, esqueceu-se de administrar o diurético oral ao outro doente. Este tipo de erro foi classificado como lapso, sendo o nível do desempenho errado baseado na destreza. Se uma fibrilhação ventricular ocorresse no serviço de cardiologia, o enfermeiro teria que fazer massagem cardíaca, os outros elementos da equipa teriam que trazer o desfibrilhador, proceder à desfibrilhação elétrica e chamar o médico de serviço. Se, eventualmente, o enfermeiro não realizasse massagem cardíaca, nem desfibrilhação elétrica, e só procedesse ao processo de ressuscitação na presença do médico de serviço, então considera-se um engano ao nível das regras sendo o desempenho errado baseado nas regras. Na mesma situação, se o enfermeiro fosse um novo membro da equipa que não conseguisse perceber o que se estava a passar com o doente e, como tal, chamasse o médico, então classifica-se como engano baseado no conhecimento, sendo o desempenho errado ao nível

7 No original Rule-based level

8 No original Knowledge-based level

9 No original RB mistakes

10 No original KB mistakes

do conhecimento. Esta classificação permite-nos perceber o comportamento humano face a uma situação de erro que é muito mais elaborada do que de um simples ato-reflexo.

De seguida descrevem-se estudos de índole internacional e nacional que nos mostram dados epidemiológicos decorrentes de eventos adversos em que a maior parte deles poderiam ser prevenidos e conseqüentemente os custos e as repercussões psicossociais nos doentes poderiam ser evitáveis.

Pelech (2001) refere no estudo intitulado "Harvard Practice", que 51 hospitais foram selecionados de forma aleatória em Nova Iorque em 1984, tendo sido analisados 30.121 relatórios médicos. Os resultados demonstraram que 3.7% das hospitalizações eram devidas a acontecimentos adversos, 27.6% devido a negligência, 2.6% a lesão permanente, e 13.6% foram fatais. No livro *To Err Is Human* de Kohn et al., (2000), indicam-nos que quando os eventos adversos ocorrem a doentes nos hospitais, a maior parte é devido a erro. Leape (1994) referiu que a natureza da prática médica e de enfermagem é complexa e as múltiplas intervenções que os doentes recebem dos diversos técnicos de saúde explicam a existência de erros. Este autor apresenta um estudo com doentes de uma unidade de cuidados intensivos em que demonstrou que estes receberam em média 178 cuidados de saúde. Com base nestes cuidados de saúde, o autor afirma, ainda, que acontecem 1,7 erros por dia o que é indicador de que os profissionais de saúde hospitalar funcionam a um nível de proficiência de 99%. Contudo, a falha de 1% é considerada substancialmente mais elevada do que a tolerada nas indústrias de alta fiabilidade nomeadamente na aviação e estações nucleares.

Blendon et al., (2002) citados por Page (2004) verificaram que 35% dos médicos e 42% membros da população americana responderam, em 2002, a um questionário nacional em que reportaram terem experienciado um erro tanto nos seus próprios cuidados como com um dos membros da família. Além disso referiram que 18% de médicos e 24% dos americanos citaram um erro que conduziu a um estado sério de saúde e, conseqüentemente, incluiu morte, incapacidade de longa duração ou dor severa.

Em dois estudos realizados, um no estado do Colorado e Utah e outro no estado de Nova Iorque, Kohn et al., (2000) concluíram que respetivamente 2.9% e 3.7% de erros médicos ocorreram devido a eventos adversos nos hospitais. Nos hospitais em Colorado e Utah 6.6 % de eventos adversos resultaram em morte comparada com 13.6% em Nova Iorque. Foi referido que metade destes acontecimentos adversos fora devido a erros médicos que poderiam ter sido prevenidos (Kohn et al., 2000). Estes autores fizeram uma extrapolação de 33.6 milhões de admissões em 1997 em hospitais dos Estados Unidos e, de acordo com o estudo feito no Colorado e Utah, verificaram que 44.000 doentes morreram em cada ano devido a erros médicos e no estudo de Nova Iorque esse número elevou-se para 98.000.

Num outro estudo realizado por Rosenthal e Sutcliffe (2002), foram selecionados 13 hospitais representativos do estado do Utah e 15 do Colorado. Após a análise de relatórios médicos verificaram que a prevalência de eventos adversos se evidenciou mais em cirurgia, aproximadamente 44.9% e, cerca de um terço destes foi resultado de complicações técnicas na sala de operações. Constatou-se que 16.9 % dos eventos adversos cirúrgicos envolveram negligência e aproximadamente a mesma percentagem resultou em danos permanentes. Os mesmos autores referem que o grupo de eventos adversos que se destacou com maior prevalência foi o da terapêutica, tendo encontrado quatro classes de medicamentos

farmacológicos mais comuns, sendo o primeiro os antibióticos com 24.9%, seguindo-se os agentes cardiovasculares (17.4 %), os analgésicos (8.9 %) e os anticoagulantes com 8.6 %. Mais de um terço de eventos adversos relacionados com a medicação se deve a negligência. Estes erros incluem prescrição errada de medicação em 20.9 %, prescrição de dose errada em 7.9 % e prescrição de medicamentos a doentes sendo alérgicos em 5.7 %, considerando este ato negligente. Erros de medicação geralmente resultam em situações penosas aumentando o custo hospitalar (Júnior et al., 2010).

Dois prestigiados hospitais universitários realizaram um estudo e verificaram que dois em cada 100 doentes admitidos experimentaram um evento adverso de medicação que poderia ter sido prevenido, resultando num aumento de custo por admissão de 4.700 dólares (Kohn et al., 2000). Os custos, os danos físicos, psicológicos e sociais são uma preocupação transversal no livro *To err is human*. Neste livro, os autores pretendem dar primazia à conquista da confiança dos doentes pelas instituições de saúde implementando recomendações, no sentido de incrementar a qualidade dos cuidados, centrando as intervenções preventivas do erro, mais no sistema do que no indivíduo, promovendo assim, a segurança dos profissionais de saúde pelo aumento da satisfação no ambiente de trabalho e consequentemente a segurança do doente que tantas vezes se sente lesado.

Weiser (2008), citado por Fragata (2011), refere que o número de procedimentos cirúrgicos realizados por ano é de 230 milhões, com uma taxa global de mortalidade associada de 0,8%, com um risco acrescido de complicações entre os 3 e 17%. Fragata (2011) afirma que em cada cem internamentos hospitalares ocorrem dez eventos adversos (10%) por complicações devidas a qualquer erro que poderia ter sido prevenido. Brennan (1991), citado por Fragata (2011), refere que neste contexto, cerca de 48% de todos os eventos adversos estão relacionados com a cirurgia e a anestesiologia, ocorrendo em blocos operatórios, e afetando 2% de todos os internamentos hospitalares. Estes eventos poderiam ser evitáveis para além de 50% dos casos.

Page (2004) refere que a Organização Mundial de Saúde (2002) verificou que não é só nos Estados Unidos que se verificam elevados índices de erros nos cuidados de saúde. Estudos feitos noutros países, tais como na Inglaterra e na Austrália, referem elevados índices de erros, nomeadamente 10% de doentes da Grã-Bretanha e 16.6% de doentes australianos experimentaram um acontecimento adverso.

A nível europeu foram-se, igualmente, realizando outros estudos sobre eventos adversos. Schioler et al., (2000) citados por Sousa (2006) referem que na Dinamarca, em 2000, publicaram um estudo *The Danish Adverse Event Study* que compreendia uma amostra de 1907 processos clínicos em que se verificou uma taxa de ocorrência de eventos adversos de 9%, sendo que destes 40% poderiam ser evitáveis. Os autores realçam o facto de que a população de 9% de eventos adversos prolongou a sua estadia no hospital em sete dias, tendo esta situação obviamente repercussões económicas e sociais.

Estrada (2000), citado por Menachemi (2002), fez referência a uma investigação realizada com estudantes de medicina da Carolina do Norte, referindo que 45% tinham presenciado erros médicos que causaram dano ou morte. Adicionalmente, 10% dos estudantes indicaram envolvimento pessoal ou tiveram a informação em primeira mão acerca de erros sérios. Foi notado que as razões mais comuns de erros médicos estavam relacionadas com a medicação, treino insuficiente, carência de pessoal e relutância em corrigir um superior.

Em síntese, nos estudos referidos apesar das percentagens dos eventos adversos serem diversas, salienta-se que a maioria deles ocorreram por negligência e com consequências devastadoras para o doente, tais como ficar com lesões permanentes e/ ou por vezes conduzir à morte. Destacam-se eventos adversos ao nível da cirurgia, anestesiologia e medicação. Estas situações prolongam a estadia do doente, tendo também repercussões económicas e sociais. A existência de fatores causais para os eventos adversos pode estar relacionada com a falta de experiência, défices na lotação de pessoal e dificuldade em retificar um superior hierárquico. Estes aspetos têm a ver com fatores do sistema deficitários que fragilizam os cuidados e também se prendem com aspetos de cultura de segurança, assuntos que vão ser abordados com maior profundidade no capítulo seguinte.

Em Portugal, Fragata e Martins (2004) dizem que não há dados disponíveis, mas considerando por hipótese a mesma fiabilidade dos hospitais americanos seria possível fazer uma estimativa entre 1300 a 2900¹¹ mortes anuais causadas por erros médicos. Estes autores, com base nos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) são da opinião que mesmo tendo em consideração o valor mais baixo de mortes por erros médicos, aproximam-se do número de mortes por acidentes de viação (1460, no ano de 2002), sete vezes mais do que por acidentes de trabalho (177 em 2000) e 30% mais mortes por erros médicos do que as provocadas pela SIDA (999 pessoas em 2002). Apesar de Fragata e Martins (2004) terem feito uma estimativa de mortes anuais causados por erros, hoje em dia somos já confrontados com alguns estudos, embora escassos, realizados em Portugal que mostram que o sistema tem fragilidades no que respeita à segurança do doente.

Uma das investigações realizadas pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), através de um inquérito a 56 instituições públicas de saúde, efetuada nos anos de 2008, 2009 e primeiro semestre de 2010, concluíram que os erros médicos cometidos nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) custaram 26 milhões de euros aos cofres do estado português (Diário Económico, Abril 2011). Esta investigação surgiu por haver reclamações, nomeadamente de dois casos de lesões em recém-nascidos, um relacionado com corpos estranhos deixados no doente durante o ato cirúrgico e 13 incidentes com transfusões de sangue. Revela, ainda, 20 casos de infeções resultantes da assistência médica/enfermagem, 14 erros na administração de medicamentos e 17 na identificação do doente. As especialidades médicas que mais reclamações ocasionaram no triénio 2008/2010 foram Cirurgia (21 processos), Ortopedia (21), Obstetrícia (17), Ginecologia (13) e Medicina Interna (quatro casos). A maior incidência de erros médicos ocorreu nos hospitais do litoral por terem uma maior abrangência de estabelecimentos de saúde e um maior número de atos médicos praticados (Diário Económico, Abril 2011).

11 Fragata e Martins (2004, p. 29-30) referem que "O universo de internamentos hospitalares nos EUA é de 33,6 milhões (dados de 97) a que corresponde o valor de 98.000 mortos/ano. Em Portugal o universo de internamentos anuais é de cerca de um milhão (117,3 internamentos por 1000 habitantes em 2001). A proporção simples dará entre 1309 e 2916 mortos/ano. Se recorremos, com base de análise, a relação entre os erros médicos e a população total em cada país, temos para os EUA (273 milhões) com 98000 casos e o Reino Unido com 68000 casos (população de 60 milhões), o que permite estimar para Portugal o valor de 2900 casos anuais (população de 10 milhões de habitantes). Não há contudo, como referimos, qualquer evidência empírica que permite sustentar estes dados. Dá-nos contudo uma aproximação, ainda que grosseira, à dimensão do problema".

Um outro estudo considerado pioneiro no país, foi realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Universidade Nova de Lisboa, tendo sido financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian. Neste estudo participaram 20 investigadores (médicos e enfermeiros) os quais analisaram processos clínicos do ano de 2009 referentes a 1699 doentes internados em 3 grandes hospitais públicos de Lisboa. Concluíram que, em 11.1% das admissões hospitalares analisadas, os cuidados de saúde prestados ao doente acabaram por resultar em dano ou lesões, mais dias de internamento e incapacidade ou morte. Estudos similares foram realizados noutros países e em que os resultados podem ser comparáveis, por exemplo, o estudo do Canadá com 7.5%, do Brasil 7.6%, da Dinamarca 9.0%, da Inglaterra 10.8%, da Suécia, 12.3% e da Nova Zelândia, 12.9%.

Considerando o estudo da ENSP, os autores concluíram que, relativamente ao dano ou à incapacidade causada aos doentes pelos eventos adversos, 61% dos incidentes foi mínimo ou implicou a recuperação num mês, 5.7% resultou em dano permanente, incapacidade ou disfunção, 4.1% os doentes sofreram danos moderados em que a recuperação ocorreu num espaço de um ano e 10.8% os doentes acabaram por morrer na sequência de erros ocorridos durante a prestação de cuidados. Relativamente ao tempo de internamento devido a eventos adversos, constataram que ocorreram em 58.7% dos casos, com uma média de prolongamento de internamento de 10.7 dias. No que respeita às áreas de serviço hospitalar em que ocorreram eventos adversos, verificaram que cerca de 49.7% dos casos aconteceram em enfermarias, 23.9% no bloco operatório, 7.1% nos serviços de urgência/emergência e 5.8% em unidades de cuidados intensivos. Quanto ao serviço responsável pela prestação de cuidados onde ocorreram eventos adversos, destacam-se os serviços de medicina e especialidades médicas com 48.3% dos casos, 44.6% verificaram-se nos serviços de cirurgia e especialidades cirúrgicas e 7.1% dos casos verificaram-se noutros serviços. É de referir que a maioria dos eventos adversos, 53.2%, poderia ser evitável. Considerando estudos internacionais similares, este valor (53.2%) pode ser comparável, por exemplo, com a Inglaterra com 48%, Espanha com 42.6%, Canadá com 36.9%, Holanda com 39.6%, Brasil com 66.7% e Suécia com 70%. O estudo revela ainda que só em 0.8% dos casos o doente ou familiar soube do incidente. No topo dos acontecimentos dos eventos adversos estão lesões ocorridas durante o internamento como as quedas, queimaduras, úlceras de pressão, readmissão não planeada relacionada com o último internamento e cuidados de saúde, infeções relacionadas com a prestação de cuidados, reações adversas ao medicamento e retorno não planeado ao bloco operatório. Os investigadores referem que se trata de um problema de Saúde Pública e, face ao exposto, pretendem fazer um estudo a nível nacional com intervenção preventiva junto dos hospitais participantes (Fragata, 2011). Este autor também nos refere que apesar dos diversos estudos realizados a nível internacional os resultados são curiosamente parecidos, ou seja:

em cerca de 65% dos casos estes erros não provocam quaisquer consequências danosas, nos restantes 30% ocorrem consequências nefastas, que vão desde o simples aumento do tempo de internamento a danos físicos, podendo estes ser muito graves, em cerca de 5% dos casos, causando mesmo morte. Também comum a todas as séries é o facto de em cerca de metade dos casos os eventos serem evitáveis. (p.11)

É do nosso conhecimento que os técnicos de saúde como os médicos, enfermeiros, farmacêuticos, entre outros, têm uma formação sólida para exercerem a sua profissão com elevado nível de mestria. Contudo, Leape (1994) achou curioso o facto de que o elevado número de erros não tivesse estimulado e interessado a prevenção do erro. Para o autor existe uma razão que consiste na falta de consciência da severidade do problema¹² e na dificuldade em lidar com o erro humano, referindo que a razão deste tipo de comportamento se encontra na cultura da prática clínica.

Em síntese, podemos constatar que os doentes sofrem de danos causados por tratamentos médicos aquando da sua estadia no hospital e, portanto, a sua segurança é posta em causa, situação que poderia ser evitável na maioria dos casos. O facto de existirem erros médicos que poderiam ter sido prevenidos, acarreta custos económicos mas também físicos e psicossociais como já foi referido anteriormente. Foi devido aos dados epidemiológicos recolhidos através dos diversos estudos efetuados, não só nos Estados Unidos como também noutros países, que se tornou evidente o dano causado aos doentes pelos eventos adversos que poderiam ser prevenidos. Consequentemente, demonstrou-se existirem fragilidades nos sistemas de saúde como, por exemplo, a falta de liderança faz com que os profissionais de saúde não sejam supervisionados quando não têm experiência ou tenham défices de conhecimento, bem como o défice de dotações seguras conduz na prática clínica ao *encurtar caminho* ou a *despachar*, colocando em causa a qualidade dos cuidados e a segurança do doente. Assim, um pouco por todo o mundo a temática de segurança do doente começou por ser uma questão central de discussão e debate, fazendo parte não só das agendas políticas nacionais e internacionais, mas também dos profissionais de saúde e dos cidadãos.

1.2 - DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO SOBRE A PREOCUPAÇÃO COM A SEGURANÇA DO DOENTE

Não causar dano é uma expressão que remonta a Hipócrates onde a relação médico-doente é essencial, sendo considerado um valor profissional em que a sua arte estava no tratamento do doente e nunca na intenção de lhe causar danos (Graça, 1999). Florence Nightingale, ao seguir os passos de Hipócrates, em 1863, escreveu em *Notes on Hospitals* as seguintes palavras latinas "*Primum non Nocere*", que quer dizer, "*Primeiramente, não cause dano*", já estando implícita a ideia de segurança do doente (Abreu, 2012, p. 247). Barr (1956), citado por Sousa (2006), refere que na década de 50 e 60 havia registo de eventos adversos mas nada foi feito no sentido de os atenuar. Kohn et al., (2000) afirmam que nos anos 70 nos Estados Unidos da América as companhias de seguros receberam inúmeras queixas de doentes vítimas de negligência ou de erros médicos. Contudo, apesar desta situação dramática, durante as décadas de 70 e 80 não se efetuaram estudos com a finalidade de averiguar com rigor a respetiva realidade. Este assunto

12 Por exemplo, quando existe dano num doente não se transmite aos *mass média* como quando cai um avião, pela simples razão que ocorre um dano em 5000 localidades diferentes através do país. Danos severos causados por erros não são experimentados, todos os dias, pelos médicos ou enfermeiros mas são percebidos como isolados e eventos pouco frequentes – *outliers*. Existe também a ideia de que muitos erros não se traduzem em dano porque as defesas do doente previnem o dano (Leape, 1994).

foi pouco valorizado e até negligenciado tendo sido retomado no final dos anos 90, com o primeiro estudo da Harvard Medical Practice, em 1991, que evidenciou terem ocorrido eventos adversos em hospitalizações, sendo uma percentagem destes eventos atribuídos a erros. O segundo estudo, e o mais influente publicado até à data, foi levado a cabo pelo Institute of Medicine (IOM) em 1999, intitulado *To err is human: building a safer health system* (Kohn et al., 2000). Neste estudo estimou-se o número de pessoas que, nos Estados Unidos da América, faleciam anualmente em consequência de erros médicos evitáveis.

Como resultado do relatório da IOM, as organizações de cuidados de saúde, profissionais de saúde, e peritos de segurança em várias disciplinas receberam especial atenção dos “fazedores” de políticas federais e estatais. Este relatório da IOM sintetiza os resultados de muitos estudos que confirmam a larga escala de problemas relacionados com erros médicos, e consequentemente foram criados financiamentos para prosseguirem as investigações neste âmbito.

Emergiram dois livros que são considerados marcos históricos para o desenvolvimento da segurança do doente sendo o primeiro *To Err is Human- Building a safer health system* (IOM) (2000) e o segundo *Crossing the Quality Chasm- A New Health System for the 21st Century* (2001). No livro *To Err is Human- Building a safer health system* (IOM) (2000) é referido que os erros são frequentemente causados por sistemas fragilizados, por processos e condições que conduzem as pessoas ao erro e a falharem na sua prevenção (Kohn et al., 2000). Estes autores referem que os cuidados de saúde estão a um índice mais baixo de fiabilidade do que algumas indústrias no que respeita às questões básicas de segurança. Apontam como fundamental um sistema de reporte voluntario de eventos adversos com a finalidade de reestruturar o sistema contribuindo para a segurança do doente.

O segundo livro intitulado *Crossing the Quality Chasm- A New Health System for the 21st Century* (2001) centra-se, sobretudo, em discutir os sistemas de cuidados de saúde que podem ser desenhados no sentido de inovar e melhorar os cuidados de saúde (Committee on Quality of Health Care in América, IOM, 2001). O comité que faz este apelo propõe seis objetivos para melhorar e cumprir dimensões chave, do sistema de cuidados de saúde, de modo a funcionar, futuramente, a um outro nível de proficiência, ou seja, melhor qualidade em cuidados de saúde para os doentes. Assim, os cuidados de saúde devem ser:

Seguros – evitar causar dano aos doentes com os cuidados prestados que têm como finalidade de os ajudar.

Efetivos – providenciar serviços baseados em conhecimento científico para todos que possam beneficiar, e abster de prestar serviços para os que não são suscetíveis de os beneficiar evitando a sobre utilização e/ou o excesso de uso.

Centrados no doente - providenciar cuidados que respeitem e que sejam sensíveis às preferências individuais do doente, às suas necessidades e valores e garantir que os seus valores orientam todas as decisões clínicas.

Realizados em tempo útil – reduzir os tempos de espera e atrasos que podem ser prejudiciais tanto para aqueles que recebem cuidados como para aqueles que os prestam.

Eficientes – evitem desperdícios, incluindo desperdícios de equipamento, recursos, ideias e energia.

Equitativos – prestar cuidados com qualidade independentemente das características pessoais, tais como o género, a etnia, a localização geográfica e o nível socioeconómico.

O comité refere que o sistema de saúde que obtenha maiores ganhos nessas seis dimensões será o melhor no sentido de dar resposta às necessidades dos doentes. Neste contexto, os doentes experienciam cuidados mais seguros, mais confiáveis, mais responsáveis e mais disponíveis. Este sistema também beneficiária os médicos e outros profissionais de saúde porque iriam experienciar uma maior satisfação na prestação de cuidados por serem mais confiáveis, mais responsáveis para o doentes e mais coordenados do que são hoje.

Contudo, face aos resultados dos estudos apresentados no livro *To Err is Human- Building a safer health system* (IOM), Kohn et al., (2000) e às recomendações sugeridas no segundo livro *Crossing the Quality Chasm- A New Health System for the 21st Century* do Committee on Quality of Health Care in América, IOM (2001), despoletaram nos Estados Unidos “um conjunto de ações, entre as quais a aprovação de leis, em 15 estados americanos, que tornaram mandatário o reporte de eventos adversos” (Sousa, 2006, p.313). Esta situação é deveras importante porque só com o reporte dos erros é que pode haver intervenções ao nível dos sistemas de cuidados de saúde, e assim, melhorar a qualidade dos cuidados com a finalidade de contribuir para a segurança dos doentes, facto que ambos os livros defendem.

Liam Donaldson, considerado uma figura de referência no Reino Unido, realizou, em 2000, um estudo da mesma natureza intitulado “An organization with memory” que deu origem a um relatório com propostas de intervenção em áreas específicas, no sentido dos cuidados de saúde serem mais responsáveis e se centrarem na prevenção dos erros (Leape, 2009). Segundo França (2005) começou-se a disseminar esta preocupação dos danos causados pelos eventos adversos, de forma global e, conseqüentemente, surgiram progressos impressionantes com a implementação de agências de segurança no Reino Unido, Dinamarca, Austrália, Nova Zelândia, Canadá e Japão. Esta preocupação com a segurança do doente começou a ter relevância internacional, de tal modo que em 2004 a Organização Mundial de Saúde (OMS) lança um movimento especificamente sobre a segurança, nomeadamente, a *World Alliance for Patient Safety*. O Conselho da Europa em 2004 surge com o *High Level Group of Health Services and Medical Care* e em 2005 realça-se a ação da Comissão Europeia através da Declaração do Luxemburgo. Esta declaração de 5 de Abril de 2005 consagra o direito dos doentes no espaço europeu à segurança nos cuidados de saúde. Em síntese, esta declaração parte de pressupostos, com base em estudos, que uma das áreas onde ocorrem eventos adversos é a da saúde e, assim a gestão do risco é recomendada como um instrumento de rotina, assente numa filosofia de aprendizagem com o erro, numa cultura mais justa, sem que a culpabilização predomine no ambiente institucional. No âmbito da mesma declaração, áreas de ação foram definidas como prioritárias para cada Estado Membro, nomeadamente: “desenvolvimento de uma cultura de segurança com recurso a uma abordagem sistémica; estabelecimento de sistemas de notificação para aprendizagem e intervenção; envolvimento dos doentes/cidadãos no processo de melhoria” (França, 2005, p.24). Esta autora refere que:

(...) o apelo geral à segurança do doente foi abraçado pelas mais altas organizações e responsáveis e é lançado a todos os intervenientes do sector da saúde: aos prestadores de cuidados através da mudança de atitude, aos doentes através da participação nos planos de cuidados e recuperação, à indústria pela preferência por regras de segurança na conceção e fabrico de materiais e equipamentos, aos *média* pela preferência pela melhor informação e, por ultimo, aos decisores pela colocação da segurança do doente no topo das agendas políticas. (p.24)

Assim, uma das preocupações políticas, do século XXI é a segurança do doente e a qualidade dos cuidados de saúde que se prestam, apropriados e efetivos, com baixo risco e de custos socialmente suportáveis. É de salientar que é reconhecido internacionalmente que a segurança dos doentes é uma componente da qualidade em saúde (Sousa, 2006). As instituições de saúde têm sido submetidas a avaliações internas e externas no sentido de regular, melhorar e promover a prestação de cuidados de saúde de qualidade (Sousa, Pinto, Costa & Uva, 2008; Sousa et al., 2009). Estes autores referem a existência de múltiplos modelos de avaliação externa como a acreditação, auditorias clínicas, certificação pelas normas da International Standards Organization (ISO) para além de outros. Catsambas et al., (2002) referem que “todos estes modelos têm como denominador comum a introdução de melhorias orientadas numa lógica de *accountability*, efetividade clínica, análise de resultados e segurança dos doentes” (citados por Sousa et al., 2008, p. 58).

Anedis Donabedian, em 1966, foi o criador do modelo de avaliação da qualidade em saúde com três componentes essenciais: a estrutura, o processo e o resultado ou *outcome*. A estrutura compreende aspetos mais estáticos como os recursos físicos e humanos, os equipamentos, as instalações das instituições de saúde e o modelo da organização do trabalho. O processo é considerado mais dinâmico porque implica a relação com o doente como a realização de diagnósticos, exames clínicos, terapêutica e ações preventivas, ou seja, as atividades efetuadas pelos profissionais de saúde aos doentes. Por último, o resultado ou *outcome* refere-se ao produto final da prestação de cuidados, ou seja, às mudanças ocorridas ao nível da saúde dos doentes bem como a sua satisfação pelos cuidados prestados (Donabedian, 1966; Fragata et al., 2006; Sousa, 2006). Apesar de nas últimas décadas a avaliação de qualidade em saúde assentar nestas três vertentes, mais recentemente, em países como os Estados Unidos da América, o Canadá, o Reino Unido e a França, considerados mais desenvolvidos na realização destas práticas, colocaram o enfoque na análise dos resultados ou *outcomes* considerados relevantes para a avaliação, monitorização e melhoria da qualidade em saúde (Sousa et al., 2008). Contudo, o *Committee on Quality of Health Care in América*, IOM, (2001), às três componentes referidas por Donabedian (1966) acrescentou as componentes, satisfação do doente, centralização de cuidados no doente e da segurança do doente. Assim, qualidade é definida “hoje numa triangulação de efetividade (eficácia + eficiência); experiência dos doentes (satisfação); e segurança (ausência de complicações)” (Fragata, 2011, p.19).

Assim, em Portugal os Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde com a portaria nº155/2009 de 10 fevereiro do Diário da República, sob a tutela da Direção Geral de Saúde (DGS), propuseram o Departamento da Qualidade na Saúde com várias competências em que uma delas

consistiu em criar e coordenar atividades e programas de promoção da segurança do doente. Entre outros programas, estão a ser desenvolvidos o de Controlo de Infeção, Cirurgia Segura Salva Vidas, Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos, Sistema SIM-cidadão e Notificação de Incidentes e Eventos Adversos, além do da Higiene das Mãos.

Em 2008 surgiu, pela Comissão Europeia, um projeto no âmbito da segurança do doente designado *Project European Union Net-work for Patient Safety (EUNetPaS)* em que alguns hospitais portugueses, através da DGS, foram convidados a integra-lo com a finalidade desenvolverem boas práticas (Marques et al., 2010). Estes autores referem que “Em Fevereiro de 2009, o Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT), unidade de Torres Novas foi uma das instituições que aderiu ao projeto, concretamente nas vertentes *Medication Reconciliation at Discharge- Cartão de Medicação na Alta*, e *Safety Vest - Do not Disturb- Colete de Segurança - A PREPARAR MEDICAÇÃO*, que se encontra em fase de desenvolvimento” (p.1). O Cartão de Medicação na Alta tem como finalidade diminuir “o número de doentes que desconhecem que medicamentos podem tomar, porque necessitam de os tomar e quando os tomar aquando da alta, garantindo uma utilização segura da medicação para melhor qualidade de vida nos idosos” (Marques et al., 2010, p.4). Relativamente ao Colete de Segurança -A preparar a medicação, consiste num colete de sinalização aquando da preparação da medicação que é utilizado por dois profissionais, um que prepara e administra e o outro supervisiona, com a finalidade de atenuar o ruído e as interrupções sucessivas feitas pelos familiares, médicos, doentes, entre outros.

Existem, um pouco por todo o país, alguns projetos a serem desenvolvidos, embora se tivesse começado recentemente a dar os primeiros passos no que respeita à segurança do doente ao nível das instituições de saúde. Se errar é humano em certas circunstâncias é importante fazer-se algo para diminuir os erros e os projetos como o Controlo de Infeção, o da Cirurgia Segura Salva Vidas, o da Higiene das Mãos, o *Project European Union Net-work for Patient Safety (EUNetPaS)*, entre outros, são um caminho fundamental para a desenvolver a qualidade e a segurança dos doentes.

Em síntese, este desenvolvimento histórico reflete a preocupação generalizada da expressão utilizada por Hipócrates *Não causar dano* e, seguindo, o mesmo caminho Florence Nightingale refere *Primum non Nocere*, subjacente a ideia de não causar dano ao doente. A ideia da segurança do doente esteve desde os primórdios enraizada nos profissionais de saúde como médicos e enfermeiros, mas durante várias décadas foi pouco valorizada ou até mesmo negligenciada. A partir dos finais dos anos 90, com os relatórios do IOM, que depois foram editados em dois livros *To err is human* e *Crossing the Quality Chasm* do IOM, gerou-se por todo o mundo uma preocupação sobre os eventos adversos que causaram dano aos doentes, de tal modo que começou a ser tema central nas agendas de vários países a nível mundial, com a finalidade de desencadear políticas de segurança nas instituições de saúde para contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, assegurar maior segurança aos doentes. Para além do impacto que teve noutros países, Portugal também investiu na segurança do doente com a reestruturação do Departamento da Qualidade na Saúde e com o lançamento de projetos no âmbito desta temática e de índole preventivo.

1.3 - AVANÇOS PARA CRIAR UMA CULTURA DE SEGURANÇA

Errar é humano porque as pessoas são falíveis, pois poderão cometer erros mesmo nas melhores instituições. Claramente existe uma diferença entre os aparelhos artificiais como robots, que são programados, e o ser humano. Este não é programado nem apresenta uma separação corpo-mente como Descartes defendeu. Damásio (2011), no livro *O erro de Descartes*, refere existir uma interligação complexa entre ambos "(...) as estruturas do cérebro que intervêm na regulação biológica básica fazem igualmente parte da regulação do comportamento e serem indispensáveis à aquisição e ao funcionamento normal dos processos cognitivos" (p.169-170). Assim, com base no erro de Descartes, a ciência evolui ao demonstrar que não existe cisão entre a mente e o corpo, isto é:

O hipotálamo, o tronco cerebral e o sistema límbico intervêm na regulação do corpo e em todos os processos neuronais em que assentam os fenómenos mentais, como, por exemplo, a perceção, a aprendizagem, a memória, a emoção e o sentimento e ainda (...) o raciocínio e a criatividade. A regulação do corpo, a sobrevivência e a mente estão intimamente ligadas. (Damásio, 2011, p.170)

Esta complexidade neurobiológica, de que se ocupa a neurociência, é característica do ser humano e distingue-se das máquinas artificiais. Contudo, é de realçar que refutou o que Descartes considerava como certo a separação corpo-mente, considerando, no entanto, o erro de Descartes um contributo para o desenvolvimento da ciência. Neste contexto, Fragata e Martins (2004) afirmam que:

na espécie humana, e ao invés das outras espécies, o erro serve a sua própria genialidade e permite, pela autocorreção, uma permanente reorganização que subjaz a complexidade e faculta o progresso da espécie inteligente. O erro seria assim, não só um elemento indissociável à espécie humana, mas também um valioso instrumento para o seu próprio progresso. (p.21)

Portanto, o erro humano existe e deve ser encarado como um processo de aprendizagem tanto nas experiências da vida diária do cidadão comum, como na sua vida profissional. Como sabemos, o erro teve sempre uma conotação negativa, considerado maléfico em termos sociais, tendo subjacente a falha do ser humano, a frustração por não ter conseguido os resultados esperados e, portanto a culpabilização. Fragata e Martins (2004) referem que culpabilizar e reprimir sistematicamente pode levar a uma "melhoria transitória mas não remove as suas causas individuais e sobretudo as causas devidas ao sistema pelo que perpétua o chamado ciclo do erro" (p.21-22). Contudo, sabemos que apesar de se poder fazer um esforço no sentido de controlar a possível ocorrência de erros intervindo tanto no indivíduo como no sistema e, mais neste último, um outro erro poderá acontecer, portanto, não eliminamos os erros mas podem ser diminuídos.

Damião (2007) também corrobora a perspectiva de Fragata e Martins (2004) quando afirma que:

é preciso ter lucidez para pensar que, por melhor que se conheçam os fatores potenciadores dos erros e por mais sofisticados que sejam os modos de controlo disponibilizados, eles

podem surgir em qualquer momento, em qualquer tarefa, com qualquer pessoa. Isto deve levar-nos a aceitar a evidência de que os erros fazem parte integrante do desempenho profissional e que acompanham em extensão. (p.183-184)

Existem situações em que o acidente se encaminha para acontecer, atravessando os buracos do *Queijo Suíço*, isto é, alinhamentos sucessivos de falhas no sistema mas, entretanto, ocorre uma barreira que limita que o acidente aconteça e nestas circunstâncias refere-se a um quase evento¹³ (Carneiro, 2010; Correia & Junior, 2007; Fragata, 2011; Fragata et al. 2006; Fragata & Matins, 2004; Kohn et al., 2000; Page, 2004 Reason, 1990). Na tentativa de clarificar melhor este aspeto consideramos a seguinte situação: um enfermeiro recém-formado faz a diluição de um antibiótico em 20cc de água bidestilada para administração por via endovenosa, no entanto a prescrição referia que o antibiótico seria diluído em 100cc de água bidestilada. No momento em que o enfermeiro recém-formado vai administrar o fármaco ao doente, é subitamente intercetado por uma colega mais experiente e que o questiona sobre a diluição. É nesta altura que o enfermeiro recém-formado se apercebe do erro e corrige-o de imediato, ou seja o fármaco não chegou a ser administrado ao doente porque houve uma barreira de intervenção humana e, assim, a esta situação chamamos de quase-evento.

Segundo Fragata et al., (2006) estima-se “que por cada acidente ocorram cerca de sete *near miss*. Estima-se que por cada 20 erros significativos, acidentes ou *near miss* ocorridos, só um venha a ser declarado e conhecido” (p.182). Isto leva-nos a refletir sobre quantos erros são omissos e, por vezes, até a falta de consciência dos profissionais de saúde para reconhecerem que aconteceu um erro. Alguns enfermeiros referem que nunca erraram na sua vida profissional. É evidente que subjacente a este facto está a cultura institucional de culpabilização que reprime o reportar o erro mas por outro lado, também existem enfermeiros que não têm a consciência de que cometem erros porque existe a ideia preconcebida de que os bons profissionais não cometem erros como vamos verificar no Capítulo IV.

Contudo, consideramos que os enfermeiros estão na linha da frente na prestação de cuidados ao doente, tornando-os numa força de trabalho que lhes permite participar ativamente na deteção e prevenção de erros e eventos adversos. Com esta dinâmica, o trabalho dos enfermeiros pode contribuir para uma forte defesa da segurança dos doentes (Page, 2004). Assim, é importante que os enfermeiros percebam como pode ocorrer um acidente no decurso da prestação de cuidados.

James Reason (1990), no seu livro *Human Error*, implementou o modelo do *Queijo Suíço* que explica como pode ocorrer um acidente em qualquer sistema complexo. De acordo com o modelo (cf. Figura1) para que ocorra um acidente é necessário que haja uma sucessão de erros consequentes, de falhas latentes e de atos inseguros desencadeados num sistema complexo, como nas instituições de saúde, em que os buracos do *Queijo Suíço* se alinham. Não havendo barreiras protetoras no sistema, acaba por haver um acidente. As falhas latentes são consideradas como agentes patogénicos no sistema que só por si não causam acidentes, mas são facilitadoras para que estes aconteçam, como influências organizacionais pouco seguras, supervisão insegura, pré-condições atos inseguros como podemos observar na Figura 1.

13 No original near miss

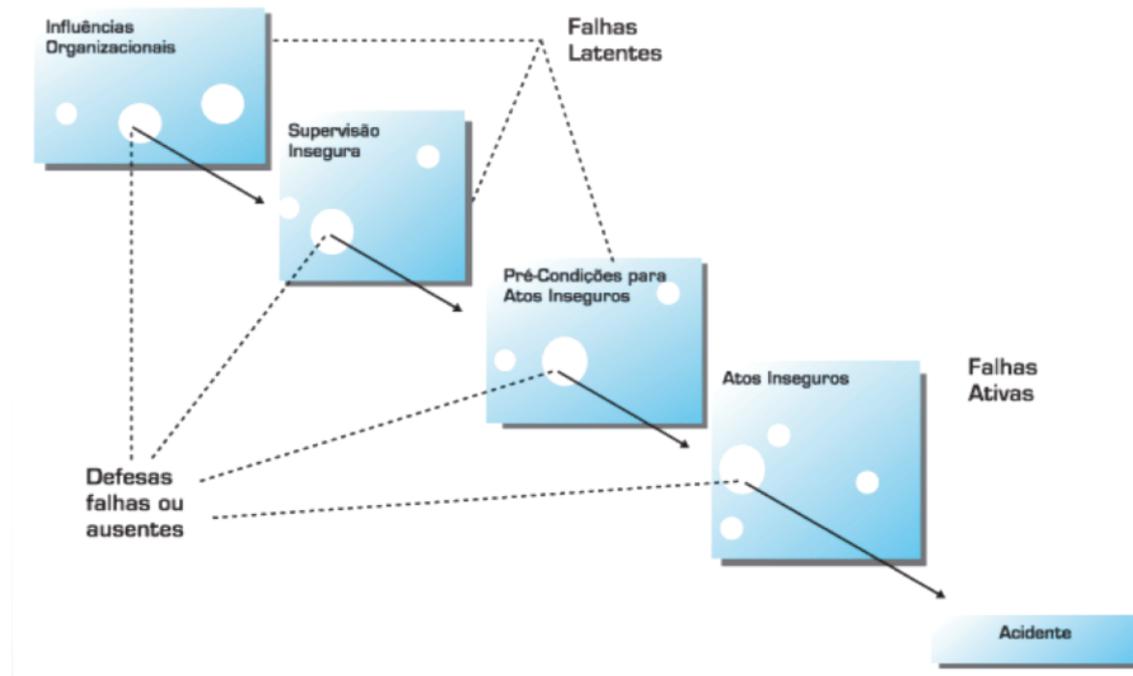


Figura 1. Modelo do “Queijo Suíço” de causas dos erros humanos

Fonte: Adaptado James Reason (1990) e de Wiegmann & Shapell (2003, p.47)

Nos sistemas complexos de saúde em que a causa dos erros é multifatorial, as falhas latentes são organizacionais e podem estar relacionadas com circunstâncias diversas, tais como excesso de horas de trabalho, deficientes condições de trabalho, má supervisão, falta de protocolos, má gestão do pessoal, má liderança, ruídos do ambiente, falhas de comunicação, entre outras. As falhas latentes ocorrem a montante no sistema e são designadas por *blunt end*. As falhas ativas, ou *sharp end*, são cometidas pelos operadores humanos que estão na linha da frente a executarem as suas funções que por lapso, falha, engano ou violação das regras, cometem um erro que pode culminar em acidente (Correia & Junior, 2007; Dekker, 2002; Meurier, 2000). Os erros devido a fatores do sistema organizacional estimam-se variar entre 30 a 40%, enquanto os erros relativos a fatores humanos são cerca de 60% (Fragata, 2011; Norris, Currie & Lecko, 2012). Daí ser importante intervir ao nível do sistema no sentido de este servir de barreira aos erros humanos efetuados no processo de execução, enfermeiro-doente, enfermeiro-tecnologia, enfermeiro-equipa disciplinar e multidisciplinar e outras interfaces que possam ocorrer no ambiente institucional de saúde. Conforme nos refere Fragata (2011), a prescrição eletrónica e as normas clínicas eletrónicas são exemplos do desenho do sistema que contribuem para a segurança.

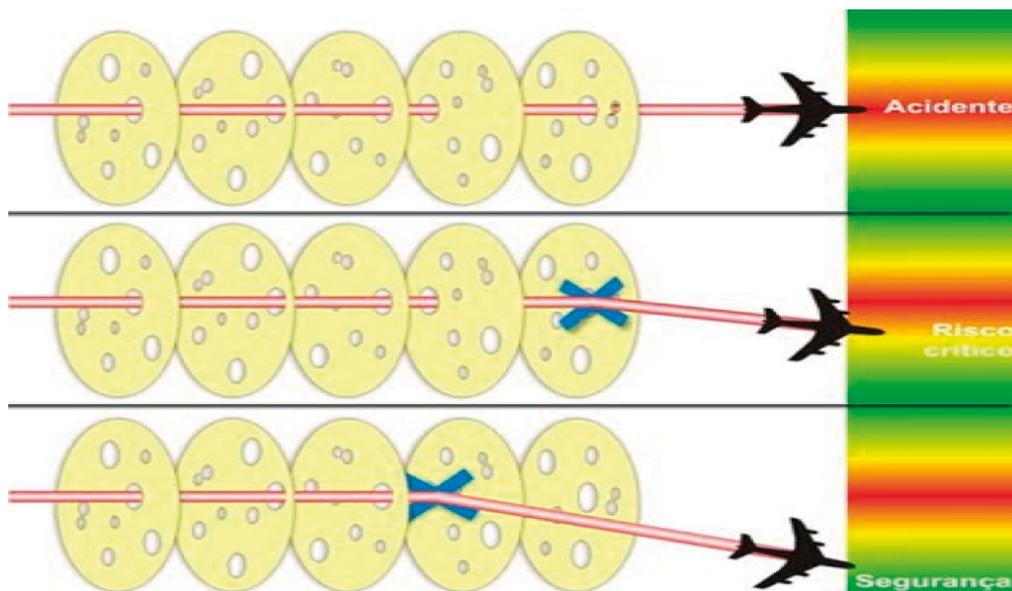


Figura 2. Modelo de Reason (1990)

Fonte: Adaptado do Modelo de James Reason (1990, p.208)

Esta perspectiva de visão do erro é recente no âmbito da saúde mas é estudada há muitos anos na aviação, nos porta-aviões nucleares, nas centrais nucleares e nos centros de controlo de tráfego aéreo. Estas organizações são altamente complexas e não podem falhar porque se existe um acidente, as consequências são devastadoras, como por exemplo, as que decorreram da queda de um avião que, por vezes, acontece por erros de comunicação-acidente como podemos verificar na Figura 2.

Na saúde, a situação não é tão catastrófica porque felizmente não morrem todos os doentes de um hospital por erro médico, enquanto num acidente de avião podem morrer todos os passageiros. Relativamente à Figura 2 podemos identificar um quase-evento que poderia ter dado origem a um acidente mas não aconteceu porque atempadamente foram tomadas medidas corretivas tendo ficado o voo do avião em risco crítico. Por fim, encontramos um voo em segurança porque todos os possíveis obstáculos foram controlados em tempo oportuno e, possivelmente, a viagem correu conforme esperado, ou seja, em segurança.

Na indústria nuclear, de aviação ou outras de elevada fiabilidade, quando acontece um acidente, este é notificado e é analisada a raiz causal do problema (*RCA-Root Cause Analysis*) para se identificarem as falhas latentes que fragilizaram o sistema e que o tornam propício à ocorrência do evento adverso. Nas instituições de saúde, face ao conhecimento relativamente recente sobre o aprender com os erros e à consequente reestruturação do sistema, deve-se ainda continuar a ultrapassar a existente cultura punitiva. Woodward (2006) e Fragata (2011) consideram que a análise da raiz causal é um processo pelo qual se poderá aprender com os incidentes e acidentes que colocam em causa a segurança do doente. Acrescentam, ainda, que esta análise se baseia numa técnica de investigação sistemática que vai para além das ações individuais, pretendendo identificar as causas que estão subjacentes ao acidente bem como o contexto ambiental em que o mesmo ocorreu. A análise da RCA é feita de uma forma retrospectiva e multidisciplinar e em algumas circunstâncias é solicitado ao doente e família para participarem no sentido de identificarem a sequência dos acontecimentos.

A Figura 3 correspondente ao diagrama Espinha de Peixe ou *Fishbone*, com os diversos fatores de análise que devem ser tidos em consideração após um evento adverso e que colocam em causa a segurança do doente. Face a uma situação adversa analisa-se a montante fatores individuais, de tarefa, de comunicação, de equipa e sociais, de formação e treino, de equipamento e recursos, de condições de trabalho e ambientais e fatores do doente¹⁴. Com base nestes fatores identificam-se as causas que deram origem ao incidente ou acidente, o que permite elaborar um conjunto de medidas corretivas para serem aplicadas no sistema e, assim, diminuir a probabilidade da ocorrência de uma cadeia de erros que poderão dar origem à situação adversa.

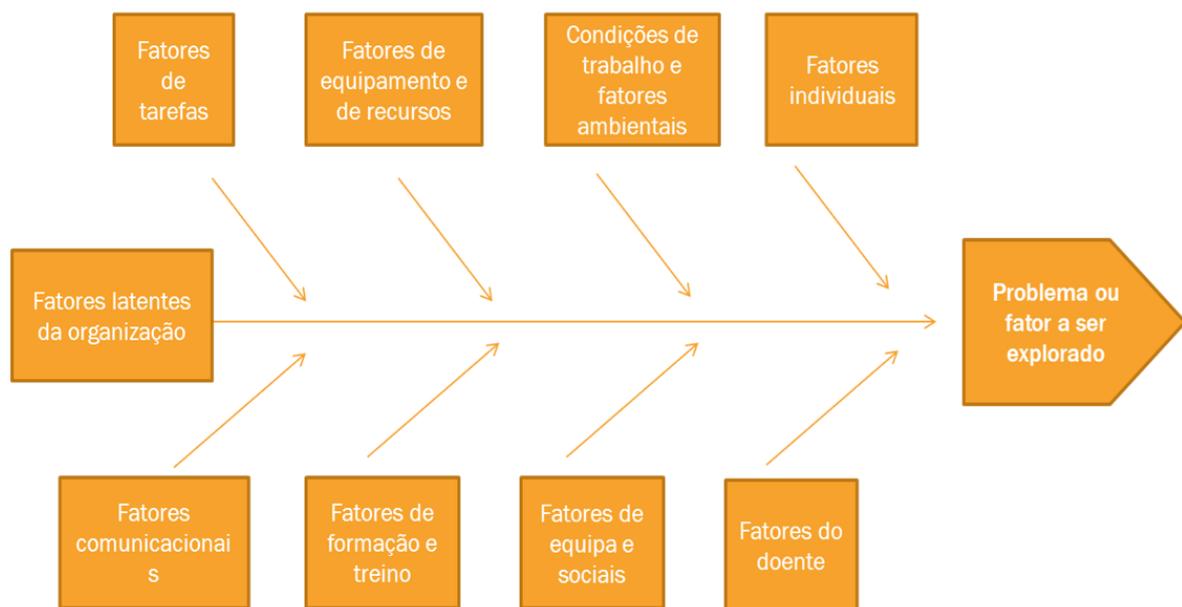


Figura 3. Diagrama Espinha de Peixe - *Fishbone* para identificar os fatores que contribuíram para o incidente
 Fonte: Adaptado de National Patient Safety Agency (NPSA), (2004) citado por Woodward (2006, p.51)

14 “Fatores individuais - Quais as características individuais que envolvem o profissional? Consideram-se os fatores psicológicos, sociais, preocupação por uma familiar doente, falta de quem cuide do filho ou cansaço. Fatores de tarefas- Qual a complexidade da tarefa e quais são as disponibilidades e a compreensão das ajudas que suportam a prestação de cuidados, como as políticas, as *guidelines*- nacionais e locais e os protocolos de procedimentos. Fatores de comunicação- Quais são os problemas com a comunicação e como contribuíram para o incidente? Foi inadequada, ineficaz, confusa e /ou ambígua? O assunto da comunicação é relevante entre indivíduos, equipa e organização (...).Fatores de equipa e sociais - A prestação de cuidados foi prejudicada pela falta de coesão e de eficácia da equipa? Considera-se: comunicação, tipos de gestão, estrutura hierárquica tradicional, faltas de respeito pelos membros juniores da equipa e problemas de comunicação interdisciplinar. Fatores de formação e treino - Qual é a disponibilidade e qualidade dos programas de formação para o pessoal? Isto poderá afetar diretamente o comportamento no trabalho e dificultar a capacidade de respostas em determinadas circunstâncias ou em situações de emergência. Fatores de equipamento e recursos- O equipamento é adequado para a situação e os profissionais sabem trabalhar com ele? A onde é que é guardado e como é feita a manutenção? Fatores do ambiente- Será que as condições de trabalho e ambientais afetam a capacidade de trabalho a um nível ótimo? Considera-se: distrações interrupções, falta de iluminação e de ventilação, ruídos e falta ou espaços inadequados de trabalho. Fatores do doente – Quais são as características do doente envolvido no incidente? Considerar a complexidade das condições do doente, idade e língua (cultura). Por exemplo o doente poderá não conseguir falar para dizer que lhe está a ser dada medicação errada”(Woodward, 2006, p.52).

Em síntese, errar é humano mas podem-se prevenir os erros redesenhando o sistema de cuidados de saúde, em que devem participar todos os intervenientes de uma equipa de multidisciplinar. Considera-se um erro quando acontece algo não intencional porque saiu fora do plano inicialmente elaborado, por várias razões humanas, como lapsos, falhas ou enganos. Quando surge um acidente é porque, a montante no sistema, houve falhas latentes que se encadearam num percurso linear de atos inseguros que originaram as falhas ativas, aquando da execução de uma determinada ação e que resultou em algo inesperado (modelo do *Queijo Suíço*). Após esta ocorrência deve ser analisada a raiz causal do erro *Root Cause Analysis (RCA)* que pode ou não ter causado dano ao doente. Embora não se deva escamotear a responsabilidade do profissional por ter cometido um erro, esta deve ser centrada mais no sistema do que no indivíduo. A discussão em equipa é considerada fundamental no que respeita à ocorrência de um erro, assim como disponibilizar o apoio psicológico e emocional de quem o cometeu. A importância de uma cultura de segurança nas instituições de saúde é considerada crucial para que haja uma mudança de paradigma de uma cultura de punição e culpabilização para uma cultura mais justa ou *just culture*, em que se privilegia a aprendizagem pelo erro.

CAPÍTULO II

SEGURANÇA NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

“The environment is fair and just- appropriately recognizing the relative contributions of individuals and systemic organizational features to errors, supportive of staff and fosters continuous learning by the organizational as a whole and its employees” (Page, A. 2004, p.286).

Para atenuar os erros que podem dar origem a acidentes, todos os profissionais devem desempenhar com qualidade a prestação dos cuidados, de forma a garantir a segurança dos doentes. A existência de segurança nas instituições de saúde gera confiança por parte dos doentes e dos profissionais, manifestando estes mais satisfação profissional. A existência de uma cultura de segurança é algo que se pretende atingir nas organizações de saúde em todo mundo mas, também mais especificamente em Portugal. A importância da mudança de paradigma de uma cultura punitiva para uma cultura justa, de reporte de erros e de aprendizagem aumenta consideravelmente a segurança nas instituições de saúde, onde as lideranças, o trabalho em equipa, entre outros, desempenham um contributo fundamental para promover uma cultura de segurança.

Este capítulo apresenta uma abordagem sobre a cultura de segurança e a sua relevância para as instituições de saúde, seguindo-se da temática do *empowerment* considerada recente nas instituições de saúde como uma nova medida de gestão e, neste caso específico, relativamente aos enfermeiros. Por fim, procedemos à descrição de instituições de saúde de alta fiabilidade que trabalham a um nível de sigma seis ou sete e que pretendemos no futuro que as instituições de saúde atinjam essa segurança.

2.1 - CULTURA DE SEGURANÇA

As instituições de alta fiabilidade como a aeronáutica, as centrais nucleares, entre outras, tiveram um percurso de desenvolvimento em termos de segurança que foi, efetivamente, melhorando ao longo dos tempos de acordo com a ocorrência de acidentes. O início do desenvolvimento da cultura de segurança surgiu após o acidente que ocorreu em Chernobyl que chamou à atenção premente à sua implementação nas diversas instituições de alto risco. Estas assumem uma postura sistémica e de elevada resiliência no combate aos erros favorecendo a segurança e a reprodutibilidade de processos (Fragata, 2011). Refere que os elementos que determinam uma cultura de segurança são:

valores partilhados (perceções, *skills* e comportamentos sobre segurança-competências); Valores individuais e de grupo, residindo na matriz da organização; Adoção da segurança como prioridade, imbuída nos “*genes*” da organização e fazendo parte do modelo de negócio; Comunicação aberta, Colaboração em equipa para fins de segurança; Aceitação da falibilidade/ vulnerabilidade; Consciência de risco e antecipação de erros; Política de reporte

e discussão de eventos, sem culpa e com enfoque nas causas sistêmicas; Revelação completa em matérias de segurança; Cultura *just* – Responsabilização sem culpa; Aprendizagem em torno dos erros; Resiliência em matéria de segurança. (p.81)

Leape (1994) é da opinião de que para se implementarem medidas corretivas com a finalidade de mitigar os erros será fundamental haver nas instituições uma cultura de segurança. Existe presentemente uma resistência à mudança por diversos fatores, nomeadamente porque tanto os enfermeiros como os médicos foram devidamente treinados e motivados para o exercício das suas profissões estando subjacente a ideia de que não poderiam cometer qualquer erro.

O autor é reconhecido como o líder do movimento segurança do doente, refere que, atualmente nas instituições de saúde, o método utilizado para atingir os objetivos de aprendizagem, tanto de os enfermeiros como de os médicos, consiste no treino para a aquisição de boas práticas e na punição. Quando acontece um evento adverso surge como consequência a punição e, neste contexto, os pares também a aprovam. Esta cultura é contestada pelos estudiosos do erro e do comportamento porque referem que enquanto um erro poderá dar origem a um acidente, este é normalmente considerado um erro humano em que, por vezes, as causas poderão estar para além do controlo individual do sujeito em contexto de trabalho. Este autor, refere ainda, que os sistemas que acreditam que os comportamentos humanos são libertos de erro estão condenados a falhar.

É de salientar que nas instituições de saúde portuguesas existe uma cultura de culpabilização e de uma sistemática repressão que momentaneamente poderá levar a alguma melhoria, mas não modifica as causas individuais e muito menos as do sistema o que, deste modo, perpétua o ciclo do erro (Fragata & Martins, 2004; Abreu, 2009). Torna-se relevante modificar a forma como se pensa sobre o erro, pois este deverá ser abordado de uma forma pedagógica, no sentido de modificarmos as práticas clínicas como sendo um processo de aprendizagem e não entendido como punitivo (Edmondson, 2013). Esta perspetiva leva a uma mudança de cultura institucional que deverá ser integrada e instituída por toda a equipa multidisciplinar, pois deverá ser considerada como um valor partilhado por todos para que a cultura de punição seja banida e para que surja uma cultura mais justa¹⁵. É importante que os profissionais se sintam com liberdade para partilhar o erro no seio da equipa, no sentido de redesenhar o sistema, tornando-o mais seguro e propício à segurança do doente. Esta cultura de segurança permite transmitir a ideia ao doente de que o ambiente de cuidados é seguro que não causa dano ou, pelo menos, pode reduzir o dano, algo que todos nós queremos enquanto doentes de uma instituição hospitalar.

Sammer, Lykens, Singh, Mains e Lackan (2010) definiram cultura de segurança de uma organização, como o produto de valores, atitudes, perceções, competências, e padrões de comportamento individual e de grupo que determina o compromisso e o estilo e proficiência de uma organização de saúde e de gestão de segurança. Ao que Reason (2004) citado por Fragata (2011) e Leape (2009) acrescentam que a cultura de segurança é constituída por três características fundamentais, como sejam, uma cultura justa, uma cultura de reporte de erros e uma cultura de aprendizagem.

15 No original denomina-se de *Just Culture*.

Relativamente a uma cultura justa, as pessoas não são penalizadas por cometerem erros mas não são toleradas as violações deliberadas e o mau comportamento. Quanto à cultura de reporte de erros, o ambiente tem que ser o mais seguro possível para que as pessoas possam falar acerca dos erros e os reportar. Só deste modo é que se conseguem identificar os problemas, havendo a possibilidade de os corrigir através da adoção de medidas preventivas. Finalmente, a cultura de aprendizagem, considera aquele que tem curiosidade em saber como o erro aconteceu, investiga-o, encontra as falhas no sistema e tenta corrigi-lo (Reason, 2004 citado por Fragata, 2011; Leape, 2009). Na cultura japonesa os erros são vistos como *tesouros*, ou seja, oportunidades, mas na cultura ocidental são considerados na melhor das hipóteses oportunidades de aprendizagem (Fragata, 2011; Leape, 2009). É importante que exista uma cultura aberta, de transparência, onde as pessoas trabalham em equipa na qual a prioridade é a segurança (Helmreich, Wilhelm, Klinect e Merritt, 2001 citados por Leape, 2009). Roberts e Bea (2001) citados por Leape (2009) são da opinião de que a cultura de segurança é primariamente uma cultura de confiança, onde as pessoas têm responsabilidades e trabalham em colaboração umas com as outras.

Para que se consiga este tipo de cultura as instituições de saúde deparam-se com barreiras que, por vezes, implicam resistência à mudança porque necessitam de passar por várias fases até chegar à maturidade, isto é, atingir o nível mais perfeito da cultura de segurança. Hudson (2003) citado por Filho, Andrade & Marinho (2011) e Fragata (2011), produziu um modelo de maturidade cultural, isto é, as instituições têm que passar por diversos níveis de desenvolvimento cultural para atingirem o auge de uma cultura de segurança. Originalmente, Hudson (2003) baseou-se em Westrum (1991, 1999) o qual identificou três níveis de evolução da cultura de segurança: o patológico, o burocrático e o generativo. Contudo, Hudson (2003) acrescentou ao seu modelo dois níveis de evolução: o reativo e o proativo tendo também trocado o nível burocrático pelo nível calculista dado os profissionais da segurança do trabalho considerarem a primeira como uma conotação pejorativa. Assim, no modelo de Hudson existem cinco níveis que seguem um processo temporal de desenvolvimento institucional, isto referem-se ao desenvolvimento gradual no tempo das respetivas culturas, estando as instituições de saúde, de um modo geral, num estágio de desenvolvimento entre a cultura reativa e a calculista. Neste processo de desenvolvimento é necessário tempo para que ocorram mudanças institucionais e para que os profissionais se reestruturarem de acordo com a nova cultura de uma forma sustentada e duradoura. A Figura 4 representa o modelo de maturidade de cultura e segurança de Hudson. Passamos em seguida à caracterização das cinco culturas:

- A) **Cultura patológica-** Não existem ações a nível da segurança e os acidentes são vistos como inevitáveis. As medidas obedecem a normas legislativas que são reguladoras do sistema.
- B) **Cultura reativa-** Nestas instituições começa-se a apelar à segurança, mas só depois de ter ocorrido um incidente no trabalho. Em ambientes como este tenta-se identificar um culpado e remediar a situação, não indo à raiz causal do problema.
- C) **Cultura calculista-** Existem nas instituições gestores de risco, sendo os riscos registados e analisados através da análise da raiz causal ¹⁶ de forma quantitativa. Considera-se ainda, um sistema muito burocrático, em que só existe o envolvimento de alguns grupos (gestores do risco), não há uma visão sistémica da saúde, segurança e meio ambiente.

16 No original root cause analysis (RCA)

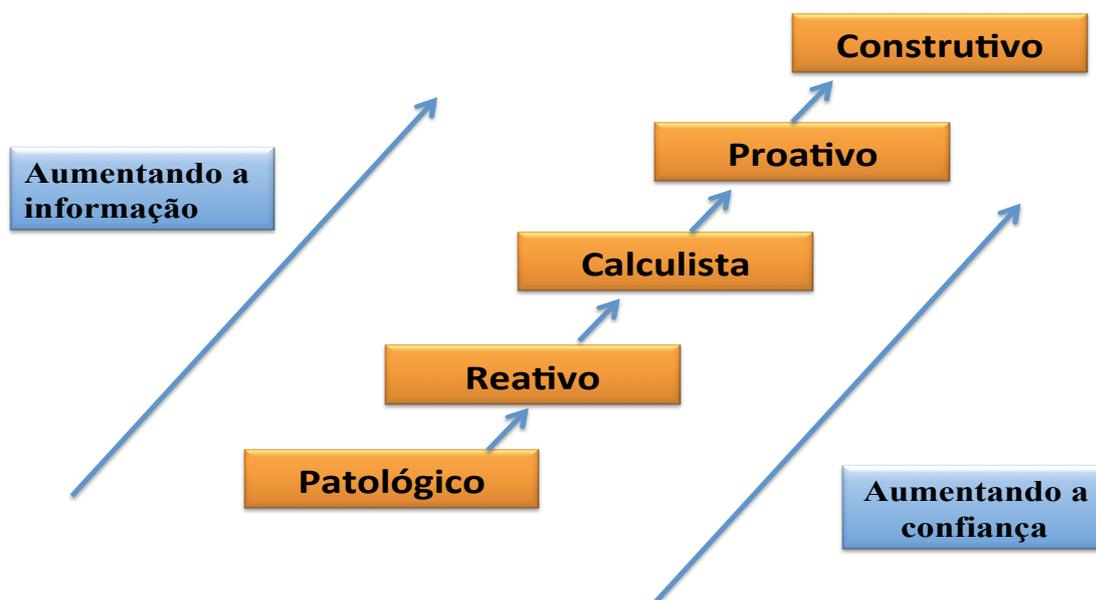


Figura 4. Modelo de maturidade de cultura de segurança proposto por Hudson

Fonte: Adaptado de Hudson (2001) citado por Filho, Andrade & Martinho (2011, p.210)

- D) **Cultura proativa-** Esta consiste na fase de transição para a cultura geradora/ construtiva. Aqui as medidas de segurança fazem parte da rotina diária, tentando antecipar os problemas antes que eles possam surgir. Face aos incidentes não culpabiliza as pessoas, mas existe o sentido da responsabilização. Esta difere da seguinte porque, efetivamente, não existe ainda a notificação dos eventos adversos e, deste modo, o *feedback* não é realizado, isto é, não existe o reportar dos eventos adversos e por isso não é possível haver retorno de informação como o sugerir de medidas preventivas, o que consiste numa limitação nesta cultura.
- E) **Cultura geradora/construtiva-** Esta é o nível mais elevado de maturidade, em que existe participação ativa de todos os intervenientes. A segurança é percebida como parte integrante do trabalho e, deste modo, está-se continuamente a tentar encontrar melhores formas de controlar o risco. Os profissionais sentem-se confortáveis no reporte de eventos adversos e libertos de culpa. Trata-se de uma cultura aberta e justa. Nesta cultura verifica-se um avanço relativamente à anterior pela facilidade em reportar os eventos adversos, bem como pela existência de *feedback*, isto é, existe a notificação dos eventos adversos e face a este facto o gestor de risco consegue sugerir medidas preventivas que permitem redesenhar o sistema no sentido da prevenção dos mesmos. Esta cultura é a forma mais aprimorada de segurança que pode existir neste modelo.

Segundo Fragata (2011) as mudanças culturais a nível institucional levam tempo e são complexas, mas apesar disso urge a necessidade de as iniciar, tendo subjacente uma boa liderança. Este autor aponta-nos algumas vias como:

- 1- Olhar os erros da perspetiva do sistema e não das pessoas;

2- Mover-nos da *accountability* e culpa para uma cultura *just*. Não será possível ainda, como na cultura japonesa, ver os erros como tesouros (pérolas) mas podemos, desde já, vê-los como oportunidades únicas para aprendizagem. Ao mesmo tempo, a tolerância para a violação de regras e para a negligência será zero.

3- Movemo-nos do secretismo para a transparência em torno das falhas;

4- Modificar a prática, no sentido da ótica de mudança se centrar mais nos doentes e menos no *staff* prestador. Podemos, a este respeito, e para ver em que fase nos encontramos, perguntar, num hospital quem espera por quem- pessoal ou doentes?

5- Mudar os modelos de trabalho, da dependência na excelência individual para o trabalho em equipa, interdependente, cooperativo, se possível, envolvendo o doente na equipa.

6- Manter *accountability* universal e recíproca (não só *top down*). Se a administração espera que o *staff* cumpra normas de lavagem de mãos, o *staff* espera da administração as condições e as políticas para que tal seja possível e fácil. (p.83)

Apesar destas orientações proferidas pelo autor serem essenciais para se desenvolver nas instituições de saúde a cultura de segurança, existem estudos que nos revelam as características desta, nomeadamente determinadas subculturas, bem como perceber como os atores identificam essa mesma cultura nas suas instituições. Estes estudos são relevantes porque levam à reflexão sobre o modo como transpôr uma organização de um paradigma de culpabilização para um mais justo que implica maior segurança.

Sammer, et al., (2010) realizaram uma revisão compreensiva da literatura em que utilizaram a metodologia da meta-análise qualitativa para elaborar uma tipologia da cultura de segurança do doente e identificar os principais conceitos. No sentido de fortalecer a confiabilidade e validade, os autores concordaram em agrupar os conceitos em categorias das quais gerou uma estrutura conceptual de segurança com subculturas e respetivas propriedades. A pesquisa da literatura foi feita na base de dados da MEDLINE e CINAHL. As palavras-chaves de pesquisa foram “segurança no hospital”, “cultura de segurança”, “cultura segura” e “ambiente de segurança”. Encontraram uma vasta literatura de mais de 200 artigos de periódicos académicos que abordavam a cultura de segurança no hospital. Para reduzir a revisão limitaram os critérios de modo só a incluir apenas publicações norte-americanas resultando numa revisão de 38 estudos. Os autores identificaram uma ampla gama de propriedades de cultura de segurança que foram organizadas em sete subculturas que integram tópicos como liderança, trabalho em equipa, cuidados baseados na evidência, comunicação, aprendizagem, cultura mais justa, centrada no doente. Passamos a explicar cada uma das sete subculturas na perspetiva de Sammer et al., (2010).

Relativamente à primeira subcultura a liderança, os líderes reconhecem que o ambiente de saúde é de alto risco e visam adequar a visão/missão, competência, recursos fiscais e humanos para a linha da frente, ou seja sair da discussão para a ação. Segundo os autores, é uma tarefa difícil identificar com precisão os componentes que fazem com que uma organização seja segura. Contudo, um tema que é transversal

na literatura é que o papel da liderança é determinante para conceber, fomentar e fortalecer a cultura de segurança, daí identificarem a liderança como uma subcultura relevante. Blake, Kohler, Rask, Davis e Naylor (2006) citados por Sammer et al., (2010) referem que identificaram que a liderança administrativa é uma das mais facilitadoras para o estabelecimento e a promoção de uma cultura de segurança. Comprovam que a falta de liderança consiste num obstáculo para a cultura de segurança porque sem líder existe maior probabilidade de ocorrência de acidentes. Sammer et al., (2010) dizem que em cinco artigos analisados foi citada a importância da formação em liderança, nomeadamente em ciências de segurança como elemento crucial para uma organização se mobilizar para uma cultura de segurança.

Healy, Barker e Madonna (2006) citados por Leape (2009), referem que é fundamental que as equipas tenham uma forte liderança para que funcionem com eficácia. Apesar do respeito mútuo ser essencial e de ninguém funcionar com autoritarismo ou de forma ditatorial, alguém tem que ser responsável na equipa. Na equipa tem que haver alguém que articule os objetivos, que seja facilitador do desenvolvimento do plano, que apoie, encoraje e que ajude o grupo a realizar a missão. A liderança ao nível institucional é necessária para permitir que a equipa possa realizar as suas tarefas.

Thompson, Navarra e Antonson, (2005), referem que uma liderança hierárquica pode prejudicar os objetivos da segurança do doente, no entanto, uma liderança compartilhada que visa criar um ambiente de interdependência e que valoriza os conhecimentos dos profissionais a todos os níveis, pode ser mais facilitadora da mudança. Esta pode ser conseguida, mas requer esforço focalizado principalmente nos líderes e gestores mais do que nos outros profissionais que facilmente compreendem que os erros são normalmente devido a problemas no sistema. Sousa et al., (2009) referem que é importante o contexto para que se desenvolva uma cultura aberta e segura. Países como a Dinamarca, com uma lei de anti culpabilização, no sentido de proteger e tornar obrigatório o reporte de erros, têm servido de exemplo para todos os países europeus.

Quanto à segunda subcultura, nomeadamente, o trabalho em equipa, Sammer et al., (2010) salientam a necessidade da existência de um espírito de colaboração, de colegialidade e de cooperação entre os funcionários, executivos e profissionais independentes, ou seja as relações são abertas, seguras, respeitosas e flexíveis.

É de referir que o trabalho em equipa é relevante para atenuar os erros e faz parte da cultura de segurança. Para Leape (2009) existe uma melhoria significativa na segurança do doente quando os profissionais trabalham em equipa. O autor, considera que não são suficientes só as políticas de segurança ou exigir que os profissionais executem praticas seguras. Para que a dinâmica da equipa funcione requer de todos um conjunto de sinergias para que efetivamente, se atingirem as metas delineadas. Equipas eficazes têm características importantes como a definição clara de objetivos, serem multidisciplinares, considerar o nivelamento da hierarquia, o respeito mútuo e a liderança. A definição de objetivos numa equipa é fundamental porque estas não existem no abstrato mas existem para uma determinada finalidade.

As equipas são organizações funcionais que cooperam em conjunto para atingir um fim. O objetivo deve ser claramente definido e bem compreendido pelos membros da equipa. No que respeita

à equipa multidisciplinar é de salientar que uma das características de segurança das equipas de cuidados de saúde é que incluem todas as partes interessadas¹⁷. Todos os que fazem parte da equipa realizam um trabalho relevante para o mesmo fim. As equipas não são só compostas por médicos e enfermeiros mas por farmacêuticos, fisioterapeutas, técnicos, assessores, entre outros profissionais de saúde, que dão suporte efetivo ao trabalho a realizar, não esquecendo os doentes.

Quanto ao nivelamento da hierarquia as equipas não são consideradas instrumentos para atingir os objetivos dos líderes, mas são colaboradoras, onde as pessoas em conjunto resolvem problemas e trabalham para atingir a segurança do doente. O líder é considerado o facilitador do processo dinâmico da equipa e não pode ter um comportamento de ditador. Numa equipa, os líderes podem pertencer às diversas áreas do saber, por exemplo, por vezes, os médicos poderão ser líderes de uma equipa, outras vezes poderão ser os enfermeiros, ou os farmacêuticos ou mesmo outro profissional. É relevante perceber que todos os membros de uma equipa são essenciais, pois o médico não deverá ser mais importante do que os outros.

Relativamente ao respeito mútuo, todos os membros da equipa contribuem, com perspetivas fundamentais, experiência e pontos de vista diferentes uns dos outros. Assim, cada um merece e devem receber respeito de todos os demais membros da equipa. Numa equipa que funcione bem todas as pessoas são ouvidas e todos sabem que foram ouvidos e, portanto, o respeito mútuo é o que faz com que uma equipa se sinta satisfeita. Segundo o mesmo autor, o trabalho em equipa é o segredo de sucesso de muitas indústrias que são consideradas seguras como na aviação comercial, indústrias químicas, controle de tráfego aéreo, entre outras. É evidente que o trabalho em equipa é um processo complexo e que o desafio para que as equipas funcionem com efetividade é elevado. Parece ser mais difícil fazer modificações nos cuidados de saúde do que nas indústrias, devido à complexidade dos processos e às tradições enraizadas acerca do modo de realização das tarefas. As mudanças podem acontecer com uma liderança comprometida nas instituições de saúde pelos chefes dos serviços e pelo líder da organização.

A terceira subcultura referenciada por Sammer et al., (2010) consiste na prática de cuidados baseados na evidência. As organizações de saúde que apresentam melhores práticas baseadas na evidência incluem processos padronizados, protocolos, listas de verificação e diretrizes, manifestam uma cultura de segurança. Os líderes dos cuidados de saúde apoiam-se nos modelos de segurança da indústria da aviação. Frankel e Haraden (2004), citados por Sammer et al., (2010) referem que os pilotos usam listas de verificação ou *checklists* padronizadas antes de cada voo para garantir que o avião, sistemas e tripulantes estão prontos a funcionar de acordo com o que foi projetado. Sammer, et al., (2010) e Fragata (2011) referem que a Organização Mundial de Saúde recomenda o preenchimento de uma ficha designada "Cirurgias Seguras Salvam Vidas"¹⁸ para verificação e controle das atividades de rotinas¹⁹ padronizadas para a sala de operações para ser preenchida pela equipa antes, durante e após os procedimentos cirúrgicos.

17 No original stakeholders

18 No original Safe Surgery Saves Lives

19 No original Surgical Safety Checklist

A quarta subcultura é a comunicação, a qual, de acordo com os autores, é outra componente integrativa da cultura de segurança. Um membro de uma equipa, independentemente, do seu trabalho tem o direito e a responsabilidade de falar em nome do doente. As passagens de turno deverão ser um método de comunicação estruturada, realizada entre os prestadores de cuidados, para garantir que a informação seja transferida de forma clara e precisa entre os turnos, departamentos e serviços. Dekker, (2002), Frankel, Gandhi e Bates (2003) e Leonard, Graham e Bonacum (2004), citados por Sammer et al., (2010), sugerem a implementação de formas de comunicação como transmissão de informação relevante para a realização de um trabalho²⁰. Estas são consideradas discussões muito curtas no início dos procedimentos para assegurar que tudo está correto como equipamento, medicamentos e registo de apoio, entre outros. No final do procedimento recolhe-se informação, que consiste numa revisão do que foi realizado e na confirmação se está conforme o programado, e comunica-se à respetiva equipa²¹. Finalmente os cuidadores da linha da frente querem saber se as comunicações efetuadas com os gestores são ouvidas e reconhecidas. O fornecimento de *feedback* faz com que se construa uma relação de confiança e de abertura que se considera, de importância fundamental, para uma cultura de segurança (Chard, 2010; Association of periOperative Register Nursing (AORN), 2006, McCarthy & Blumenthal 2006, Wittington & Cohen, 2004, Frankel, Gandhi & Bates, 2003) citados por Sammer, et al., 2010).

A quinta subcultura, aprendizagem, referida por Wittington e Cohen (2004) citados por Sammer, et al., (2010) consiste numa outra componente integrativa da cultura de segurança porque os profissionais do hospital aprendem com os erros e procuram novas oportunidades para melhorarem o seu desempenho. Mais uma vez, os líderes têm uma função importante nesta subcultura porque a aprendizagem na equipa pode começar quando os líderes demonstram vontade em aprender, não só a partir de fontes internas mas também externas de cuidados de saúde que foram bem-sucedidos, no que respeita à cultura de segurança. Johnson e Maulsby, (2007), Pronovost, et al. (2006), Yates et al., (2005) citados por Sammer et al., (2010) apelam para uma compreensão básica na formação em a) segurança do doente, b) no que significa ser uma organização de alta fiabilidade, c) na importância de uma avaliação de cultura de segurança e d) no processo de melhoria do desempenho.

Apold et al., (2006), Blake et al., (2006), Ferrell e Davies, (2006), DiBella, (2001) citados por Sammer, et al., (2010) referem que quando um hospital amadurece no que diz respeito à cultura de segurança, a aprendizagem vai-se tornando cada vez mais proativa na identificação e melhoria de processos potencialmente perigosos, no sentido de evitar erros.

Uma cultura mais justa é considerada por Sammer et al., (2010) a sexta subcultura. Definem uma cultura justa como uma escala de dois lados da justiça, em que um dos lados da escala refere-se à responsabilidade individual e o outro lado remete para a falha no sistema estabelecendo-se, assim, um equilíbrio entre os dois lados (Kaissi, 2006 citado por Sammer et al., 2010). Esta cultura é não punitiva e não há culpabilização aquando do reportar do erro (Blake et al., 2006, Johnson & Maulsby, 2007, Nadzam et al., 2005, Pronovost et al., 2003, Reiling, 2004, Wittington & Cohen, 2004, citados por Sammer et al., 2010).

20 No original briefings

21 No original os debriefings

Finalmente, a sétima subcultura identificada consiste na que é centrada no doente. Esta cultura considera o doente e a sua família como a única razão para a existência de um hospital (Connor et al., 2002, Hansen et al., 2003, McCarthy & Blumenthal, 2006 citados por Sammer et al., 2010). A cultura centrada no doente promete valorizar o doente ao lhe proporcionar um ambiente de convalescença durante o internamento e ao providenciar saúde e bem-estar que resulta de um contínuo de cuidados de saúde (Hansen et al., 2003 citados por Sammer et al., 2010). É da responsabilidade da liderança o desenvolvimento de esforços para que os cuidados sejam centrados no doente e para que este seja cuidado com carinho e compaixão (Gelinas & Loh 2004, Morath & Leary 2004, Rose, Thomas, Tersigni, Sexton & Pryor 2006 citados por Sammer et al., 2010). Um hospital que trabalhe centrado no doente permite que este seja um participante ativo na tomada das suas decisões relativamente aos cuidados. As histórias contadas pelos doentes podem ser uma mais-valia para encontrar falhas potenciais no sistema que levaram a efeitos adversos graves. Estas podem desencadear discussões construtivas que podem culminar em medidas corretivas de segurança (Morath & Leary, 2004 citados por Sammer et al., 2010).

Para Sammer, et al., (2010) uma forma de os líderes das instituições de saúde compreenderem os indicadores da cultura de segurança passa por, num primeiro momento, potencializarem a segurança do doente e posteriormente medi-la, através de um inquérito.

Estas sete subculturas são consideradas relevantes para dinamizar uma cultura de segurança nas instituições de saúde. Parece ser importante numa fase inicial medir a cultura de segurança nos serviços com a aplicação do *Questionário Hospitalar sobre Cultura de Segurança* no sentido de se identificarem subculturas que necessitam de ser melhoradas e, deste modo, contribuir para a segurança do doente.

Em Portugal começam a dar-se os primeiros passos relativamente à realização de estudos no âmbito da cultura de segurança. Vamos referir três desses estudos, sendo um de índole mais institucional, onde participa uma equipa multidisciplinar, outro a nível de hospitais distritais onde participam só enfermeiros que expressam a sua perceção sobre a cultura de segurança e um terceiro realizado em diversos hospitais onde participam as respetivas equipas multidisciplinares.

O primeiro estudo incide sobre *A cultura de segurança do doente na perspetiva dos prestadores de cuidados - O caso do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB)* foi realizado por Rodrigues (2009) e teve como objetivo, para além de outros, avaliar a cultura de segurança do doente nesse centro. Para a operacionalização dos objetivos realizou um estudo descritivo, analítico, não experimental em que utilizou questionários que estavam disponíveis em 2007 pela American Health Research Quality (AHRQ) e por Mcfaden (2006). A população foi constituída por 416 enfermeiros, 125 médicos, 36 secretários clínicos e 9 técnicos de farmácia. Do total dos 586 prestadores de cuidados obteve uma amostra constituída pela opinião expressa de 355 respondentes o que corresponde a uma percentagem de respostas de 60,50% da população em estudo. Em síntese, os resultados revelam como aspeto positivo, isto é, os participantes evidenciam como eficaz para a segurança do doente, o trabalho em equipa no serviço, as expectativas e ações dos superiores hierárquicos em promover a segurança, a melhoria/aprendizagem contínua, a perceção global acerca da segurança do doente e a comunicação aberta.

Como aspetos negativos, ou seja, situações ainda a melhorar, apontam o apoio dos responsáveis máximos do hospital, informação de retorno acerca do erro médico, frequência com que os erros são relatados, equipa de trabalho a nível hospitalar, profissionais (dotações seguras), isto quer dizer que o ratio enfermeiro doente poderá ser baixo e, portanto existe falta de dotações seguras, transferência e passagens de turno e resposta não punitiva para os erros.

O segundo estudo, realizado mais recentemente em Portugal por Fernandes e Queirós (2011) sobre *A cultura de segurança do doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses*, tem como objetivo caracterizar a Cultura de Segurança do Doente (CSD) percebida pelos enfermeiros nos referidos hospitais. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-analítico e transversal. Foi utilizado um questionário intitulado *Hospital Survey on Patient Safety*, (Questionário Hospitalar sobre CSD - versão portuguesa). Segundo os autores trata-se de um questionário de auto relato de distribuição multidimensional composto por 42 itens, distribuídos por 12 dimensões, incorporando ainda duas variáveis de item único: grau de segurança do doente e número de eventos notificados nos 12 meses. Este questionário utiliza uma Escala de Likert, com cinco níveis desde, *discordo fortemente ou nunca* (1) até *concordo fortemente ou sempre* (5). Os sujeitos que participaram, no estudo, pertencem a quatro hospitais distritais da Administração Regional de Saúde do Centro. A amostra foi não probabilista acidental constituída por 136 (58,4%) profissionais. Relativamente aos resultados referiremos de forma resumida que das doze dimensões (D1- Trabalho em equipa/cooperação entre unidades/serviços, D2- Trabalho de equipa nas Unidades/Serviços, D3- Passagens de turno e transferência de doentes, D4-Frequência de relato/participação dos eventos adversos, D5- Resposta não punitiva ao erro, D6- Comunicação aberta, D7- Feedback e informação sobre os erros, D8- Aprendizagem organizacional e melhoria contínua, D9- Expectativa/ações da chefia/supervisão na promoção da segurança, D10- Apoio da gestão hospitalar para a segurança dos doentes, D11- Recursos humanos/efetivos, D12- percepção geral sobre segurança) quatro revelaram-se *críticas ou problemática* e uma *forte*, isto é só uma dimensão foi considerada de muito bom nível. Em síntese e de uma forma global o estudo apresenta como resultado positivo, ou seja de muito bom nível, a dimensão, D2-Trabalho de equipa dentro dos Serviços/Unidades (79%) e com dimensões de resultados negativos, isto é, aspetos ainda a melhorar para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do doente, existe a dimensão D5- Resposta não punitiva ao erro, D4- Frequência de relato/notificação dos eventos adversos, D10-Apoio da gestão/direção hospitalar para a segurança do doente e D11- Dotação de recursos humanos efetivos. Esta ordem das dimensões de resultados negativos obedece ao critério crescente de concordância.

Por fim, referimos o terceiro estudo realizado, pela DGS - Departamento da Qualidade na saúde (2011), um estudo piloto de avaliação da cultura de segurança do doente em hospitais portugueses com o objetivo de avaliar e monitorizar a cultura de segurança da unidade/serviço, o compromisso da liderança do doente, o erro, a notificação de incidentes e eventos adversos. Foi utilizado o mesmo instrumento que no estudo anterior. Este estudo piloto decorreu entre Junho e Setembro de 2011. O instrumento foi enviado por via eletrónica a todos os grupos profissionais das unidades de saúde dos seguintes hospitais que fizeram parte da amostra piloto: Centro Hospitalar da Cova da Beira, Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, Centro Hospitalar São João, Centro Hospitalar Lisboa

Norte, Hospitais da Universidade de Coimbra e Unidade Local da Saúde do Alto Minho, Hospital do Litoral Alentejano e o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. Neste estudo houve uma taxa de adesão de 11,13%. Em termos de conclusão genérica os resultados do estudo apresentam como positivas, relativamente à cultura de segurança, as seguintes dimensões:- *Trabalho em equipa, Aprendizagem organizacional - melhoria contínua, Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente*. Relativamente às dimensões negativas, isto significa, o que deverá melhorar para se criar uma cultura de segurança do doente evidencia-se, a *Resposta ao erro não punitiva, a Frequência da notificação e a Dotação de profissionais*.

Concluiu-se que relativamente aos três estudos a cultura de segurança apresenta-se como um fator crítico na qualidade dos cuidados, visto haver uma dimensão positiva comum - "*Trabalho de equipa dentro dos serviços/unidades*". Esta dimensão refere-se a vários aspetos como: nos serviços/unidades existem entreajuda entre os profissionais; quando existe uma grande quantidade de trabalho rapidamente os profissionais se juntam como equipa para o conseguir realizar; nos serviços/unidades as pessoas tratam-se com respeito e quando uma área fica com excesso de trabalho as outras dão-lhe apoio.

Contudo, entre o primeiro e último estudo existem também em comum dimensões positivas como a *Aprendizagem organizacional – melhoria contínua, Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente*. Relativamente às dimensões negativas existem em comum nos três estudos a "*Resposta ao erro não punitiva, a Frequência da notificação e a Dotação de profissionais*."

Quanto às dimensões positivas a *Aprendizagem organizacional – melhoria contínua* refere-se a aspetos como: os profissionais estão a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente; os erros conduzem a mudanças positivas e os profissionais avaliam a eficácia das alterações que fazem, no sentido de melhorar a segurança do doente. No que respeita à dimensão *Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente* é quando o superior hierárquico tem uma palavra agradável para com o profissional pelo desenvolvimento de um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos; o superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança dos doentes.

Relativamente às dimensões negativas, a *Resposta ao erro não punitiva* é quando os profissionais sentem que os erros por eles cometidos são utilizados contra eles próprios; quando um evento/ ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si; quando os profissionais se preocupam, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal. Quanto à dimensão *Frequência da notificação*, refere-se à baixa notificação de quando ocorre um evento mas é detetado e corrigido; quando ocorre um evento mas não tem perigo potencial para o doente; ou mesmo quando ocorre um evento que poderia causar dano ao doente. No que respeita à dimensão *Dotação de profissionais* refere-se às situações em que não existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido; quando os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados; quando existem mais profissionais temporários na prestação de cuidados do que o seria desejável; quando se trabalha em *modo crise*, tentando fazer muito, demasiado depressa.

Nos três estudos, os autores referem que há escassez de produção científica neste âmbito em Portugal e sugerem a extensão destes estudos a outros hospitais. Após a realização destes estudos, os autores sentiram a necessidade de propor um sistema de reporte de eventos adversos e considerá-los como prioridade para melhorar a aprendizagem e consequentemente a prática clínica.

Nestes três estudos, a subcultura trabalho em equipa é expressa de forma positiva, ou seja os profissionais de saúde tendem a trabalhar em equipa, o que se considera fundamental como barreira do sistema para a ocorrência de erro e contribuir para a segurança do doente. Nos três estudos podemos verificar que ainda existe uma cultura de punição aquando da identificação de um erro e que este ainda não é reportado com frequência. É de referir que os profissionais também revelam falta de dotações seguras, o que dificulta a prestação de cuidados seguros ao doente. No global os profissionais têm a perceção de que a segurança do doente está aquém do esperado. Ainda existe muito a fazer nas organizações de saúde para haver mudança de paradigma para uma cultura mais justa. Estes estudos são importantes porque se conseguem identificar áreas de maior fragilidade que necessitam de ser trabalhadas para contribuir para a mudança de cultura e só assim é possível atenuar os erros e contribuir para a segurança do doente.

Em síntese, a mudança de uma cultura institucional é complexa, dinâmica e temporal porque interfere com os valores, competências, atitudes e padrões de comportamento individual e de grupo dos profissionais de uma instituição. Contudo, este será o caminho a seguir nas organizações de saúde portuguesas, começando por medir o nível de cultura de segurança existente em cada serviço ou instituição em que se possam identificar as subculturas já referidas como a liderança, o trabalho em equipa, os cuidados baseados na evidência, a comunicação, a aprendizagem, uma cultura mais justa e centrada no doente. É importante que os líderes das instituições compreendam a necessidade de considerar a segurança do doente como uma prioridade e desenvolverem esforços com as diversas equipas no sentido de as mobilizar para uma cultura mais justa.

2.2 - EMPOWERMENT E CULTURA DE SEGURANÇA

O desenvolvimento crescente da sociedade ancorada ao processo de transformação devido à globalização conduziu a que as organizações tivessem que gerir os recursos humanos, atribuindo-lhes a capacidade de tomada de decisão, bem como transformar o ambiente organizacional de modo a tornarem-se mais competitivas. Neste sentido, o *empowerment*²² surge como uma nova tecnologia de gestão que tem subjacente a ideia de difundir o poder a vários níveis da organização. Considera-se relevante nas organizações de saúde o *empowerment* porque possui características fundamentais que favorecem o desenvolvimento de uma cultura de segurança.

22 Empowerment é um termo inglês que tem como significado em português de empoderamento. Contudo, na maioria da literatura portuguesa consultada encontra-se a designação de *empowerment* e não de empoderamento daí se utilizar no texto a expressão original de *empowerment*.

O *empowerment* nas organizações surgiu em meados da década de 80 em oposição a ambientes taylorista e burocráticos. Esta mudança teve como finalidade a participação dos trabalhadores na tomada de decisão através de maior autonomia, autoridade e responsabilidade usufruindo de benefícios compartilhados geradores de motivação. Numa cultura de segurança estes são requisitos fundamentais para a partilha de valores tanto individuais como de grupo, para uma comunicação aberta, para a responsabilização sem culpa, para aprender com os erros, entre outros. É neste sentido que o *empowerment* é relevante para o desenvolvimento de uma cultura de segurança da qual os enfermeiros também são agentes ativos e responsáveis.

Page (2004), no relatório do IOM, identificou a enfermagem como essencial para a segurança do doente. Contudo, para que efetivamente isto aconteça, é relevante que haja mudança de paradigma institucional de uma cultura de culpabilização para uma de aprendizagem que implica segurança, dando aos enfermeiros o *empowerment* de que eles necessitam para que atinjam esse objetivo. Este autor refere que na cultura de culpabilização os enfermeiros quando cometem um erro sentem-se envergonhados e são reconhecidos pelos outros profissionais como descuidados, distraídos, errada tomada de decisão, atitudes que não são consideradas toleráveis. Neste sentido, o erro é centrado no indivíduo em vez no sistema como preconiza uma cultura de segurança. Existem diferenças entre as características de uma cultura de segurança e as de uma cultura de culpabilização com se pode verificar na Tabela 2.

Page e Czuba (1999), citados por Rodrigues, Pereira e Barroso (2005), definem "*empowerment* como um processo social multidimensional que ajuda as pessoas a ganharem controlo sobre as suas próprias vidas. No âmago deste conceito está a ideia de que é possível e desejável que as pessoas adquiram controlo sobre as suas próprias vidas e sejam capacitadas a colaborarem no processo de mudança das condições sociais e culturais" (p.86).

Tabela 2
Comparação entre culturas

Características de uma cultura de segurança	Características de uma cultura de culpabilização
Liderança e apoio	
Os líderes promovem uma cultura de segurança (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000, Larson, 2000)	A liderança não é visível no apoio à segurança
A liderança providência os recursos necessários para promover a segurança do doente (Institute for Health Improvement, 2005)	A liderança não providência os recursos necessários para promover a segurança do doente
Análise de eventos	
Abordagem da análise da raiz causal "o que aconteceu, porque aconteceu, o que fazer para evitar que aconteça novamente"(National Center for patient Safety, 2005b)	Abordagem punitiva a "near misses" e a erros (Hughes, 2004)
Reporte	
Aprendizagem com o relato de erros médicos para prevenir a sua ocorrência (Leape, 2002)	Existe relutância em reportar os erros por causa de medo a respostas punitivas e supressão de uma discussão aberta relacionada com erros médicos (Simpson & Berry, 2001).
Mais relatórios são elaborados no sentido da organização perceber das oportunidades identificadas para fazer melhorias no sistema (Dotan, November 2003).	
Comunicação	
Comunicação aberta e eficaz (Page,2004)	Falta de comunicação eficaz
O reconhecimento da importância da comunicação e colaboração entre todos da equipa (American Association of Critical-Care Nurses, 2005)	Comunicação hierárquica (Page,2004)
Enfase	
Enfase na prevenção e não na punição (National Center for patient Safety, 2005a)	Enfase na punição e não na prevenção

Fonte: Adaptado de Friesen, Farquhar e Huges, (2005, p.19).

A ideia que está subjacente ao *empowerment* é a colaboração, a partilha mútua de informação, a confiança recíproca, a cooperação entre os membros da equipa o que permite tomar decisões e participar de forma ativa na instituição podendo de uma forma gradual haver mudanças no próprio sistema. O *empowerment*, como podemos depreender, não é estático mas sim dinâmico e funciona num *continuum* que vai desde o delegar funções a um poder mais baixo da instituição até a um mais elevado. Esta filosofia é fundamental numa instituição de saúde que se pretenda desenvolver para uma cultura de segurança. Nesta perspetiva

todos os profissionais que trabalham dentro de uma instituição de saúde estão ativamente envolvidos para a identificação e resolução de problemas de segurança e, deste modo, estão mais capacitados para encontrar medidas corretivas adequadas para prevenir um evento adverso (Page, 2004).

Aiken e Sloane (2000), citados por Armstrong e Laschinger (2006), referem que investigação feita em hospitais *Magnet* demonstrou que estes apoiam a tomada de decisão dos profissionais dos respetivos serviços, têm uma prática de enfermagem mais poderosa, com mais propensão para providenciar cuidados de enfermagem com mais proficiência aos doentes. Os hospitais *Magnet* são hospitais que emergiram nos Estados Unidos onde a enfermagem apresenta excelentes resultados de cuidados aos doentes, onde os enfermeiros têm um elevado nível de satisfação no trabalho, onde existe uma baixa rotatividade do pessoal de enfermagem e onde há resolução das reclamações dos doentes de forma adequada. O estado *Magnet* indica o envolvimento de enfermagem na colheita de dados e na tomada de decisão no cuidado ao doente (Segen, 2006).

Quando os enfermeiros são participantes ativos no processo da tomada de decisão, sentem-se com mais responsabilidade, motivados e confiantes no trabalho, traduzindo-se na satisfação do mesmo. Isto leva a uma melhoria significativa da qualidade dos cuidados prestados aos doentes que contribui para a sua segurança (Benner, Malloch & Sheets, 2010).

Kazanjian, Green, Wong e Reid (2005) citados por Benner, Malloch e Sheets, (2010), concluíram, ao fazerem uma revisão sistemática da literatura de 27 estudos, que ao estabelecerem a relação entre as características do ambiente de trabalho de enfermagem e a mortalidade dos doentes, as dimensões de trabalho como, a autonomia, o estabelecimento de boas relações entre enfermeiro-médico, as cargas de trabalho aceitáveis, os cuidados de enfermagem baseados em padrões de qualidade, os atributos de gestão adequados e as oportunidades de desenvolvimento profissional, desempenham um papel importante. Estes ambientes de trabalho que capacitam os enfermeiros para a prática, de acordo com as normas profissionais, são mais propensos a desenvolverem uma cultura de segurança do doente.

No estudo exploratório desenvolvido por Armstrong e Laschinger (2006) estes autores concluíram que dos resultados preliminares se evidenciou a importância da relação entre o *empowerment* no local de trabalho, as condições ambientais para a prática profissional e o clima de segurança do doente. Estes autores referem que estes resultados estão de acordo com os sugeridos por Page (2004), ou seja com o relatório do IOM em que fazem referência às condições de trabalho que garantem a segurança do doente. Este estudo sugere que as lideranças de enfermagem têm a capacidade de melhorar o nível da segurança do doente nas suas instituições, criando um ambiente de capacitação da prática profissional para os enfermeiros da equipa.

Laschinger, Wilk, Cho e Greco (2009) referem que a elevada qualidade de cuidados prestados ao doente depende da capacitação que os enfermeiros têm de prestar cuidados de acordo com as normas profissionais. Lawler (1986), Bowen e Lawler (1992) e Kirkman & Rosen (1999) citados por Laschinger, Wilk, Cho e Greco (2009), argumentam que o *empowerment* referido pelos teóricos da gestão consiste num mecanismo poderoso que aumenta o envolvimento dos profissionais nas atividades da organização e que resultam tanto na satisfação no trabalho como no consequente aumento da produtividade da mesma.

Contudo, a cultura de segurança exige que todos os profissionais sejam devidamente treinados e educados para a prevenção da segurança do doente. Exige a existência de recursos e de infraestruturas para que a equipa funcione de forma eficiente e eficaz no local de trabalho (Friesen, Farquhar & Huges, 2005; Lage, 2010).

Em síntese, apesar de o IOM identificar a enfermagem como fundamental para a segurança do doente porque prestam cuidados diretos aos doentes, ou seja estão na linha da frente na sua prestação, é importante referir que o desenvolvimento de uma cultura de segurança numa instituição de saúde deverá ser realizada pelas equipas multidisciplinares (enfermeiros, médicos, farmacêuticos, psicólogos, técnicos, assistentes operacionais ... não esquecendo os doentes) em interação recíproca, numa dinâmica de partilha, cooperação, de respeito mútuo de modo a haver *empowerment* na organização, sendo o líder o facilitador deste processo de transição de um paradigma para outro.

2.3 - INSTITUIÇÕES DE ALTA FIABILIDADE

Uma instituição de saúde aberta, transparente, solidária é considerada como uma organização em que se tornam visíveis as imperfeições e as aprendizagens são partilhadas de forma livre e sem haver inibição nos profissionais. Estes cuidam dos seus doentes com competência e respeito tendo em consideração os seus interesses e onde também existe o envolvimento conjunto das suas famílias no processo de cuidados de saúde. Este conjunto de características organizacionais está, cada vez mais, a ser reconhecido como uma forma de promover a melhoria e a segurança do doente (Leape et al., 2009). Estes autores afirmam que para se conseguir uma organização segura, eficaz e com alta fiabilidade é necessário implementar cinco grandes conceitos como transparência, plataforma de cuidados integrados, envolvimento do doente, satisfação no trabalho e reformas na educação.

A transparência é um valor que deve ser prática nas organizações, pois constitui o âmago para uma cultura de segurança. Se efetivamente, esta situação não acontecer não se consegue aprender com os erros, não há colegialidade e os doentes deixam de confiar nos cuidados de saúde. Relativamente à plataforma de cuidados integrados, estes devem ser prestados por equipas multidisciplinares e têm como finalidade aumentar a segurança, eficácia, qualidade e a fiabilidade, de modo, a que os resultados obtidos dos cuidados de saúde fiquem a um menor custo possível. Quanto ao envolvimento do doente e família em parceria com a equipa multidisciplinar é relevante para contribuir para a melhoria dos cuidados e, assim, aumentar a própria segurança. A satisfação no trabalho encontra-se em organizações de alta fiabilidade porque todos sentem que o trabalho é envolvente e, portanto, é considerado algo de significativo para os profissionais traduzindo em prazer na execução do mesmo. No que respeita às reformas na educação é fundamental que nas universidades médicas e de enfermagem haja um ajuste no currículo onde se possa evidenciar o desenvolvimento de competências comunicativas e de trabalho em equipa, a compreensão dos comportamentos básicos da interação humana, segurança dos doentes, qualidade nos sistemas de saúde, entre outros. Estes assuntos são aprofundados posteriormente na abordagem das implicações, de que este trabalho se reveste, para a formação dos profissionais de enfermagem.

É evidente que as instituições de alta fiabilidade são a antítese da falta de uma comunicação aberta, de fazer atalhos na execução das atividades, encobrir os erros, falta de apoio colegial, pobre trabalho em equipa, falta de respeito e abuso de autoridade. Estas organizações caracterizam-se pelo não registo de acidentes ao longo dos tempos funcionando a um nível de sigma 6²³. É de referir que as organizações de saúde situam-se entre sigma 2 e sigma 4 considerando-as muito aquém da segurança do tráfego aéreo e das centrais nucleares (Fragata 2011).

Nestas Organizações de Alta Fiabilidade (OAF), o que as distingue das outras é a capacidade de gerir o inesperado. Esta só é conseguida pela inteligência partilhada que é consequente das variações existente na organização. Martins (2004, p. 220) refere que “o ajustamento mútuo permanente, entre profissionais, é uma necessidade constante e é esta atividade adaptativa que gera o potencial de informação acerca da capacidade e vulnerabilidade organizacional, na resposta às necessidades dos doentes”. O autor refere que resultados menos corretos são identificados pelas OAF e são considerados relevantes para o desenvolvimento de determinadas atividades, no sentido, de nunca poderem vir a acontecer. Assim sendo, “a eficácia, definida em termos de evitamento, é, contudo, mais exigente em termos de envolvimento, inteligência ativa e capacidade de alerta (*mindfulness*), do que a descrita em termos de resultados a obter” (p.221). Apesar de todas estas condições exigentes e fidedignas para prevenir um acidente e mesmo tentando ao máximo controlar o inesperado, um acidente, embora raramente, pode acontecer²⁴.

Martins (2004) e Weick, Sutcliffe e Obstfeld (1999) afirmam que nas organizações fiáveis a inteligência coletiva refere-se ao reporte de incidentes e respetiva análise, para posteriormente implementarem medidas corretivas adequadas e, para que isto possa ser conseguido, existem cinco processos fundamentais como a preocupação com a falha, relutância em simplificar interpretações, sensibilidade às operações, comprometimento com a resiliência e a deferência com expertise. Os três primeiros processos dizem respeito ao agir com antecipação ao imprevisto e os dois últimos tem como finalidade conter o inesperado dando uma resposta rápida e adequada. Na Figura 5 procede-se à caracterização destes processos.

23 Para Fragata (2011) “A fiabilidade é o quociente do número de ações sem falha a dividir pelo número total de atos por exemplo, 10^{-1} = 1 defeito por 10 tentativas, 10^{-2} = 1 defeito por 100 tentativas, ... 10^{-6} = 1 defeito por 1 000 000 tentativas, ou seja, sigma 6. Para esta definição contribuiu o estudo de diversos acidentes graves, como a crise dos mísseis em Cuba, o incidente nuclear de Three Mile Island, a fuga química em Bhopal, o desastre aéreo de Tenerife, o acidente nuclear em Chernobyl ou a explosão de *space shuttle* Columbia” (p.131).

24 Apresentamos como exemplo “a explosão e o desastre do *space shuttle* Columbia, em Fevereiro de 2003: sabia-se, desde há muito tempo, que existia um defeito estrutural no isolamento térmico dos depósitos de combustível do foguetão mas, após tentativas anteriores goradas, surgiu uma janela de oportunidade climática e, também, pressões de oportunidade política, que levaram a considerar a partida da nave para o espaço. Uma elaborada análise probabilística, feita pouco antes, terá demonstrado que qualquer falha seria provavelmente improvável, mesmo inverosímil – como é sabido, os depósitos explodiram mesmo na descolagem, matando todos os astronautas. Este exemplo ilustra bem que mesmo as OAF, laborando em sigma 6 ou 7, podem falhar, entre outras causas, por excesso da pressão do momento e, como identificado no caso Columbia, por uma perversão momentânea de cultura” (Fragata, 2011, p.133).

Processos

Agir com antecipação

1. Preocupação com a falha
2. Relutância em simplificar
3. Sensibilidade às operações

Conter o inesperado

4. Comprometimento com a resiliência
5. Deferência com a expertise



Figura 5. Infraestrutura da inteligência ativa para a alta fiabilidade organizacional

Fonte: Adaptado de Weick (1999, p.89) citado por Martins (2004, p.226)

Em seguida descrevemos os cinco processos relevantes que ocorrem nas OAF, como sejam:

Preocupações com a falha - As OAF preocupam-se com as falhas nos sistemas, porque apesar de serem raras são consideradas muito importantes para prevenir o inesperado. O acumular de pequenos incidentes que nas organizações tradicionais, por vezes não são valorizadas, o mesmo não acontece na OAF porque sabem que podem conduzir a incidentes de maior dimensão. Nestas organizações não é considerado importante intervir num incidente isolado mas perceber a raiz causal do mesmo, com a finalidade de se compreender as suas implicações no sistema e, deste modo, prevenir o possível inesperado. As organizações tradicionais tendem-se a focalizar na falha, mas nas OAF a sua tendência é para a generalização. Estas incentivam os profissionais ao reporte de erros e são recompensados porque são uma mais-valia para a segurança.

Relutâncias em simplificar interpretações - As organizações fiáveis são relutantes em simplificar interpretações feitas a tarefas que são complexas porque correm o risco de perderem informação relevante e essenciais para executarem ações rápidas. O facto de os profissionais tenderem para a simplificação poderá incrementar a possibilidade de ocorrência de falhas e erros, situação que as OAF não comungam porque são consideradas seguras. A dificuldade reside em descobrir que aspetos de um problema de uma organização é prudente ignorar e quais é que valem a pena ter em consideração tendo como finalidade a segurança da mesma. As OAF estão mais interessadas em saberem mais daquilo que não sabem, e conseguem-no, porque têm em consideração a ocorrência de incidentes e falhas. Contudo, geram-se diferentes pontos de vista ao nível dos profissionais, destas organizações, e mais importante do que os diferentes pontos de vista, é a capacidade de encontrarem estratégias capazes de conseguirem gerir os conflitos. Este facto grupal no seio destas organizações é relevante para alcançarem a fiabilidade. Assim, a cooperação é fundamental para que se consiga negociar a participação dos profissionais dentro da organização tentando obter o controlo no que é essencial para as suas tarefas.

Sensibilidade às operações – As OAF são sensíveis às operações porque tem que haver uma gestão coordenada destas para que se possa avaliar e redesenhar tudo o que pode conduzir à ocorrência de falhas e imperfeições no sistema. Um obstáculo à manutenção da sensibilização operacional é o perigo da pressão à produção e a sobrecarga de trabalho. Contudo, as organizações fiáveis tendem a desenvolver práticas com envolvimento e entendimento comum sobre a situação problema fazendo avaliações sistemáticas e atualizações contínuas de modo a controlar o inesperado. Portanto, estão em constante alerta a averiguar se a situação faz sentido ou não e senão, é reconstruída de forma a concebê-lo. A sensibilidade às operações é conseguida, para além de outros fatores, através da combinação partilhada das representações mentais, na construção de uma história coletiva e nas características do posto de trabalho.

Comprometimento com a resiliência – Para Wildavsky (1991) citado por Weick, Sutcliffe e Obstfeld (1999) as OAF tendem a desenvolver tanto a antecipação como a resiliência. A primeira consiste na previsão e prevenção de potenciais perigos antes do acidente. A segunda refere-se à capacidade de lidar com as surpresas de momento e os perigos inesperados depois de se ter manifestado o acidente tentando, posteriormente, aprender com a situação e recuperar a mesma. Bourier (1996) citado por Martins (2004) afirma que:

como uma prática de uma organização resiliente, a mobilização de redes informais quando os incidentes ocorrem, dissolvendo-se logo que a normalidade volta. Este autor define estas estruturas como redes latentes e informais ativadas em situações de incerteza e que funcionam como equipas semiautónomas, ultrapassando, na ação concreta, os padrões normais, hierárquicos ou profissionais. O valor destas redes consiste no facto de permitirem uma rápida mobilização dos recursos cognitivos para gerir eventos que se tornaram impossíveis de antecipar. (p.225)

Deferência com a expertise - As organizações mais clássicas têm hierarquias mais rígidas de tipo “controle comando” e são mais apropriadas para um mundo estável e pouco flexível às mudanças. Por outro lado, nas organizações mais fiáveis as conexões hierárquicas são mais fracas e existe mais *empowerment* nos seus profissionais proporcionando uma maior fiabilidade (Martins, 2004). Apresentamos a existência de uma tipologia matricial das organizações em duas dimensões (2x2) de Perrow (1999) citado por Martins (2004) como se pode verificar na Tabela 3.

Tabela 3
Matriz interação/conexão das organizações

	Interação linear	Interação complexa
Conexão forte	Menor probabilidade de acidente	Acidente como consequência normal
Conexão fraca	Menor probabilidade de acidente	Menor probabilidade de acidente

Fonte : Adaptado de Perrow (1999) citado por Martins (2004, p.226) Esta matriz de dupla entrada caracteriza as

organizações em conexões fortes²⁵ e fracas²⁶ com as interações que podem ser lineares e complexas. Perrow (1999), citado por Martins (2004), refere que quando existe numa organização conectada fortemente, em que existe centralização do poder, com uma interação complexa o acidente ocorre como consequência normal e previsível. Acrescenta que quanto maior a conexão organizacional com interações complexas maior é a ocorrência de acidentes. Martins (2004) refere que:

os hospitais portugueses nomeadamente nos empresarializados têm-se pautado pelo reforço desta conexão, com vista ao aumento da eficiência. Esta prática de gestão ao fomentar esta conjugação incrementa o acidente como consequência normal. Como tal, os processos visando a fiabilidade tem de contrariar este binómio. (p.226)

Por outro lado, quando existe descentralização do poder a conexão é fraca e a probabilidade de ocorrer um acidente em interações complexas é menor.

Estes cinco processos são fundamentais numa organização que se pretende de alta fiabilidade. Contudo, nas organizações de saúde portuguesas ainda existe um percurso a realizar para venham a ser fiáveis com a aplicação dos processos referidos como acontecem nas indústrias da aeronáutica, de centrais nucleares, nas atividades aeroespaciais, entre outras. De acordo com o mesmo autor, “ a fiabilidade requer diversidade, duplicação, sobreposição e reportório de respostas variadas, enquanto a eficiência requer homogeneidade, especialização, não redundância e estandardização” (p.227).

Nas OAF o conhecimento e as competências individuais são relevantes mas continuam a ser insuficientes, no sentido da prestação dos cuidados de forma segura e fiável. Daí a importância de haver mudança para equipas competentes, para sistemas confiáveis e para a resiliência (Morath, 2011). Esta autora refere que no atual sistema de saúde é relevante compreender o contexto de complexidade com as suas consequentes incertezas, ambiguidades, propriedades emergentes, a necessidade de aprendizagem contínua, *sensemaking*²⁷ e resiliência. O sistema requer a combinação dos esforços de todos na prestação de cuidados, existindo também a necessidade de todos estarem envolvidos na gestão das condições em que estes são prestados com a finalidade de haver mudanças que resultam na melhoria dos resultados, no aperfeiçoamento do desempenho organizacional e do sistema e no aprimorar da aprendizagem bem como no trabalho em equipa interprofissional.

Contudo, existem hoje barreiras que dificultam as organizações de saúde a serem fiáveis e uma delas

25 Martins (2004) refere que “As hierarquias rígidas têm a sua própria vulnerabilidade ao erro. A burocracia clássica, do tipo comando controlo, é adequada para um mundo estável, mas demasiado inflexível para tempos de mudanças” (p. 225). Nesta circunstância é onde a conexão hierárquica é mais forte.

26 Martins (2004) refere que “As organizações que concedem *empowerment* aos seus profissionais da linha da frente, e onde a conexão hierárquica é mais fraca, reúnem mais condições para a fiabilidade” (p.225). Nesta circunstância onde existe *empowerment* a conexão hierárquica é mais fraca.

27 Martins (2004) ao citar Weick (1995) define *sensemaking* como “o ato de atribuir significado aos acontecimentos, de acordo com as estruturas cognitivas do sujeito, dando sentido a tudo o que é surpreendente, construindo e estruturando o desconhecido (p. 234).

consiste na existência de elevada pressão entre os limites financeiro e a respetiva produção. Para que esta pressão seja compensada é necessária uma pressão igual em direção a um gradiente de menos resistência para restituir o equilíbrio. Se esta tensão dinâmica não se equilibrar, o gradiente de pressão é puxado para além do limite de segurança aumentando o risco da prática clínica, conforme demonstrado na Figura 6 (Morath, 2011; Fragata, 2011).

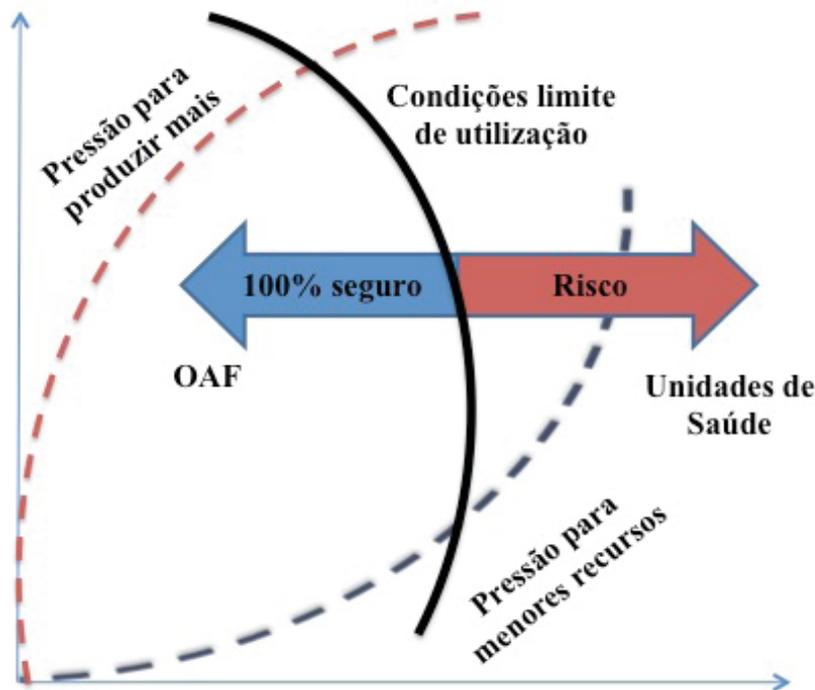


Figura 6. Relações entre pressão, recursos e segurança

Fonte: Adaptado de Fragata (2011, p.137)

Morath (2011) refere que quando os profissionais ou equipas entram na área de práticas pouco seguras emergem vários sintomas como falhas na comunicação e no trabalho em equipa, fazem-se atalhos na execução das práticas, aumentam os erros, ocorrem surpresas clínicas e falhas em detetar sinais de aviso enquanto os problemas se desencadeiam de pouco graves para graves.

Estas práticas clínicas podem acontecer nas nossas organizações de saúde porque, como nos afirma Fragata (2011, p. 135) existem "metas hoje impostas à produção de saúde e com a necessidade e a pressão para as atingir - de qualquer modo e a qualquer custo" que podem colocar em causa a segurança dos doentes desvirtuando o desenvolvimento de uma cultura de segurança nas instituições de saúde.

Em síntese, as instituições de saúde ainda estão longe de atingir a fiabilidade, no entanto, tem-se verificado um esforço em derrubar algumas barreiras, no sentido de a atingir mas o sucesso neste empreendimento só será possível com o trabalho conjunto das equipas multidisciplinares que reúnam sinergias positivas para o desenvolvimento de uma cultura de segurança. Esta implica a existência de equilíbrio entre a pressão, recursos e segurança, no sentido, de atenuar os erros da prática clínica.

Resumindo, no Capítulo I faz-se uma abordagem da conceitualização e da tipologia do erro, da sua problemática nos contextos das instituições de saúde e da relevância deste fenómeno marcado por determinados contextos históricos no que respeita ao desenvolvimento da segurança do doente. Para que esta possa ser assegurada apontam-se alguns avanços para criar uma cultura de segurança como a compreensão da metáfora do *Queijo Suíço* e na ocorrência de um acidente a importância de se conhecer a raiz causal do mesmo. Este capítulo interliga-se com o atual pela relevância da existência de uma cultura de segurança em defesa da segurança do doente. O facto de se perceber os assuntos referidos implica uma melhor compreensão para a existência de uma cultura de segurança nas instituições de saúde. Com a introdução de uma nova tecnologia de gestão, o *empowerment*, existe descentralização do poder tornando os profissionais participantes nas tomadas de decisão, através de uma maior autonomia e responsabilidade, que induz neles maior motivação. Neste *continuum* pretende-se que as instituições de saúde venham a ser instituições de alta fiabilidade como acontecem na aeronáutica, nas centrais nucleares, entre outras. Para diminuir a ocorrência de erros num determinado sistema tem que se perceber porque se erra e, conseqüentemente, transformar as instituições de saúde para uma cultura mais justa e de alta fiabilidade para se assegurar a segurança do doente e haver maior satisfação profissional.

CAPÍTULO III

COMPETÊNCIAS PSICOSSOCIAIS DOS ENFERMEIROS NA GESTÃO DO ERRO CLÍNICO

“Everyone can recall lessons learned from experience. Often the best remembered lessons are the ones that were hardest learned – gleaned from making mistakes and dealing with the fallout from those mistakes. By studying situations where nursing practice breaks down, nurses can learn from the experiences of their colleagues. This is far better than learning from reliving the same difficult experiences (Author Unknown)”.

Para o desenvolvimento de uma cultura de segurança são fundamentais as competências pessoais, sociais e profissionais. Estas estão mais relacionadas com o indivíduo e não tanto com o sistema, mas em interligação, poderão ser armas poderosas para atenuar os erros e contribuir, não só para a satisfação, mas também para o bom desempenho profissional, promovendo a segurança do doente. Wu, Folkman e Lo (2003) referem que o sistema e o indivíduo não devem ser vistos separadamente dado que as melhorias no sistema têm que ser articuladas com a consciência do indivíduo relativamente à problemática do erro. Esta problemática poderá ser analisada de duas formas: uma centrada na pessoa e outra centrada no sistema. Cada uma tem um modelo explicativo da causalidade do erro com diferentes filosofias relativamente ao modo de o gerir. Compreender estas diferenças tem implicações no modo como lidar com situações de risco ou de acidente na prática clínica. Relativamente à forma centrada na pessoa, os erros são essencialmente focados nos indivíduos, tornando-os responsáveis por situações de esquecimento, de falta de atenção e motivação, descuido, negligência e imprudência. Quanto à forma centrada no sistema, focaliza-se nas condições em que os indivíduos trabalham em que, por exemplo, por falhas no desenho do sistema colocam em causa a segurança do doente. Efetivamente, a montante do sistema, existem falhas latentes que podem contribuir para a ocorrência de erros e, conseqüentemente, originar quase eventos ou acidentes e, portanto, considera-se deveras relevante implementar no sistema medidas para evitar ou atenuar os seus efeitos (Reason, 2000). No entanto, esta perspetiva ainda é ténue nas instituições de saúde em Portugal.

Num sistema complexo como o da saúde onde existem falhas latentes, como falta de liderança, falta de supervisão, défices de comunicação, stresse, ruído, interrupções, excesso de trabalho, dotações pouco seguras, entre outras, estas podem conduzir o profissional de saúde inesperadamente para a ocorrência de erro e, conseqüentemente, culminar em acidente por falta de resolução eficiente dessas falhas. O erro humano, como já foi referido no capítulo I, não poderá ser eliminado, mas esforços devem ser mobilizados no sentido de o diminuir, assegurando aos profissionais competências não técnicas, adequadas para lidarem com os riscos e os desafios do trabalho.

Este capítulo centra-se essencialmente no indivíduo, nomeadamente nas competências não técnicas, como as cognitivas, as sociais e as emocionais em que os profissionais devidamente treinados assentam

o seu trabalho, nomeadamente, quando lidam com a probabilidade de errar. Pretende-se sensibilizar os profissionais para a relevância de cada uma delas para que se consiga uma boa prática profissional e, deste modo, atenuar os erros e contribuir para a segurança do doente.

3.1 - COMPETÊNCIAS PESSOAIS PARA GERIR O ERRO

Nos finais dos anos setenta é reconhecido na indústria de aviação, nomeadamente no trabalho executado pelos pilotos, que as falhas nas competências não técnicas resultavam em acidentes. Com esta preocupação, foram desenvolvidos estudos por psicólogos no sentido de se identificar deficiências no funcionamento das competências e, conseqüentemente, desenvolver programas de formação em competências não técnicas, designadas na aviação por gestão de recursos da tripulação²⁸, com a finalidade de reduzir os erros e incrementar o desempenho dos pilotos (Flin, et al., 2003; Mitchell & Flin, 2008). Procede-se de seguida a uma descrição sintética dessas competências não técnicas que, de acordo com literatura, não têm sido estudadas em Portugal no âmbito da enfermagem. Contudo, a nível internacional, nomeadamente no Reino Unido, têm-se feito alguns estudos com as enfermeiras instrumentistas quando trabalham em equipa com os cirurgiões (Fragata, 2010; Mitchell, Flin, Yule, Mitchell, Coutts, & Youngson, G. 2010; Mitchell & Flin, 2008). Na sala de operações são relevantes as competências não técnicas com as cognitivas (tomada de decisão, tomada de consciência) e sociais (comunicação, trabalho em equipa e liderança) que complementam as competências técnicas dos profissionais da equipa cirúrgica (Dasgupta, Ahmed, Jane & Khan, 2014).

Psicólogos da universidade de Aberdeen, no Reino Unido, definem competências não técnicas²⁹ como sendo os recursos cognitivos, sociais e pessoais que complementam as competências técnicas e que contribuem para o desempenho seguro e eficiente (Flin, O'connor & Crichton, 2008). Estes autores referem-se a sete competências do comportamento humano que influenciam a segurança e a execução eficiente de atividades, como sendo, a tomada consciência da situação (atenção ao ambiente de trabalho), a tomada de decisão, a comunicação, o trabalho em equipa, a liderança, a gestão do stresse e da fadiga. Em seguida procedemos à descrição de cada uma destas competências onde realçamos algumas falhas humanas que podem efetivamente conduzir à ocorrência de erro.

3.1.1 - Competências cognitivas

3.1.1.1 - Tomada de consciência

Endsley (1995) citado por Flin et al., (2008) define a tomada de consciência como sendo a percepção dos elementos do ambiente dentro de um determinado espaço, a compreensão do seu significado e a projeção da sua condição num futuro próximo. O autor, investigador com formação em engenharia

28 No original designa-se por Crew Resource Management (CRM)

29 No original designa-se por non technical skills

e psicologia, construiu um modelo de tomada de consciência de uma situação que envolve os três níveis de componentes que em seguida se identificam:

Nível 1 - Recolha de informação, ou seja a percepção dos elementos de uma determinada situação que consiste, por exemplo, num trabalhador recolher informação sobre o mundo que o rodeia para monitorizar o estado do ambiente de trabalho e, conseqüentemente, prosseguir com as tarefas em que está envolvido.

Endsley (1995), citado por Flin et al., (2008), considera que neste nível existem razões específicas pelas quais se pode falhar, nomeadamente, quando se recolhe informação para avaliar corretamente a situação. As razões consideradas dizem respeito aos seguintes aspetos: os dados que se pretendem recolher não estão disponíveis, os dados são difíceis de detetar/percecionar, existe falta de verificação ou de observação dos mesmos e há uma percepção errada desses dados. Existem vários exemplos que poderiam ser avançados mas salientamos a visão em túnel, que consiste num défice de atenção, isto é quando a atenção de um indivíduo se focaliza num determinado elemento da situação e falha na deteção de outras circunstâncias relevantes, mesmo que sejam silenciosas³⁰ e relevantes para situação em análise (Flin et al., 2008).

Nível 2 - Compreensão da informação atual, isto é a pessoa terá que processar a informação recebida para atribuir significado à situação atual, no sentido de perceber o que está acontecer, bem como compreender o significado das pistas (sinais) recebidas dessa mesma situação. Os seres humanos são competentes para efetuar a interligação entre a informação que recebem do meio exterior com a informação armazenada na memória a longo prazo, processo que se realiza rapidamente, tornando-se mesmo automático. Contudo, a interpretação da informação também poderá ser distorcida por informação anterior do contexto ou mesmo por outros fatores como, por exemplo, por ilusão ótica. Os profissionais mais novos têm modelos mentais menos enriquecidos e, conseqüentemente, despendem mais tempo e energia mental para tentarem compreender os padrões das pistas (sinais), utilizando um processo de análise sistemática e a realização de comparações com as possíveis interpretações. Por outro lado, profissionais mais experientes, quando confrontados com situações novas, também necessitam de interpretar as situações utilizando um esforço mental acrescido, processo que implica uma elevada carga da memória de trabalho (Flin et al., 2008).

Os mesmos autores acrescentam que o modelo mental para uma determinada situação é construído não só pela experiência, mas também pela informação transmitida. Em diversos locais de trabalho, por exemplo, na prestação de cuidados de enfermagem e médicos, a informação prévia à realização do turno seguinte é transmitida com a finalidade de os profissionais perceberem claramente que tarefas têm que executar, quem é que desempenha determinada função, quais os riscos e como podem ser minimizados ou geridos. Contudo, uma transmissão incorreta da informação conduz a que os profissionais atuem e operem com modelos inadequados que podem resultar em acidente.

30 Um exemplo médico, nomeadamente, de um anestesista que quando está tão concentrado na entubação endotraqueal do doente, falha, pelo facto de não perceber atempadamente do tempo demasiado longo em que está nesta manobra ficando o cérebro do doente em défice de oxigénio (Flin et al., 2008).

Endsley (1995) citado por Flin et al., (2008) refere a existência de diversas razões que falham, no sentido de compreender a situação que está a ser experienciada pelo profissional, tais como falta ou escassez de modelos mentais, utilização de modelos mentais inadequados, excesso ou falta de confiança em valores predefinidos e falhas de memória.

Nível 3 - Antecipação das situações futuras, isto é projeção para situações futuras, que implica compreender a situação, perceber o seu significado, utilizar o conhecimento armazenado de experiências passadas e, deste modo, o profissional está apto a pensar no modo como a situação poderá desenvolver-se no futuro. Os fatores que podem colocar em causa a tomada de consciência são a concentração ou a atenção, bem como a fadiga e o stresse. Cada pessoa tem uma certa capacidade para captar novas informações e para manter a consciência mental das mesmas, mas há que ter em consideração que existem limites. Relativamente à fadiga e ao stresse, estes interferem na capacidade perceptiva das situações em análise. Isto é, quando o profissional está cansado, a capacidade cognitiva e o processamento da nova informação encontram-se diminuídos. Quando o profissional se sente fatigado reduz a sua capacidade de atenção tanto na apreensão das novas pistas (sinais) da situação, como no processamento consciente da informação. O stresse, manifestado muitas vezes por ansiedade, tem um efeito negativo semelhante à fadiga: muito provavelmente os profissionais estão preocupados com outros problemas ou inquietações que limitam a capacidade de atenção (Flin et al., 2008).

Os mesmos autores afirmam que a tomada de consciência está dependente da memória de trabalho, como anteriormente referido, e que é afetada por distrações, interrupções e por sobrecarga de estímulos, aspetos a ter em consideração em função do contexto altamente complexo de trabalho dos profissionais de saúde (cirurgiões, dos anestesistas, dos enfermeiros, entre outros). Portanto, possuir o conhecimento acerca da importância de não distrair ou interromper os profissionais que estão a executar uma determinada atividade e que se encontram a realizar um esforço para reter a informação na memória de trabalho, tem que ser respeitado como sendo um aspeto relevante a ter em consideração numa equipa. Os enfermeiros que administram medicamentos usam, em alguns hospitais, coletes em que se encontra gravada a frase *Administração de medicamentos, Não interrompa*. Este procedimento pretende funcionar como medida preventiva de possíveis erros que possam ocorrer por sucessivas interrupções passíveis de causar distrações na preparação e administração da medicação (Petrova, Baldacchino & Camilleri, 2010).

Em síntese, a tomada de consciência é uma competência não técnica, do foro cognitivo, e relativamente à qual foram descritos os três níveis considerados relevantes para o conhecimento e sensibilização dos profissionais das diversas organizações de elevado risco, onde se incluem as instituições de saúde, cujos profissionais têm que reconhecer as possíveis fragilidades cognitivas que podem induzir em erros e, conseqüentemente, em incidentes ou acidentes para tomarem as devidas precauções.

3.1.1.2 - Tomada de decisão

A tomada de decisão é definida como um processo que visa alcançar um determinado julgamento ou escolha de uma alternativa, várias vezes designada por um plano de ações para dar resposta às

necessidades de uma determinada situação. Em diversas instituições, o trabalho dos profissionais consiste num ciclo contínuo de monitorização e de reavaliação das atividades para posteriormente atuar de forma apropriada. As condições para a tomada de decisão dos profissionais variam de acordo com a pressão, com as exigências das atividades, com a viabilidade de opções, com o nível de restrições, com o apoio e recursos existentes (Flin et al., 2008). Estes autores referem-se às quatro componentes fundamentais da tomada de decisão que são: avaliação da situação/ definição do problema, gerar e considerar uma ou mais opções de resposta, selecionar e implementar uma opção e revisão do resultado.

A problemática da tomada de decisão em ambientes sobre pressão, de elevado risco e em contextos de elevada dinâmica de trabalho, atraiu a curiosidade dos psicólogos. Diversos estudos efetuados evidenciaram que a teoria clássica da tomada de decisão era limitada (e.g. a tomada de decisão normativa), para situações de incerteza ou inconstantes e de elevada pressão, isto porque a tomada de decisão normativa é a ideal ou perfeita, o que não é compatível com situações de incerteza em que a tomada de decisão não prescritiva será a mais satisfatória (Flin et al., 2008).

Esta nova abordagem à investigação da tomada de decisão é conhecida por tomada de decisão naturalista, em que o seu objetivo consiste em descrever o modo como os peritos tomam decisões, em condições inesperadas, com informações inadequadas, com mudanças de objetivos, com elevada pressão e risco, trabalhando em equipa com constrangimentos organizacionais (Hoffman, 2006; Lipshitz et al., 2001; Montgomery et al., 2005; Salas & Klein, 2001 citados por Flin et al., 2008; Klein, 1997; Klein, 2008). Esta abordagem naturalista não se aplica apenas na aviação, em serviços de emergência e na academia militar mas também em serviços de medicina, anestesia e cuidados intensivos (Falzer, 2004; Flin et al., 2007; Gaba, 1992 citados por Flin et al., 2008).

O modelo de tomada de decisão é relevante em ambientes de trabalhos operacionais porque é executado um ciclo contínuo de monitorização da situação, avaliação do estado de acontecimentos, no sentido de desencadear as ações adequadas e, conseqüentemente, reavaliar os resultados (Flin et al., 2008). Os autores referem que o modelo de tomada de decisão naturalista retrata duas fases importantes neste processo que são a avaliação da situação (qual é o problema) e a utilização do método de tomada de decisão para escolher um plano da ação (o que se poderá fazer). Procede-se em seguida à descrição de cada uma delas:

A) **Avaliação da situação** - define-se como um processo focado em questões sobre o acontecimento, bem como na avaliação do contexto em que ele ocorreu (Flin et al., 2008; Wegmann & Shappell 2003). Os autores afirmam que esta primeira etapa é crucial para a tomada de decisão. Nesta primeira fase de avaliação da situação para a tomada de decisão exige-se essencialmente um esforço muito mais consciente e focalizado na situação, no sentido de ser direcionado para a identificação e compreensão de um novo acontecimento ou de uma situação modificada relativamente ao que se esperava. Esta etapa envolve um processo muito semelhante ao da percepção e atenção para avaliar a situação, no sentido em que é influenciada por fatores como a experiência, a carga de trabalho e as expectativas. Isto é, quando através de uma monitorização contínua se identifica uma mudança no estado da situação, então procede-se a uma avaliação da situação. Este processo envolve atender a uma seleção de pistas disponíveis que

se reúnem num determinado padrão que se interliga com a informação semelhante armazenada na memória a longo prazo, com a finalidade de reconhecer o problema e posteriormente tomar uma decisão.

Pode eventualmente também acontecer que se chegue à conclusão que a situação é perigosa e que ações corretivas têm que ser tomadas sem se conhecer efetivamente o diagnóstico na sua totalidade (Flin et al., 2008; Wegmann & Shappell 2003). Por outro lado, se a avaliação da situação for incorreta então o resultado da tomada de decisão e conseqüente seleção do plano de ação será inadequado para a resolução da situação. Efetivamente, isto poderá acontecer quando as pistas fornecidas por uma dada situação forem mal interpretadas, distorcidas ou mesmo ignoradas conduzindo a uma incorreta representação da situação.

B) **Método de tomada de decisão** - consiste num processo de escolha do plano de ação mais adequado que irá ao encontro das necessidades detetadas após a avaliação da situação (Flin et al., 2008). Os autores referem que parece haver quatro métodos envolvidos neste processo sendo o primeiro o de reconhecimento³¹ (intuição), o segundo baseado nas regras³², o terceiro baseado na escolha pela comparação de opções³³ e o quarto apela à criatividade³⁴.

Quanto ao primeiro método de reconhecimento (intuição) também apelidado por *tomada de decisão intuitiva*, trata-se de um modo de tomada de decisão que depende da recordação das respostas dadas anteriormente relativamente a uma determinada situação do mesmo tipo. Isto é, pistas situacionais podem ser combinadas com a memória de acontecimentos anteriores armazenados como padrões e protótipos, que são reativados rapidamente quando existe identificação com a situação presente. Existem vantagens e desvantagens relativamente ao método intuitivo, tal como pode ser verificado na Tabela 4.

Tabela 4
Decisões por reconhecimento

Decisões por reconhecimento (intuição)	
Aspetos positivos	Aspetos negativos
-Muito rápido	-Requer que o utilizador seja experiente
- Requer pouca atenção consciente	-Pode ser difícil justificar
-Pode fornecer uma opção viável e satisfatória	-Pode incentivar a verificação das evidências que apoiam o modelo ao invés de considerar as evidências que não apoiam esse modelo (viés da confirmação)
-É útil em situações de rotina	
-Razoavelmente resistente ao stresse	

Fonte: Flin et al., (2008, p.51)

31 No original designa-se por recognition-prime (intuitive)

32 No original designa-se por rule-based decision-making

33 No original designa-se por choice through comparison of options

34 No original designa-se por creative

Quando existe indecisão ou situações de elevada incerteza o indivíduo apresenta dificuldades em efetivamente decidir, isto é, existe a incapacidade do indivíduo em discriminar entre as diferentes alternativas (Silva, 1995). Deste modo, Gelatt (1989) citado por Silva (1995) sugere uma nova estratégia da decisão a *incerteza positiva* que consiste num “novo modo de enquadrar a situação de decisão, cujo objetivo é o de ajudar os indivíduos a lidar com a mudança e ambiguidade, a aceitar a incerteza e a inconsistência, e que promove o uso do lado intuitivo e não-racional do pensamento” (p.22). Apesar da tomada decisão intuitiva ser mais adequada ao nível de situações de elevada incerteza não se deve abolir as abordagens prescritivas,³⁵ mas devem ser complementadas com abordagens mais intuitivas (Gelatt, 1989 citado por Silva, 1995). Isto é, estes autores não vão no sentido de rejeitar a tomada de decisão prescritiva, apesar de ter sido considerada a mais correta em situações normativas do passado; no entanto, no mundo atual, devido à imprevisibilidade e à incerteza associada às mudanças a tomada de decisão intuitiva é neste contexto, considerada a mais ajustada. Deste modo, os mesmos autores concluíram que seria deveras relevante a complementaridade entre as duas modalidades de tomadas de decisão.

O método de reconhecimento (intuição) ou tomada de decisão intuitiva é útil para profissionais experientes quando trabalham com situações que lhes são familiares, especialmente quando existe elevada pressão de tempo, sendo também mais resistente aos efeitos de stresse do que eventualmente outras estratégias. Isto porque é utilizada uma limitada memória de trabalho enquanto funciona a memória a longo prazo. Este método não pode ser utilizado por profissionais pouco experientes porque, por definição, têm uma experiência limitada relativamente às situações de trabalho e, portanto, possuem menos memórias de acontecimentos passados relevantes relacionados com a situação em análise (Flin et al., 2008).

Reason (1990) faz referência a confusões percetuais que podem dar origem a erros. Isto acontece porque os esquemas de reconhecimento cognitivo aceitam como correspondência, para um determinado objeto, algo que parece semelhante a esse mesmo objeto, quer por uma localização esperada ou por realização de um trabalho semelhante, dando origem a erros. Estes erros podem acontecer porque em situações de execuções sucessivas não é necessário investir uma carga elevada de atenção no processo de correspondência. Com a repetição sucessiva deste processo é provável que os esquemas de reconhecimento, bem como os esquemas de ação se tornem automatizados, de tal forma que aceitem aproximações ao esquema, em vez de obter correspondências precisas relativamente ao *input* esperado. Esta degradação dos critérios de aceitação vai em concordância com a *economia cognitiva* e com a libertação da capacidade de atenção. Neste sentido, os erros de perceção conduzem à troca de objetos parecidos, por exemplo “Eu tinha a intenção de pegar numa garrafa de leite, mas realmente peguei na garrafa de limonada” (p.72). Transpondo esta situação para os contextos da prática de enfermagem, medicamentos parecidos com rótulos idênticos nas mesmas gavetas, apesar das separações, pode levar à troca de medicamentos. Daí a importância destes medicamentos estarem devidamente rotulados, de forma claramente diferenciada e serem colocados em locais diferentes, de modo a atenuar qualquer risco de erro humano.

35 A abordagem prescritiva pressupõe a estruturação de passos a serem seguidos na análise de resolução de problemas, isto é existe uma preocupação na prescrição de métodos para a tomada de decisão ótima (Macedo, Ferreira, Andrade & Alyrio 2007; Silva, 1995).

Quanto à tomada de decisão baseada nas regras, esta consiste na identificação da situação problemática e, conseqüentemente, o profissional terá que se recordar dos procedimentos, ou então consultá-los com a finalidade de encontrar a regra a ser aplicada ou mesmo o procedimento a executar. Este processo exige um esforço mais consciente do que relativamente ao do reconhecimento (intuição). Isto é, o profissional procura ativamente na sua memória a regra adequada para a reativar, no sentido de ser aplicada à situação em causa ou a consultar num manual de procedimentos que serve de guia para resolver a situação. A tomada de decisão baseada nas regras é maioritariamente utilizada por principiantes, no sentido de aprenderem os procedimentos básicos aplicados em situações que são frequentes ou de elevado risco (Flin et al., 2008). Os benefícios e os riscos das decisões baseadas nas regras encontram-se na Tabela 5.

Tabela 5
Decisões baseadas nas regras

Decisões baseadas nas regras	
Aspetos positivos	Aspetos negativos
- Adequada para principiantes	-Pode consumir tempo se o manual nunca foi consultado
-Podem ser rápidas, se houver aprendizagem das regras	-Não se consegue identificar de momento a regra ou procedimento
-Dá-nos um plano de ação que foi elaborado por peritos	-Se for interrompido é fácil saltar um passo
-Fácil de justificar porque segue os procedimentos prescritos	- A regra poderá estar fora de prazo ou ser inadequada
- Não existe razão para compreender cada passo das regras	-Pode fragilizar as competências
	-Pode não se compreender a razão para cada passo
	-O procedimento errado pode, eventualmente, ser selecionado

Fonte: Flin et al., (2008, p.53)

Os autores referem que os erros de decisão podem ocorrer se a regra selecionada for inadequada para a situação. O profissional poderá ter-se esquecido das regras e correr o risco de selecionar a que lhe parece mais familiar, comprometendo a situação.

Relativamente ao terceiro método, baseado na escolha pela comparação de opções, também designado por *tomada de decisão analítica*, tem que se identificar primeiro o problema para depois se iniciar o processo de comparação de possíveis opções. Para se resolver as necessidades de uma determinada situação em análise, elabora-se um certo número de planos de ação que são reativados na memória, de manuais ou mesmo referenciados pelos membros da equipa sendo que, após comparação, os decisores optam pelo mais ajustado à situação. Uma das vantagens deste método consiste em atingir uma solução adequada quando todas as alternativas forem cautelosamente avaliadas (Flin et al., 2008).

Estes autores afirmam que os erros de decisão também ocorrem quando na tomada de decisão os decisores não contemplam todas as opções que são relevantes, ou quando se escolhe uma opção errada para a elaboração de um plano de ação que se pensa adequado. As vantagens e desvantagens deste método encontram-se na Tabela 6.

Tabela 6
Decisões entre diversas opções

Decisões entre diversas opções	
Aspetos positivos	Aspetos negativos
- Comparação entre alternativas de planos de ação	- Requer tempo
- Pode-se justificar	- Não é adequado para ambientes de elevado ruído que causam distração
- A que mais se aproxima na produção de uma solução ótima	- Pode produzir uma sobrecarga cognitiva
- Existência de técnicas	

Fonte: Flin et al., (2008, p.55)

No que respeita à *tomada de decisão criativa* que tem por base a inovação, não é considerada um método frequentemente utilizado em ambientes de elevada pressão de tempo porque requer a elaboração de um plano de ação novo para uma situação pouco familiar. Apesar de aparentemente ser um método de decisão utilizado com pouca frequência, não é recomendado para domínios de elevado risco a menos que não exista outra alternativa. Flin et al., (2008) acrescentam ainda que a tomada de decisão criativa deve ser efetuada durante as fases de desenvolvimento do planeamento e dos procedimentos das operações em curso quando existe tempo suficiente para projetar e avaliar nos planos de ação. As vantagens e desvantagens deste método são apresentadas na Tabela 7.

Tabela 7
Decisões criativas

Decisões criativas	
Aspetos positivos	Aspetos negativos
- Produzem soluções para situações pouco familiares	- Consumo de tempo
- Pode-se inventar novas soluções	- Soluções não são testadas
	- Difícil em ambientes de ruído e de distração
	- Difícil em situações de stresse
	- Pode ser difícil justificar

Fonte: Flin et al., (2008, p.56)

As competências da tomada de decisão criativa são significativamente influenciadas pela perícia técnica, nível de experiência, familiaridade com as situações e prática na resposta a situações problema. A tomada de decisão criativa é uma competência cognitiva que poderá ser afetada por alguns fatores como a tomada

de consciência, o stresse, a fadiga, o ruído, ambientes propícios a distrações e a interrupções. Em situações de stresse a tomada de decisão criativa pode ser particularmente vulnerável, especificamente quando é necessário um esforço intelectual e tempo para avaliar e comparar planos de ação opcionais. Os efeitos negativos do stresse agudo no que respeita aos processos cognitivos são os que a seguir se enumeram: atenção seletiva (visão em túnel), perda da capacidade da memória de trabalho, restrições na reativação da memória a longo prazo com a reativação de estratégias simples em relação às complexas (Flin et al., 2008).

Em síntese, no decurso da vida o ser humano toma decisões que vão desde as mais simples às mais complexas. Nas organizações as tomadas de decisão são consideradas fundamentais para a resolução de problemas, isto é toma-se uma decisão e age-se para atingir determinados objetivos. Contemporaneamente, as organizações trabalham numa situação de elevada incerteza, em condições inesperadas, com elevada pressão e risco, sendo este o ambiente em que os profissionais têm que tomar decisões relativamente às quais os modelos clássicos não conseguem tomar em consideração a sua complexidade. Neste sentido, emerge a tomada de decisão naturalista que responde aos desafios dos contextos atuais vivenciados pelos profissionais. Este modelo retrata duas fases relevantes como a avaliação da situação e o método de tomada de decisão. Face a um determinado problema, que exige uma tomada de decisão rápida para a sua resolução, considera-se relevante a avaliação da situação que consiste na identificação e compreensão do fenómeno apelando a processos cognitivos como a atenção e memória. Neste processo de avaliação, erros na tomada de decisão podem ocorrer devido a interpretações incorretas, a distorções, a interrupções, entre outros. Relativamente ao processo de tomada de decisão existem quatro métodos: o método de reconhecimento (intuição) também designado de tomada de decisão intuitiva, o método baseado nas regras, o método baseado na escolha pela comparação de opções, apelidado de tomada de decisão analítica, e o método que recorre à criatividade ou também designado por tomada de decisão criativa. Os diversos métodos de tomada de decisão poderão ser utilizados de acordo com a situação problema, isto é, poderão ser flexíveis face à situação problema. Conforme pudemos analisar anteriormente todos estes métodos apresentam riscos para os quais os profissionais devem estar despertos para prevenirem a ocorrência de erro. Por exemplo, considera-se relevante que no processo de tomada de decisão intuitiva o utilizador seja um profissional experiente, porque caso contrário podem existir fragilidades neste processo de tomada de decisão. Na tomada de decisão baseada nas regras é importante não ser interrompido, porque facilmente o profissional salta um passo no procedimento, podendo conseqüentemente culminar num acidente. A modalidade de decisão analítica considera-se um risco se for aplicada em ambientes de elevado ruído que causam distração e naturalmente podem originar erros e, conseqüentemente, acidentes. A tomada de decisão criativa exige consumo de tempo, não sendo igualmente o método mais adequado para ambientes de ruído e de distração, porque também pode dar origem a erros. Facilmente se compreende que a tomada de decisão é complexa, tornando-se relevante conhecer os diversos métodos e as respetivas vantagens e desvantagens, para que conseqüentemente haja rigor na escolha do método a utilizar face à situação problema.

A tomada de decisão é uma componente não técnica, fundamental, para a resolução de problemas. Considera-se relevante que os profissionais tenham consciência do modelo de tomada de decisão naturalista que retrata a avaliação das situações e suas fragilidades, bem como a importância dos quatro métodos da tomada de decisão: o método da tomada de decisão intuitiva, o método baseado

nas regras, o método da tomada de decisão analítica e o método tomada de decisão criativa. Esta tomada de consciência pode funcionar como medida preventiva, no sentido dos profissionais criarem no sistema barreiras que impeçam essas fragilidades cognitivas, de forma a executarem boas práticas e contribuir para a segurança do doente.

3.1.2 - Competências Sociais

3.1.2.1 - Comunicação

A comunicação foi referida no capítulo anterior como uma subcultura, em que se enfatizou a relevância da eficiência do processo comunicativo como contributo para uma cultura de segurança, enquanto neste capítulo, se refere a uma competência não técnica, que o profissional tem que adquirir para funcionar de forma eficiente em equipa diminuindo os erros comunicacionais.

Comunicar consiste na permuta de informações, de *feedback* ou respostas, de ideias ou sentimentos. Fornece conhecimento, cria relações, estabelece padrões comportamentais previsíveis, mantém a atenção na atividade e serve como um instrumento de gestão (Flin et al., 2008). A comunicação é uma atividade crucial na coordenação entre os seres humanos e desempenha um papel fundamental em assegurar o sucesso de uma complexidade de atividades (Leplat, 1991, citado por Flin et al., 2008).

A troca de informação é uma atividade essencial para a tomada de decisão, para a tomada de consciência da situação, para a coordenação de equipas, para a liderança e para a gestão do stresse, contribuindo para comportamentos assertivos e seguros. A competência para comunicar com os outros pode ser desenvolvida e treinada e, deste modo, contribuir para a segurança nas organizações (Flin et al., 2008).

Os autores referem que existem dois modelos de comunicação, um unidirecional e o outro bidirecional. Relativamente ao primeiro, a mensagem que o emissor pretende enviar é codificada em palavras ou noutros sinais e é transmitida para um ou mais recetores. Estes descodificam-na para lhe identificarem o respetivo significado. Quanto ao segundo, o recetor passa a ser emissor para responder à mensagem previamente recebida, isto é considerado a transmissão de *feedback* da informação recebida. O *feedback* é considerado fundamental porque permite assegurar ao emissor e ao recetor que o significado da mensagem foi efetivamente compreendido por ambos.

Flin et al., (2008) acrescentam que a linguagem é uma forma de comunicação que é constituída por sinais e símbolos e pode ser tanto verbal como não-verbal. Relativamente à comunicação verbal tanto é social, isto é, ajuda a construir relações entre as pessoas, como é funcional porque ajuda a equipa pelo ato comunicativo a cumprir as suas atividades. Por outro lado, a comunicação não-verbal refere-se à forma como as pessoas comunicam entre si de modo deliberado ou involuntário, sem que haja o ato comunicativo da fala. Através desta comunicação consegue-se identificar o estado emocional da pessoa, bem como a transmissão de outras informações que emitem um determinado significado.

Malandro et al., (1989) citado por Flin et al., (2008) referem ter identificado quatro classes de comunicação não-verbal consideradas relevantes nos contextos do trabalho das organizações que são: a expressão facial; o movimento dos olhos; o movimento do corpo e os gestos; o toque; as características da voz e respetivas qualidades. Referem também que, tal como a comunicação verbal, a comunicação não-verbal poderá ser ambígua e de interpretação errónea, especialmente quando se comunica com pessoas de outras culturas.

Existem barreiras à comunicação que são um dos problemas que contribuem para acidentes nas organizações. Reason (1997), citado por Flin et al., (2008), caracteriza os seguintes problemas que contribuem para que ocorram acidentes:

Falhas nos sistemas organizativos, devido à não existência de canais de comunicação, que ocorrem quando não estão a funcionar ou quando não operam regularmente;

Falhas na mensagem transmitida não pela existência de canais comunicativos, mas porque a informação considerada essencial não foi devidamente transmitida;

Falhas na receção da informação, não pela ausência de canais comunicativos, pela qual a mensagem é enviada, mas por haver distorções na interpretação ou por chegar demasiado tarde. (p.77)

Os autores relatam que estes problemas de comunicação podem conduzir a erros humanos e afetar respetivamente a segurança e os comportamentos nas organizações. O comunicador poderá negligenciar a transmissão da informação considerada fundamental para a equipa, ou mesmo omitir a transmissão de uma informação atualizada sobre uma determinada situação. Afirmam ainda que uma comunicação deficiente ocorre quando existe falta de compreensão da mensagem ou quando há falhas de interpretação da mesma. Procede-se, em seguida, à menção de falhas que reduzem a qualidade da comunicação (Civil Aviation Authority, 2006 citada por Flin et al., 2008):

Falhas no processo de transmissão (ex. enviar mensagens pouco claras ou ambíguas, problemas de linguagem);

Dificuldades de transmissão devido ao ambiente (ex. barulhos de fundo, distorção da mensagem);

Falhas durante o processo de receção (ex. expectativas de uma outra mensagem, interpretação deturpada da mensagem, ignorar a mensagem);

Falhas devido a interferências entre o nível racional e o emocional da comunicação (ex. na argumentação);

Problemas auditivos e da fala (ex.: deficits auditivos, utilização de equipamento como a máscara de oxigénio ou equipamentos de proteção pessoal). (p.78)

Em síntese, é importante ter em consideração a forma e o modo de comunicação verbal e não-verbal, bem como conhecer as respetivas barreiras que podem ocorrer nos contextos de trabalho. O facto de se ultrapassar essas barreiras facilita o processo comunicacional, contribuindo para a prevenção de qualquer incidente ou acidente e, assim, cooperar para a segurança dos doentes nas organizações de

saúde. É de salientar que as competências comunicativas integram diversas competências técnicas, bem como outras competências não técnicas, como a tomada de decisão, tomada de consciência, trabalho em equipa, liderança e gestão do stress no sentido de contribuir também para um comportamento assertivo e seguro.

3.1.2.2 - Trabalho em equipa

Apesar de no segundo capítulo se ter feito referência à subcultura do trabalho em equipa e o seu contributo para uma cultura de segurança, neste capítulo salienta-se como uma competência não técnica relativamente à qual os profissionais têm que perceber a sua relevância no desenvolvimento de capacidades individuais para funcionarem em equipa, no sentido de diminuir os erros e aumentar a segurança.

Sales et al., (1992) citados por Flin et al., (2008) referem que a definição de equipa consiste num conjunto distinto de duas ou mais pessoas que interagem de forma dinâmica, interdependente e adaptável, com a finalidade de atingirem uma meta/objetivo/missão. Para esta concretização são-lhes atribuídos papéis ou funções específicas para executarem em comum e de forma valorativa uma determinada atividade, que tem um limitado tempo de vida na sociedade.

O trabalho em equipa é fundamental em diversos contextos de trabalho, mais especificamente em organizações de elevado de risco como nas de produção de óleo e gás, nas petroquímicas, na aviação, na saúde e na marinha. As equipas devem funcionar de forma eficaz a partir do momento em que são formadas, com a finalidade de atingir os objetivos a que são propostas. Para esta concretização pretende-se um adequado funcionamento da equipa e, este será conseguido porque os membros constituintes das mesmas deverão ter um entendimento comum acerca da forma como deverão trabalhar em conjunto desde o início das atividades (Flin et al., 2008; Morath & Turnbull, 2005).

Hackman (1987) citado por Flin et al., (2008) alude que a eficiência das equipas se deve a determinados recursos que permitem a sua exímia funcionalidade como a capacidade para a liderança, atividades bem estruturadas, uma apropriada constituição das equipas e um contexto de trabalho em que se assegure os recursos de informação disponíveis e recompensas. Os resultados poderão ser avaliados em termos de produtividade ou qualidade e em relação à segurança em função dos erros e acidentes.

Hackman (2003) citado por Flin et al., (2008) salienta três processos considerados fundamentais para que exista eficácia no trabalho em equipa, que são:

- A) Esforço: implica o grau de investimento que os membros de uma equipa põem no seu trabalho coletivo;
- B) Estratégias de desempenho: implica que sejam apropriadas para a realização das atividades como para a situação em causa;
- C) Conhecimentos e competências: implica o nível de investimento intelectual que os membros de uma equipa necessitam para a realização do trabalho.

O trabalho em equipa é interdependente e vai para além da soma das partes dos indivíduos em que os profissionais, apesar das suas diferenças, cooperaram todos com a finalidade de atingirem um determinado objetivo. Neste contexto, quando uma equipa de trabalho desempenha as suas atividades e as partilha entre os profissionais, emergem ligações sociais de forte vinculação que geram um suporte emocional no seio da equipa, contribuindo para um bem-estar dos seus membros. Um trabalho em equipa efetivo inclui o providenciar apoio aos outros membros da equipa como, por exemplo, a partilha de excesso de trabalho, aceitar a responsabilidade individual, manter uma boa relação profissional e estabelecer abertura para o diálogo, partilha, cooperação entre outros (Flin et al., 2008).

Para os mesmos autores, nas equipas de trabalho também existem conflitos, que por vezes têm um impacto negativo, o qual pode ser prejudicial ao bom funcionamento das mesmas. Contudo, um conflito construtivo numa equipa pode ser relevante e contribuir para um recurso excelente de qualidade e criatividade. Os fatores de assertividade na resolução de conflitos integram a persistência (estar focado no assunto), ser-se objetivo (focalização no problema do que propriamente nas emoções que lhe estão subjacentes), aceitar a crítica como *feedback* e não como ataque, validação da verdade, manter-se dentro do assunto e usar o humor como um emoção adequada para a redução da tensão na equipa. Um outro elemento considerado fundamental consiste na troca de informações no seio das equipas, isto é, tanto a comunicação falada como a escrita são essenciais para o desempenho das atividades e, permite deste modo atingir os objetivos previamente planeados. Um défice na coordenação poderá gerar no seio de uma equipa falhas de comunicação, aumento de erros e conflitos. Portanto, é relevante uma boa coordenação que poderá ser conseguida pela partilha do excesso de trabalho, monitorização do desempenho de cada elemento da equipa, estabelecimento de uma comunicação eficaz e o apoio efetivo dos elementos da equipa entre si.

Salas e Cannon-Bowers (1993), citados por Flin et al., (2008), salientam que as características mínimas de uma equipa de elevado desempenho foram identificadas em diversos domínios como:

- A) Proficiência nas atividades individuais, mas também exigência de competências para trabalhar em equipa;
- B) Uma comunicação clara e concisa;
- C) Motivação para a atividade (o grupo tem que se sentir como uma equipa e estar motivado para um bom desempenho);
- D) Orientação coletiva;
- E) Partilha de objetivos e da missão;

Outros requisitos necessários para o bom desempenho são os seguintes:

- F) Partilha sobre o que se compreende da atividade a executar, bem como dos papéis e das responsabilidades dos membros da equipa;
- G) Eficácia coletiva (por exemplo, os membros de uma equipa acreditam na sua capacidade ou competência para atingir o resultado desejado);

- H) Antecipação;
- I) Flexibilidade (ajustamento da alocação dos recursos e alteração de estratégias de acordo com a atividade);
- J) Comunicação tácita e eficiente;
- L) Auto monitorização do desempenho (autocorreção).

O treino para trabalhar em equipa baseia-se no desenvolvimento de competências, conhecimentos, capacidades e atitudes individuais, treino de objetivos, métodos e instrumentos. Minimizar os problemas que possam ocorrer nas equipas implica que estas desenvolvam uma identidade em que os respetivos membros aprendam os seus papéis e atividades a desenvolver e que compreendam os dos outros de outras equipas através do treino, partilha de experiências ou pela reflexão em como as equipas funcionam. O sucesso de uma equipa não passa simplesmente pelo funcionamento das competências dos membros das equipas ou pela existência de recursos necessários, mas também pelos processos dinâmicos que as equipas utilizam para interagirem uns com os outros com a finalidade de cumprirem as atividades em conjunto³⁶. Um dos aspetos fundamentais numa equipa é a tomada de decisão em conjunto que é realizada de forma interdependente na partilha de opiniões, motivos, perceções e agendas, chegando a um consenso comum para a concretização do objetivo, diferindo da tomada de decisão individual (Flin et al., 2008). Estes autores referem também que, de acordo com Orasanu e Salas (1993), quando existem falhas na tomada de decisão em equipa tal facto poderá ser devido a um défice comunicacional, a erros, a uma inadequada avaliação da situação e pressão para a execução. A tomada de decisão individual difere da tomada de decisão grupal pelo facto de esta possuir mais recursos cognitivos³⁷ o que vai permitir um desempenho mais efetivo do que a individual (Flin et al., 2008).

Em síntese, ser capaz de trabalhar em equipa é uma competência não técnica que os profissionais têm que compreender para melhor interagirem uns com os outros. Para que exista eficácia no trabalho em equipa é necessário que haja esforço conjunto, estratégias de desempenho, conhecimentos e competências. Existem também características que são relevantes, como ser-se proficiente nas atividades individuais, ter uma comunicação clara e concisa, estar motivado, manter uma orientação coletiva, entre outras. Em todos estes aspetos é relevante ter-se consciência deles de modo a se encontrarem estratégias para atenuar os erros, contribuindo nas instituições de saúde para a segurança do doente.

36 Flin et al., (2008) referem por exemplo que as equipas das salas de operações são constituídas por diversos profissionais peritos em diferentes áreas científicas em que irão trabalhar em conjunto por um tempo limitado e para que haja um bom funcionamento da mesma necessitam de desenvolver relações interpessoais o mais rápido possível.

37 Flin et al., (2008) acrescentam o exemplo em que os membros de uma equipa conseguem monitorizar o desempenho de cada um, transmitir conhecimento ou observações, sugerir estratégias e opções, providenciar pontos de vista alternativos, reduzir o excesso de trabalho pela partilha do mesmo, providenciar feedback uns aos outros, aceitar a crítica uns dos outros.

3.1.2.3 - Liderança

A temática da liderança também já foi desenvolvida no capítulo anterior como uma subcultura em que se deu ênfase à sua importância e contributo para uma cultura de segurança. Neste capítulo, retrata-se a liderança como uma competência não técnica fundamental para o trabalho em equipa, porque o profissional que a desempenha deve possuir determinadas características pessoais, umas de teor mais disposicional e outras adquiridas por processos de aprendizagens, para melhor desempenhar a sua função como líder.

Um líder de uma equipa é definido como uma pessoa que é indicada ou eleita para dirigir e coordenar o trabalho dos outros (Fiedler, 1995 citado por Flin et al., 2008).

A liderança de uma equipa consiste em dirigir e coordenar as atividades dos seus membros, encorajar a trabalhar em conjunto, avaliar o desempenho, distribuir atividades, incentivar o desenvolvimento do conhecimento em equipa, promover competências e capacidades, potenciar a motivação, realizar o planeamento e organização do trabalho e estabelecer um ambiente com um clima positivo e proativo (Salas 2004, citado por Flin et al., 2008). A liderança refere-se às qualidades pessoais, de comportamentos, de adoção, pelo líder e membros da equipa, de estilos e estratégias que influenciam a forma como a equipa atinge os seus objetivos (Flin et al., 2008). Os autores afirmam que uma liderança efetiva tem demonstrado ser decisiva na segurança, no que respeita ao desempenho do trabalho, de tal modo que o termo *liderança segura* é contemporaneamente usado nas organizações, referindo-se a comportamentos de liderança de gestores e de supervisores em função dos resultados que advêm da segurança. Flin e Yule (2004) citados por Flin et al., (2008) mencionam a seguinte lista de exemplos:

- A) Monitorização e reforço dos comportamentos de segurança dos trabalhadores;
- B) Participação em atividades de segurança;
- C) Apoiar iniciativas de segurança;
- D) Enfatizar a segurança para além da produtividade.

É de salientar que o trabalho realizado sobre stresse caracteriza-se pela pressão de tempo, pelo risco, pelas condições dinâmicas, pelo excesso de informação e de incerteza, que dependem de uma liderança efetiva influenciando o desempenho dos trabalhadores (Burgess et al., 1992 citados por Flin et al., 2008). As características e as competências de um líder para lidar com situações de stresse apresentam-se na Tabela 8.

Tabela 8
Características e competências do líder para gerir o stresse

Tópico	Descrição
Características do líder	Prazer em desempenhar o papel de líder Estabilidade emocional Resistência ao stresse Decisivo Controlo sobre o risco Autoconfiança Autoconsciência
Competências do líder	Capacidade de liderança Competências comunicativas Delegar Gerir equipas Tomar decisões, sobre pressão de tempo e especialmente sob stresse Avaliar a situação (tomada de consciência da situação) Planear e implementar planos de ação Manter-se sereno e gerir o seu stresse e o dos outros Planear previamente a possibilidade de emergência

Fonte: Flin et al., (2008, p.144)

Em síntese, a liderança é uma das competências não técnicas fundamentais para as equipas funcionarem com eficácia. Destaca-se contemporaneamente a *liderança segura* devido ao seu contributo para a segurança nas organizações. Para que esta situação aconteça é necessário que o líder tenha competências pessoais e sociais de modo a conseguir lidar com situações de stresse que, por vezes, ocorrem nas organizações, sendo a sua participação crucial para atenuar erros e consequentemente contribuir nas instituições de saúde para a segurança dos doentes.

3.1.2.4 - Gestão de stresse

Stresse é definido como uma interação entre a pessoa e o meio em que a avaliação efetuada induz desgaste ou excede os recursos individuais colocando em perigo o seu bem-estar (Lazarus & Folkman, 1984).

É de salientar que a tomada de consciência pelos indivíduos das exigências e dos recursos necessários para resolver uma situação é fundamental para gerir o stresse (Flin et al., 2008). Isto é, pode-se entrar em stresse quando existe uma discrepância entre a perceção individual das exigências e das capacidades que tem para lidar com o mesmo. Deste modo, numa situação de emergência é essencial que os membros de uma equipa, quando confrontados com um incidente, respondam de forma assertiva, como por exemplo, sentindo-se calmos, confiantes e em total controlo sobre a situação. Por outro

lado, os diferentes indivíduos numa outra equipa face à mesma situação poder-se-iam sentir ansiosos, irritados e até perderem o domínio da situação (Flin, 1996 citada por Flin et al., 2008).

Num determinado contexto de trabalho de elevado risco o stress pode ocorrer e este pode ser crónico ou agudo. Relativamente ao stress crónico este define-se como uma experiência negativa persistente, ou como uma exposição a uma situação de ameaça ou, ainda como uma exigência excessiva face à mesma (Baum et al., 1993 citados por Flin et al., 2008). O stress crónico pode estar relacionado com as reações do trabalhador face às exigências do mundo do trabalho por um longo período de tempo. No mundo desenvolvido o stress relacionado com o trabalho é um dos maiores desafios à saúde das pessoas, bem como à salubridade do trabalho organizacional (Flin et al., 2008).

Os membros do Health Safety Executive (2005) citados por Flin et al., (2008) mencionam que os investigadores interessados nesta área categorizaram as fontes de stress no local de trabalho do seguinte modo:

- A) Exigências do trabalho - incluem aspetos como excesso de trabalho, realização de turnos e o ambiente de trabalho. O nível de ruído, de temperatura, de riscos e outras condições de trabalho podem causar tanto desconforto físico como mental.
- B) Falta de controlo – está relacionada com a quantidade de controlo que uma pessoa possui para efetuar o seu trabalho;
- C) Relações – estão relacionadas com *bullying*, com o assédio e outros tipos de relações pouco assertivas com as pessoas no trabalho;
- D) Mudanças - estão associadas à forma como as mudanças organizacionais são geridas e comunicadas na organização;
- E) Papéis – Estão relacionados com a capacidade de o trabalhador compreender o papel que está a desempenhar na organização e se tem papéis conflituosos;
- F) Supervisão ou gestão - A escassez de apoio do profissional, nomeadamente, a falta de colegas, de gestores e de outras pessoas fora do mundo do trabalho são reconhecidos como fatores desencadeadores de stress.
- G) Interface casa/trabalho - um aspeto considerado como um fator desencadeador de stress pode ser o compromisso de chegar a tempo ao trabalho. É de salientar que no trabalho as pessoas não conseguem esquecer os fatores desencadeadores de stress que ocorrem na sua vida particular como por exemplo, uma relação conflituosa com a esposa/marido, nascimento de uma criança, um familiar doente, entre outros.

Relativamente aos recursos e fatores mediadores, nomeadamente estes últimos são considerados *lentes* através das quais os efeitos dos fatores desencadeadores de stress são ampliados ou reduzidos. Estes fatores moderam a relação entre as causas e os efeitos do stress ao exercerem influência sobre a capacidade individual de lidar com o estressor percebido (Flin et al., 2008). Os autores mencionam alguns recursos e mediadores como a experiência prévia, treino e prática; personalidade, estar em forma física, apoio social e estratégias de *coping*. Procedeu-se a uma breve síntese dos mediadores referidos, e que são os seguintes:

Experiência prévia, treino e prática – Se efetivamente uma pessoa recebeu treino adequado para desempenhar o seu trabalho e também o desempenhou de forma eficiente no passado, então está menos propensa a sintomas de stresse do que quando tinha menos experiência, ou não ter sido tão bem treinada.

Personalidade – Estudos de Kobasa et al., (1982) citado por Flin, et al., (2008) sobre stresse ocupacional têm demonstrado que existe uma acentuada diferença entre os indivíduos relativamente à forma como experienciam e reagem ao stresse. Procede-se à descrição de três aspetos da personalidade como a resistência psicológica, personalidades tipo A e tipo B e neuroticismo. Relativamente ao primeiro inclui a crença de que se tem capacidade de influenciar a situação, estar comprometido ou totalmente envolvido na atividade e ter uma visão positiva para a mudança. Quanto ao segundo refere-se a um estudo sobre a personalidade dos doentes e a doença cardíaca realizado há cerca de 30 anos que sugerem dois tipos de personalidade (Tipo A e B) também conhecida como padrões de comportamentos de Tipo A e B. No que respeita à personalidade de tipo A³⁸ demonstrou-se que está significativamente correlacionada com o stresse diário, tensão, raiva e ambição (Haynes et al., 1978 citados por Flin et al., 2008). Por outro lado, a personalidade tipo B³⁹ descreve pessoas fáceis de lidar, pacientes e relaxadas. Por fim, o neuroticismo pode ser definido como uma tendência duradoura do indivíduo a experiências emocionais negativas. Um baixo nível de neuroticismo está associado à utilização de estratégias adequadas para lidar com o stresse, favorável à saúde mental, estabilidade emocional e resistência ao stresse. Por outro lado, indivíduos com um elevado nível de neuroticismo tendem a ser mais instáveis emocionalmente, propensos à angústia e têm uma certa tendência comportamentos disfuncionais em situações de stresse.

Boa forma física e bem-estar – São considerados bons mediadores contra o stresse. Por outro lado, quando os indivíduos se encontram com problemas de saúde (e.g. cansados, com constipação ou com gripe) podem aumentar a sensibilidade para o stresse.

Apoio social – Na maioria dos modelos de stresse ocupacional o apoio social é considerada uma variável mediadora que pode ser disponibilizada pelos amigos, família, colegas de trabalho ou de conselheiros profissionais.

Estratégia de *coping* - A quantidade de stresse experienciada pelas pessoas depende das estratégias de *coping* por elas utilizadas. Existem fundamentalmente dois tipos de estratégias de *coping*: *coping* focado no problema e o *coping* focado nas emoções. Relativamente ao *coping* focado no problema, este é definido como os esforços pessoais, muitas vezes dirigidos para definir o problema, conceber soluções, pensar alternativas em termos de custo benefício e fazer uma escolha entre eles (Lazarus & Folkman, 1984). Em seguida apresentam-se alguns exemplos de estratégias do *coping* centrado no problema (Carver et al., 1989 citados por Flin et al., 2008):

38 Friedman e Rosenman (1974) citados por Ribeiro (1998, p.272) definem comportamento Tipo A como o “comportamento caracterizado por níveis elevados de ambição, agressividade, hostilidade, competitividade e sentido de urgência”. Os indivíduos com este tipo de comportamento encontram-se em constante luta para conseguirem atingir um número cada vez maior de objetivos em menos tempo possível (Booth-Kewley & Friedman 1987 citados por Ribeiro, 1998; Ogden, 2004).

39 Friedman e Rosenman (1974) citados por Ribeiro (1998) e Ogden (2004) referem que o comportamento Tipo B é a antítese dos comportamentos de Tipo A, isto é são caracterizados como relaxados, calmos e não mostrando interrupções.

- A) Planear - pensar em como lidar com a situação geradora de stresse;
- B) Supressão de atividades concorrentes – colocar outras atividades e acontecimentos de lado para se concentrar em como lidar com a situação geradora de stresse;
- C) Solicitar apoio social por razões instrumentais - providenciar conselhos, assistência ou obter informação;
- D) Solicitar apoio social por razões emocionais – obter apoio moral, simpatia ou compreensão;

Quanto ao *coping* focado nas emoções, este tem como finalidade reduzir e gerir as emoções negativas induzidas pela situação geradora de stresse. Apresentam-se em seguida alguns exemplos de estratégias utilizadas:

- A) Distanciamento comportamental - reduzir o próprio esforço para enfrentar a situação geradora de stresse
- B) Distanciamento mental - distrair com outras atividades para desviar o pensamento da situação geradora de stresse;
- C) Reinterpretação positiva e crescimento – o foco consiste na gestão das emoções perturbadoras em vez de lidar com o stresse por si só;
- D) Dedicção à religião – tendência para se dedicar à religião nas circunstâncias de stresse.

É de salientar que as estratégias focadas no problema são mais eficazes quando as pessoas têm uma perspetiva positiva para modificar as características da situação em causa com a finalidade de reduzir o stresse. As estratégias focadas na emoção podem ser mais proveitosas usando-as como estratégias a curto prazo. Considera-se fundamental também conhecer os indicadores do stresse crónico que se classificam em quatro categorias: comportamentais, emocionais, somáticas e cognitivas (Flin et al., 2008).

Segundo os autores, os efeitos do stresse crónico, no comportamento (cf. Tabela 9) são observáveis pelos colegas de trabalho que poderão chamar a atenção do colega do seu estado para que ele tome medidas de precaução.

Tabela 9
Indicadores comportamentais do stresse crónico

Absentismo
Abuso de drogas- aumento do consumo de álcool ou tabaco
Comportamento hostil
Apatia
Redução da produtividade
Distração
Cometer erros por descuido

Fonte: Flin et al., (2008, p. 165)

Os autores referem que relativamente aos indicadores emocionais (cf. Tabela 10), estes podem ocorrer como resposta ao stresse.

Tabela 10
Indicadores emocionais do stresse crónico

Ansiedade, sentimentos de desespero
Ressentimento
Depressão
Irritabilidade

Fonte: Flin, et al., (2008, p. 166)

Flin et al., (2008) referem que os indicadores somáticos devido ao stresse crónico (cf. Tabela 11) não são tão visíveis como os comportamentais.

Tabela 11
Indicadores somáticos de stresse crónico

Declínio da aparência física
Fadiga crónica
Infeções frequentes
Problemas de saúde como cefaleias, dor no peito ou dores de estômago

Fonte: Flin et al., (2008, p. 166)

Os autores, no que respeita aos indicadores cognitivos de stresse crónico (cf. Tabela 12), afirmam que estes conduzem a um défice na tomada de decisão e dificuldades de concentração.

Tabela 12
Indicadores cognitivos de stresse crónico

Falta de concentração
Défice de atenção
Dificuldades em se recordar
Tomada de decisão diminuída
Falhas no planeamento

Fonte: Flin et al., (2008, p. 166)

Cox (1993) citado por Flin et al., (2008) afirma que se cerca de 40% de trabalhadores em qualquer grupo (departamento ou organização) têm dificuldades devido ao stresse, então o grupo ou organização poderá manifestar sintomas de stresse. Os indicadores organizacionais de stresse crónico verificam-se na Tabela 13.

Cooper (1988), citado por Flin et al., (2008), refere que relativamente aos sintomas de stresse prolongados no tempo levam a originar doenças individuais nas organizacionais. As doenças individuais devem-se a vários fatores mais comuns como a bronquite, as doenças coronárias, a doença mental como a depressão, distúrbios da tiroide, cefaleias e enxaquecas, esgotamento, entre outras.

Tabela 13
Indicadores organizacionais de stresse crónico

Elevada rotatividade de pessoal
Absentismo
Défice de Manutenção
Diminuição da produtividade
Aumento em reclamações de clientes
Aumento nos pedidos de remuneração dos funcionários
Mais acidentes e quase eventos

Fonte: Flin et al., (2008, p. 167)

Nas organizações o stresse relativo ao trabalho é evidenciado pelo absentismo, elevada rotatividade do pessoal e um desempenho reduzido (Health and Safety Executive, 2005 citado por Flin et al., 2008). Os indivíduos nestes contextos de trabalho não só estão expostos a stresse crónico como também podem vir a sofrer de stresse agudo.

Quanto ao stresse agudo, este é identificado como o stresse que é gerado perante uma situação de emergência ou quando ocorre um incidente inesperado, de forma súbita e de curta duração. Este stresse evidencia-se quando o indivíduo subitamente é confrontado com uma situação ameaçadora, tal como um acontecimento que coloque a vida em perigo, um incidente traumático, entre outros. Neste contexto, os fatores desencadeadores de stresse são eventualmente acontecimentos de incerteza, gestão de excesso de trabalho, pressão do tempo, fadiga e ansiedade de desempenho. Os indivíduos que têm melhores recursos para conseguirem gerir o stresse são aqueles que têm apoio dos outros membros da equipa com quem partilham a experiência, considerando relevante também a coesão grupal porque melhora o desempenho deles quando confrontados com situações difíceis (Orasanu & Baker, 1996 citados por Flin et al., 2008). É de salientar também que os sintomas individuais tal como acontece no stresse crónico são: comportamentais, emocionais, somáticos e cognitivos.

Quanto aos indicadores comportamentais de stresse agudo (cf. Tabela 14), tal como para o stresse crónico, são facilmente observáveis.

Tabela 14
Indicadores comportamentais de stresse agudo

Fuga/Luta

Hiperatividade

Raiva

Irritabilidade

Agressividade

Nervosismo

Crises emocionais (...)

Congelar

Distância emocional

Desligamento

Ausência de vínculos afetivos

Apatia

Ausência de envolvimento em atividades

Fonte: Flin et al, (2008, p. 176)

No que respeita aos indicadores emocionais (cf. Tabela 15), tal como nos indicadores comportamentais, as diferentes respostas emocionais podem ocorrer como fazendo parte das respostas ao stresse agudo.

Tabela 15
Indicadores emocionais de stresse agudo

Medo

Ansiedade

Pânico

Medo de falhar

Vulnerabilidade

Perca de controlo

Fonte: Flin et al., (2008, p. 176)

Relativamente aos indicadores somáticos (cf. Tabela 16), estes consistem na resposta adaptativa fisiológica que preparam o indivíduo para a luta ou para a fuga após a perceção cerebral do ambiente circundante.

Tabela 16

Indicadores somáticos de stresse agudo

Aumento da frequência cardíaca (taquicardia)
Transpiração
Boca seca
Tensão muscular (tremor)
Sensibilidade elevada
Efeitos sobre a digestão

Fonte: Flin et al., (2008, p. 177)

Quanto aos indicadores cognitivos do stresse agudo (cf. Tabela 17), estes têm uma ampla gama de efeitos prejudiciais a nível cognitivo como défice na perceção, na memória, na tomada de decisão e no planeamento das atividades (Mumaw, 1994 citado por Flin et al., 2008).

As situações indutoras de stresse podem também afetar o desempenho das equipas. Harlton (1992) citado por Flin, et al., (2008) refere que, quando em situações de stresse, os membros da uma equipa focalizam-se nas suas tarefas específicas, o que resulta num declínio do desempenho em equipa. Quando as pessoas estão sobre um elevado stresse existe a tendência para regressar às competências mais básicas, situação em que os indivíduos se sentem mais confortáveis.

Tabela 17

Indicadores cognitivos de stresse agudo

Indicadores	Descrição
Falhas de memória	Propensão à distração Sobrecarga de informação Desligamento de algumas atividades
Falta de concentração	Dificuldade em priorizar Preocupação trivial Perceção em túnel
Dificuldades em tomar decisões	Viés da eficácia (recorrer a rotinas que são familiares e não considerar planos que estão imediata-mente disponíveis na memória) (...)

Fonte: Flin et al., (2008, p. 177)

Em síntese, conhecer e perceber o stresse, tanto cónico como agudo, é uma competência não técnica, considerada fundamental para atenuar os erros nas organizações, nomeadamente nas instituições de saúde. As estratégias para lidar com estas situações passam a ser mais facilitadas após um conhecimento por parte dos profissionais destes dois tipos de stresse. Pelo facto de terem este conhecimento, os profissionais podem utilizar estratégias adequadas de modo a conseguirem usar as boas práticas profissionais e contribuir para a segurança do doente.

3.1.2.5 - Lidar com a fadiga

Caldwell e Caldwell's (2003) citados por Flin et al., (2008) referem que a fadiga é definida como sendo um estado de cansaço associado a longos períodos de trabalho, privação do sono ou à necessidade de trabalhar em horários que comprometem os ritmos biológicos e circadiano do corpo. A fadiga é caracterizada por diversos sintomas físicos tais como por pálpebras pesadas, tonturas (alterações do equilíbrio), apatia, dificuldade de concentração, défice energético, falta de motivação, indicadores vivenciados provavelmente por todos os profissionais que trabalham em organizações de elevado risco. Acrescentam que para os profissionais que trabalham em cuidados de saúde a fadiga é reconhecida como um dos riscos para a segurança do doente.

Um estudo realizado com uma amostra de médicos recém formados revela que 41% reportaram que a causa de erros se devia à fadiga e que 31% desses erros foram fatais (Wu et al., 1991 citados por Flin et al., 2008). Um outro estudo relata que 61% de anestesistas e enfermeiras anestesistas reportaram terem cometido erros quando administravam medicação anestésica e atribuíram a ocorrência desses erros à fadiga (Gravenstein et al., 1990 citados por Flin et al., 2008).

É evidente que as causas de fadiga se devem a longos períodos de trabalho, bem como à ocorrência de insónias. Contudo, existem outros fatores que contribuem para a fadiga como o stresse, temperaturas extremas, ruídos (> 80dB), vibração e excesso de trabalho (Flin et al., 2008). Os autores referem que a fadiga tem efeitos prejudiciais no desempenho cognitivo, nas competências motoras, na comunicação e nas competências sociais. Procedeu-se de forma sintética à descrição destes determinantes do comportamento humano:

- A) **Desempenho cognitivo** – Após privação do sono durante a noite o desempenho cognitivo diminui em 25% e depois de duas noites de privação do sono o desempenho cognitivo decresce 40% (Kruger, 1989 citado por Flin et al., 2008). Os médicos recém formados com privação do sono conseguem desempenhar as suas funções efetivamente em situações de crise ou em novas situações. Contudo, referem que estão mais propensos a erros de rotina, em atividades repetitivas e em atividades que exigem uma vigilância contínua (Samkoff e Jacques 1991 citados por Flin et al., 2008).
- B) **Competências motoras** - Dawson e Reid (1997) citados por Flin et al., (2008) referem ter realizado um estudo em que demonstraram que uma noite de privação do sono produz uma debilidade no desempenho maior do que a que é aceitável por intoxicação com álcool. Isto é, duas horas de privação do sono produzem uma diminuição nas atividades de desempenho psicomotor equivalente a duas ou três bebidas de cerveja.

- C) **Comunicação** - A privação do sono é considerada prejudicial para a comunicação. De acordo com um estudo de quatro tripulações de um bombardeiro, depois de 36 horas de exercício manifestaram redução da entoação da voz e abrandamento da fala (Dawson & Reid 1997 citados por Flin et al., 2008).
- D) **Competências sociais** - Em situação de privação do sono os indivíduos manifestam maior predisposição para a falta de respeito pelas convenções sociais, infantilidade, impaciência e comportamento interpessoal inadequado.

Em síntese, a capacidade para lidar com a fadiga é uma competência não técnica que os profissionais têm de reconhecer, de tal modo que a consigam prevenir. Com foi possível verificar, a fadiga coloca em causa as competências cognitivas, as capacidades motoras, a comunicação e as competências sociais, pois pode contribuir para o surgimento de erros que podem culminar em acidentes.

3.1.3 - Competências emocionais

O modelo cognitivo tradicional não contempla o estudo e o impacto das emoções, mas hoje sabe-se que está no centro das atenções da psicologia o paralelismo entre cognição e emoção. Oatley, Parrott, Smith e Watts (2011) referem que os investigadores se preocupam em estudar o modo como a abordagem cognitiva e as emoções funcionam, pois estas funcionam em paralelo, isto é, quando se reflete no funcionamento comportamental global, os processos cognitivos são permeados pelos processos afetivos. Os autores acrescentam que as emoções afetam os processos cognitivos como a atenção, a memória e a tomada de decisão. A investigação realizada ao nível das emoções não se concentra apenas no indivíduo, mas também no espaço transacional das relações interpessoais. As emoções vivenciadas pelas pessoas são partilhadas constituindo a norma e não a exceção, e esta ideia é corroborada pelos seis estudos realizados por Riné et al., (1991), citados por Oatley et al., (2011), onde afirmam que a maioria das emoções recordadas pelos sujeitos na altura da investigação foram verbalmente partilhadas com outros, sendo que a variação da percentagem de emoções partilhadas foi entre 88% e 96%. A partilha social das emoções é sem dúvida exclusivamente humana.

Compreende-se que a emoção é subjetiva, complexa mas fundamental para a sobrevivência humana. Damásio (2010) refere que:

as emoções são programas complexos, em grande medida automatizados, de *ações* modeladas pela evolução. As *ações* são completadas por um programa *cognitivo* que inclui certos conceitos e modos de cognição, mas o mundo das emoções é, sobretudo, um mundo de *ações* levadas a cabo no nosso corpo, desde das expressões faciais e posições do corpo até às mudanças nas vísceras e meio interno. (p.143)

Percebe-se que as emoções interagem com os processos cognitivos e, como tal, podem interferir na atenção, memória e conseqüentemente na tomada de decisão. Este autor faz referência a uma conceção mais completa em que:

a emoção é a combinação de um *processo avaliativo mental*, simples ou complexo, com *respostas disposicionais a esse processo*, na sua maioria *dirigidas ao corpo propriamente dito*, resultando num estado emocional do corpo, mas também *dirigidas ao próprio cérebro* (núcleos neurotransmissores no tronco cerebral), resultando em alterações mentais adicionais (Damásio 2011, p.189).

Considera-se relevante não confundir emoção e sentimento porque apesar de se tratar de estados afetivos, conseguem ser processos distinguíveis, ou seja, a essência da emoção é diferente da essência do sentimento (Damásio, 2010). Este autor afirma que “as emoções são ações acompanhadas por ideias e modos de pensar, os sentimentos emocionais são sobretudo percepções daquilo que o nosso corpo faz durante o mesmo período de tempo” (p.143).

Os sentimentos, por vezes, estão relacionados com as emoções mas nem sempre isto é “(...) todas as emoções originam sentimentos, se se estiver desperto e atento, mas nem todos os sentimentos provêm de emoções. Chamo sentimento de fundo (*background*) a estes últimos que não têm origem nas emoções (...)” (Damásio, 2011, p.194). Um sentimento face a um determinado objeto “baseia-se na subjetividade da percepção do objeto, da percepção do estado corporal criado pelo objeto, e da percepção das modificações de estilo e eficiência do processamento que ocorrem durante todo este processo” (Damásio, 2011, p.199).

Diferentes emoções promovem estilos de processamento diferentes como, por exemplo, o humor positivo facilita a utilização das já existentes estruturas de conhecimento, enquanto o humor negativo, como a tristeza, facilita mais um pensamento analítico e em que a atenção se focaliza em pormenores da situação (Oatley et al., 2006). Damásio (2010) acrescenta que uma emoção negativa abranda a velocidade de pensamento e normalmente invoca ideias sobre acontecimentos negativos e uma emoção positiva, como a alegria, pode acelerar o pensamento facilitar a implementação de planos de ação que estão em concordância com o tom geral do estado afetivo positivo.

De acordo com o modelo de Barbara Fredrickson as emoções positivas, como o prazer, interesse e satisfação, têm um efeito de desconstrução das emoções negativas, como o medo, raiva e a tristeza. Torna-se efetivamente evidente que a forma e a função das emoções tanto positivas como negativas são distintas mas complementares (Fredrickson, 2000). Para esta autora, a finalidade deste modelo consiste em neutralizar através da prevenção e tratamento, problemas individuais e sociais que convergem para emoções negativas. Deste modo, as melhores formas de resolução para problemas que advêm de emoções negativas são aquelas que são capitalizadas sobre as emoções positivas. As emoções positivas, quando utilizadas de forma eficaz, podem otimizar a saúde, o bem-estar e a resiliência psicológica (Fredrickson, 2000). Efetivamente, as emoções positivas ampliam o repertório do pensamento-ação do indivíduo, mas também desenvolvem recursos pessoais que vão desde os recursos físicos e intelectuais aos sociais. O facto de se viverem emoções positivas e se desenvolverem recursos pessoais, considerados relevantes para o indivíduo conduz a que este, noutros contextos e em outros estados emocionais vivenciados, ultrapasse a situação de uma forma ajustada e saudável. Fredrickson (2000) considera este processo o modelo construtivo e alargado de emoções positivas.

Existe uma relação entre as emoções positivas, os processos cognitivos e a criatividade, nomeadamente, quando se vivência essas emoções a tendência consiste em ampliar a atenção, cognição e ações melhorando os recursos físicos, intelectuais e sociais (Fredrickson, 2000). A mesma autora refere que esta interligação entre as emoções positivas e a construção dos recursos é considerada relevante, de tal modo que sugere que a vivência de emoções positivas é essencial ao desenvolvimento da criança porque acaba por a fortalecer no seu processo de desenvolvimento e, quando confrontada com situações de ameaça, tem maior probabilidade em as ultrapassar contribuído para o seu bem-estar. Este modelo construtivo, explica que as emoções positivas interferem nos processos cognitivos e criativos porque têm o potencial de ampliar os modos habituais de as pessoas pensarem e de construir recursos físicos, intelectuais e sociais. Isto é, pode ajudar as pessoas a superar situações de stresse de uma forma rápida e a tornarem-se mais resilientes às adversidades futuras.

Fredrickson (2000) acrescenta ainda que, se as emoções positivas alargam o repertório pensamento-ação do indivíduo, então as emoções positivas podem servir de antídoto particularmente eficaz para os efeitos prolongados de emoções negativas, porque estas, estreitam o repertório do pensamento-ação individual. Isto é, as emoções positivas têm o poder de desconstruir as emoções negativas. O facto de as emoções positivas alargarem o repertório pensamento-ação no indivíduo conduz ao abrandamento do efeito das emoções negativas desconstruindo o estreitamento da preparação psicológica e fisiológica para uma ação específica. Isto é, as emoções positivas podem desconstruir as emoções negativas porque as primeiras colocam as emoções negativas numa perspetiva mais ampla capaz de atenuar, por exemplo o medo, a angústia, a revolta, a raiva entre outras. A autora refere que, com base na evidência científica, duas emoções positivas diferentes como a satisfação e a diversão, apesar de diferentes na sua fenomenologia, ambas partilham a capacidade de desfazer as emoções negativas. Menciona, ainda, que as evidências de estudos correlacionais sugerem que as emoções positivas vão para além do desconstruir da circunstância fisiológica consequente das emoções negativas, mas também conseguem desfazer a constrição psicológica e cognitiva gerada pelas emoções negativas.

Os enfermeiros, face às situações de erro, manifestam emoções de medo, raiva, revolta, culpa, entre outras (cf. Capítulo VI), sendo que, para as ultrapassar, têm que encontrar estratégias construtivas no lidar com as situações problemáticas. Isto é, com base no modelo de Barbara Fredrickson os enfermeiros que vivenciaram emoções positivas no decurso do desenvolvimento pessoal conseguem ser mais resilientes na medida em que alcançam a desconstrução das emoções negativas com maior facilidade. Os enfermeiros que não vivenciaram tantas emoções positivas podem mais facilmente deprimir, necessitando de ajuda especializada e podem ser tratados com terapia de relaxamento, terapia comportamental, terapia cognitiva e estratégias de *coping*, sendo estas, distinguidas pela capacidade de conduzir o indivíduo a encontrar um significado positivo apesar das adversidades confrontadas.

Apesar de se ter apelado às emoções positivas e negativas na abordagem do modelo de Barbara Fredrickson, consideramos deveras importante fazer referência à classificação das emoções e à descrição de algumas emoções básicas, nomeadamente as mais frequentes, como, o medo, a raiva, a tristeza sendo algumas delas manifestadas pelos enfermeiros do estudo (cf. Capítulo VI).

As emoções são classificadas em primárias, secundárias e de fundo. Existe uma história individual de emoções que se inicia na infância começando por experienciar as emoções iniciais também designadas de emoções primárias ou universais como a alegria, a tristeza, o medo, a cólera, a surpresa ou a aversão, em que ao longo do desenvolvimento humano as emoções secundárias ou sociais como a vergonha, o ciúme, a culpa ou o orgulho, foram sendo construídas alicerçadas nas fundações das emoções primárias (Damásio, 1999; Damásio, 2011). Por fim, o autor refere-se também às emoções de fundo como o bem-estar ou o mal-estar, a calma ou a tensão. Estas caracterizam-se “Quando sentimos que uma pessoa está «tensa» ou «irritável», «desanimada» ou «entusiasmada», «em baixo» ou «bem humorada», sem que uma única palavra tenha sido dita para traduzir quaisquer destes possíveis estados (...)” (Damásio, 1999, p.73). As emoções primárias são pré-organizadas e “dependem do sistema límbico, sendo a amígdala e o cíngulo personagens principais. A prova de que a amígdala é uma personagem-chave na emoção pré-organizada provém tanto da observação de animais como de seres humanos” (Damásio, 2011, p. 183-184). Para este autor, estas estruturas são insuficientes para as emoções secundárias requerendo a intervenção dos córtices pré-frontal e somatossensorial.

Os mecanismos das emoções podem-se manifestar de várias formas, por exemplo, quando se experiênciam a alegria, a tristeza ou o medo pode-se observar o fâcias das pessoas que caracterizam essas emoções. Quando se recebe más notícias a pele fica pálida ou quando se experiênciam ansiedade as mãos ficam húmidas, ou mesmo quando o coração fica mais acelerado e se associa ao orgulho, entre outros (Damásio, 1999). Este autor também faz referência a respostas que não são evidentemente tão visíveis como:

a libertação de neurotransmissores ou neuromoduladores, tais como monoaminas (exemplo: norepinefrina, serotonina e dopamina). Durante as emoções, os neurónios do hipotálamos, prosencéfalo basal e tronco cerebral enviam substâncias químicas para os neurónios de várias outras regiões do cérebro e, ao fazerem-no, transformam temporariamente o modo como muitos circuitos neurais funcionam. Entre as consequências típicas do aumento ou diminuição do envio desses neurotransmissores encontram-se a sensação que temos do aumento ou diminuição da velocidade dos processos mentais, (...). Este tipo de sensações faz parte do nosso sentimento dum emoção. (p. 81-82)

Passamos a descrever de uma forma breve algumas emoções básicas que são frequentes na vida pessoal, profissional e social como o medo, a raiva, a tristeza e a alegria. Estas emoções são consideradas básicas porque seguem o seguinte critério (Ekman & Davidson, 1994 citados por Reeve, 2005):

- A) São consideradas inatas, ao invés de propriamente adquiridas ou aprendidas pela experiência ou socialização.
- B) Surgem pelas mesmas circunstâncias para todas as pessoas (as perdas pessoais conduzem a que as pessoas se sintam tristes independente da idade, cultura, entre outras).
- C) São expressas de forma única e distinta (pelas expressões faciais universais).
- D) Evocam uma distinta e elevada predição fisiológica como padrão de respostas.

Segundo Reeve (2005), o medo, a raiva, a tristeza, a alegria (algumas destas emoções foram manifestadas pelos enfermeiros cf. Capítulo VI) são descritas do seguinte modo:

- A) **Medo** - Consiste numa emoção primária em que a reação emocional emerge da interpretação que a pessoa faz da situação que induz perigo e ameaça, pondo em causa o seu bem-estar. Este autor refere que a percepção do perigo ou ameaça pode ser psicológica ou física. Deste modo, o medo motiva a defesa do sujeito perante uma situação de perigo ou ameaça.
- B) **Raiva** - É uma emoção omnipresente que emerge de situações de restrição, como, por exemplo a interpretação dos planos, os objetivos e bem-estar podem ser perturbados por uma força vinda do exterior (barreiras, obstáculos, interrupções, entre outros). A raiva pode ser uma emoção que gera produtividade quando energiza vigor, força e persistência de forma a lidar produtivamente para modificar algo do meio envolvente.
- C) **Tristeza** - É a emoção mais negativa e aversiva que surge em situações de separação ou de perda. A separação pode ser, por exemplo quando se perde a pessoa amada por morte, divórcio, circunstâncias (viajar) entre outros. A perda também conduz à tristeza quando se falha um exame, quando se perde uma competição, ou quando se é rejeitado por um grupo. Por outro lado, a tristeza pode motivar e manter comportamentos que podem ser produtivos como, por exemplo se as pessoas não sentissem muito a falta dos outros estariam menos motivados para saírem e manterem a coesão social. Do mesmo modo se um estudante ou atleta não antecipar a possibilidade de sofrimento não estaria motivado para se preparar e praticar.
- D) **Alegria** - É uma emoção que surge quando os resultados desejados por determinados acontecimentos aparecem como sucesso de uma atividade, como progresso pessoal, quando se atingem objetivos, quando se ganha respeito ou quando se experienciam sensações agradáveis (Ekman & Friesen, 1975; Izard, 1991; Shaver et al., 1987 citados por Reeve, 2005). Esta emoção faz com a que vida seja agradável e contribui para o equilíbrio das experiências de frustração, de desapontamento, e de outros efeitos negativos. A alegria permite preservar o bem-estar psicológico mesmo quando se enfrentam acontecimentos que geram ansiedade.

Em suma, conforme já foi referido, as emoções são subjetivas e complexas porque existe uma interligação muito profunda com os processos cognitivos e neurobiológicos que, conseqüentemente, podem comprometer ou não as relações com os outros.

Como referido em capítulos anteriores, a nível profissional acontecem acidentes que por vezes são causados por sucessivos erros porque no sistema organizacional não existiram impedimentos com a finalidade de bloquear a sequência dos mesmos de modo a prevenir um acidente. Esta problemática do erro passa a ser centralizada na pessoa porque para além de um sistema punitivo que culpabiliza o profissional, terá também que lidar com o sofrimento emocional conseqüente da situação.

A investigação demonstra que a punição é uma estratégia motivacional ineficaz porque gera, por exemplo, uma emoção negativa que se manifesta pelo choro, pelo gritar, pelo medo, existindo uma relação constrangedora entre quem pune e quem é punido, considerando-se um modelo negativo

como forma de lidar com comportamentos não desejáveis para com os outros (Reeve, 2005). Deste modo, a culpabilização seguida de ações punitivas inibe a aprendizagem, afeta negativamente a autoconfiança e resulta em medo relativamente ao reporte de erros (Karga, Kiekkas, Aretha & Lemonidou 2011; Osmon, Harris, Dunagan, Prentice, Fraser & Koller, 2004). Estes últimos autores afirmam, conforme referido nos capítulos anteriores, que uma cultura mais justa, em que as pessoas são encorajadas a discutir áreas clínicas de incerteza, recebe uma atenção favorável pela consciência da segurança dos comportamentos (Armitage, 2009 citados por Karga et al., 2011).

Meurier, Vicent & Parmar (1997) utilizaram um questionário para investigar fatores que estão associados com as mudanças nas práticas de enfermagem. No que respeita a respostas emocionais, nomeadamente, as respostas emocionais internas como a raiva consigo próprio ou a culpa, foram correlacionadas, quer com mudanças construtivas como defensivas, enquanto as respostas emocionais externas como a raiva para com os outros e medo de repercussões, foram correlacionadas com mudanças defensivas. As respostas emocionais tanto internas como externas, influenciam o comportamento, tanto para situações mais adaptativas, ou seja para mudanças construtivas, como para menos adaptativas como as mudanças para comportamentos defensivos.

Padilha, Kitahara, Gonçalves e Sanches (2002) realizaram um estudo por questionário com os objetivos de verificar o comportamento dos enfermeiros numa ocorrência de erro de medicação, identificar as emoções vivenciada nessas situações e caracterizar os fatores relacionados a esses acontecimentos. Contudo, é de realçar que, relativamente ao segundo objetivo, os autores referem que as emoções mais expressas face ao acontecimento adverso foram a ansiedade, a impotência, a culpa, a raiva, a preocupação, entre outros.

Santos, Silva, Munari, & Miasso (2007) realizam um estudo descritivo e qualitativo em que quiseram conhecer as emoções que os profissionais manifestavam quando cometiam erros de medicação e, essas eram de medo, culpa, vergonha, desespero e pânico, entre outras. Estas emoções interferem na prestação de cuidados ao doente e permanecem na memória dos profissionais, agregadas ao medo de cometer outro erro. Contudo, os profissionais reconhecem o valor desta experiência para a aprendizagem e tentam encontrar estratégias para prevenir os erros de medicação. Para que esta situação aconteça é necessário um ambiente de trabalho ideal, apoio psicológico, investimento na educação contínua, implementação de estratégias sistémicas, como revisão dos processos de medicação.

Treiber e Jones (2010), no estudo qualitativo realizado, referem que os enfermeiros enfrentam face ao erro, vergonha, estigma, ações disciplinares e outras ameaças à identidade profissional. Foram devastados pelos erros cometidos, resultando em memórias emocionais duradoras. Referem que analisando os resultados encontrados, poucos foram os enfermeiros que sugeriram mudanças no sistema mas apelaram a um esforço pessoal à procura da perfeição num sistema imperfeito.

Karga et al., (2011) fazem referência a um estudo realizado por Engel, Rosenthal e Sutcliffe (2006) em que os médicos, após a ocorrência de um erro, reportaram emoções de angústia, culpa/auto dúvida e frustração/raiva por afetar o doente e por se sentirem responsáveis. Os autores referem que a forma de gerirem ou de lidarem com estas emoções consistiu em conversar com os colegas ou membros da

família. Após uma situação de erro as respostas emocionais mais reportadas pelos médicos, enfermeiros e farmacêuticos foram o sentirem-se culpados, nervosos e preocupados destacando-se com elevada pontuação o medo relativamente à segurança do doente, ações disciplinares e punição (Wolf et al., 2000 citado por Karga et al., 2011).

Teng, Chang e Hsu (2009) efetuaram um estudo com um questionário para averiguar a influência da estabilidade emocional dos enfermeiros na segurança do doente e concluíram que era importante que os líderes concebessem um clima organizacional que promovesse a estabilidade emocional aos enfermeiros.

Estes estudos vêm comprovar que, efetivamente, os enfermeiros, face à situação de erro, manifestam emoções que comprometem a sua estabilidade emocional, que é considerada relevante para a segurança do doente e daí a pertinência de os líderes serem promotores de um clima organizacional que contribua para essa estabilidade.

Em síntese, as instituições de saúde ainda carecem da implementação de uma cultura de segurança e também do desenvolvimento dos seus profissionais relativamente às competências não técnicas, como a tomada consciência da situação (atenção ao ambiente de trabalho), a tomada de decisão, a comunicação, o trabalho em equipa, a liderança, a gestão do stresse e da fadiga, bem como ter em consideração a perspetiva emocional e de gerar um clima de estabilidade emocional. Todos estes tópicos são essenciais para a atenuação do erro e para a contribuição da segurança do doente.

Em síntese, no Capítulo I faz-se uma abordagem da concetualização e da tipologia do erro, da sua problemática nos contextos das instituições de saúde e da relevância deste fenómeno marcado por determinados contextos históricos no que respeita ao desenvolvimento da segurança do doente. Para que esta possa ser assegurada apontam-se alguns avanços no sentido de se criar uma cultura de segurança como a compreensão da metáfora do “Queijo Suiço” e, na ocorrência de um acidente, a importância de se conhecer a raiz causal do mesmo.

O capítulo I interliga-se com o Capítulo II pela importância da existência de uma cultura de segurança em prol dos profissionais de saúde e em defesa do doente. O facto de se perceber os assuntos acima referidos implica uma compreensão mais completa do indivíduo e do sistema nas instituições de saúde. Com a introdução de uma nova tecnologia de gestão, o *empowerment* exige descentralização do poder tornando os profissionais participantes nas tomadas de decisão através de uma maior autonomia e responsabilidade, que induz neles uma motivação mais potente. Neste *continuum* pretende-se que as instituições de saúde venham a ser instituições de alta fiabilidade como acontece na aeronáutica, nas centrais nucleares entre outras. Para diminuir a ocorrência de erros num determinado sistema tem que se perceber porque se erra e, conseqüentemente, transformar as instituições de saúde para uma cultura mais justa e de alta fiabilidade para se assegurar a segurança do doente e haver maior satisfação profissional.

O capítulo III também se interliga com os anteriores, na medida em que estes se centram mais nas instituições/sistemas, ao passo que este se focaliza essencialmente no indivíduo, nomeadamente no desenvolvimento de competências psicossociais por parte dos enfermeiros e que são essenciais na gestão do erro clínico. Esta interligação é relevante porque para a prevenção do erro e,

consequentemente, para a segurança do doente não devem existir modificações unicamente ao nível das instituições/sistema, mas também ao nível do indivíduo, como fazendo parte integrante desse mesmo sistema. Nesta situação, o facto de ser centrada no indivíduo transcende a perspetiva tradicional de punição, evidenciando-se uma perspetiva de uma cultura mais justa, proativa e reflexiva, na qual se consegue identificar a relevância do desenvolvimento de competências psicossociais como a tomada consciência da situação (atenção ao ambiente de trabalho), a tomada de decisão, a comunicação, o trabalho em equipa, a liderança, a gestão do stress e da fadiga. Realça-se neste capítulo a importância das emoções no sentido de se compreender que quando um profissional comete um erro esta situação afeta-o emocionalmente, de tal modo que até pode haver comprometimento da atividade profissional. Assim, havendo simultaneamente intervenção ao nível do sistema e do indivíduo, através do desenvolvimento de competências não técnicas, poder-se-á atenuar o erro que poderia dar origem a um acidente, colocando o profissional em situação de vulnerabilidade emocional.

PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO IV

OPERACIONALIZAÇÃO DA METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Este capítulo inicia-se com uma breve introdução acerca da problemática do erro clínico nos contextos de saúde, explicitam-se os objetivos do estudo, referem-se as questões de investigação, faz-se a abordagem da metodologia utilizada com referência ao tipo de estudo, à caracterização da população e amostra, procedendo-se igualmente, à apresentação do instrumento utilizado na recolha dos dados, nomeadamente os procedimentos utilizados na sua adaptação à população portuguesa. Segue-se a descrição do método de tratamento e análise de dados e, por último, os procedimentos éticos adotados na realização desta investigação.

4.1 - INTRODUÇÃO

Conforme referimos anteriormente, os erros médicos têm sido objeto de estudo pelos investigadores um pouco por todo o mundo desde que o Instituto de Medicina (IOM) nos Estados Unidos da América fez uma estimativa de que 44.000 a 98.000 doentes morreram em cada ano, num total de 33.6 milhões de internamentos, devido a erros médicos que poderiam ter sido evitáveis (Kohn et al., 2000). Este facto é considerado alarmante, sobretudo quando se tem em consideração que estes dados excedem o número de mortes por acidentes de viação (43.458), cancro da mama (42.297) e SIDA (16.516). Para além deste facto deveras preocupante, os erros médicos são muito dispendiosos, e nos Estados Unidos, os custos a eles associados rondam entre os \$17 biliões e \$29 biliões por ano nos hospitais. O relatório da IOM refere que os erros trazem igualmente repercussões em custos sociais, nomeadamente, a perda de confiança no sistema de saúde e a existência de uma diminuição de satisfação tanto dos doentes como dos profissionais de saúde. Os doentes que ficam internados por longos períodos de tempo como resultado de erro médico sofrem, adicionalmente, ao se sentirem envolvidos em situações de desconforto físico e psicológico.

Nos erros clínicos incluem-se os que resultam de atos efetuados pelos enfermeiros que trabalham na linha da frente na prestação de cuidados de enfermagem. Os erros humanos são inevitáveis na prática clínica de enfermagem e são impossíveis de serem erradicados na totalidade mas podem ser reduzidos atuando a nível preventivo (Benner et al., 2010; Fragata & Martins, 2004; Karga et al., 2011; Meurier, 2000; Meurier et al., 1997, 1998; Page, 2004). Contudo, a problemática dos erros cometidos na execução da prática clínica é evidenciada, em termos públicos, através da comunicação social. Em Portugal têm sido noticiados vários eventos adversos resultantes de erros cometidos pelos profissionais de enfermagem⁴⁰. É de referir que muitos destes erros que ocorreram em contexto hospitalar poderiam,

40 Por exemplo, o caso da enfermeira não ter valorizado as queixas de falta de ar manifestadas pelo doente durante as duas horas em que este esteve sobre a sua vigilância, após ter sido operado a um quisto no pescoço (...), acabando por falecer por edema da glote (Costa, 2003).

eventualmente, ter sido evitados, o que certamente diminuiria as repercussões psicológicas e sociais, bem como os custos económicos suportados pelo hospital, pelos doentes e seus familiares.

É evidente que errar é humano, mas também é humano encontrar soluções com a finalidade de atenuar a ocorrência de erros nas instituições de saúde, tarefa cuja responsabilidade deve ser, certamente, atribuída aos profissionais que trabalham no mesmo contexto, e com finalidades idênticas. A principal razão para que os médicos e os enfermeiros ainda não tenham desenvolvido métodos mais eficientes de prevenção do erro é devida à grande dificuldade existente, a diferentes níveis, em lidar com o erro humano (Leape, 1994). Lidar com o erro humano não é fácil mas é relevante ultrapassar esta barreira para que se possam desenvolver estratégias eficientes no sentido da sua prevenção.

Com base neste enquadramento e na revisão da literatura anteriormente efetuada, esta é uma problemática que tem sido estudada a nível internacional, mas pouco se tem desenvolvido em Portugal, situando-se neste contexto o contributo principal desta investigação. Tendo em consideração os factos e as ideias anteriormente referidos, definimos que a principal questão desta investigação deveria incidir sobre *Qual a perceção que os enfermeiros têm das decisões e ações inadequadas/erros cometidos na execução das práticas de enfermagem?* Deste modo, o uso do questionário *“Decisões e atos de enfermagem inadequados”* é considerado pertinente porque permite compreender a perceção que os enfermeiros têm do erro clínico, por eles cometido, tendo em consideração as diversas dimensões como as circunstâncias, as causas, as reações emocionais, as estratégias de lidar e as mudanças na prática clínica, de onde emergem indicadores que podem ser facilitadores para a prevenção do erro (Meurier et al., 1997). Esta reflexão pedagógica do erro pode contribuir para mudanças tanto no indivíduo como no sistema com a finalidade de os diminuir e contribuir para a segurança do doente, enquadrando-se numa cultura de segurança institucional mais justa (Anoosheh, Ahmadi, Faghihzadeh & Vaismoradi, 2008; Benner et al., 2010; Fragata, 2011; Fragata & Martins, 2004; Karga et al., 2011; Kohn et al., 2000; Meurier et al., 1997; Page, 2004; Reason, 1990).

Mais recentemente o caso de tratamento oftalmológico que causou cegueira a seis doentes em que noticiaram que falhas e procedimentos que podem levar a erro humano foram detetados no funcionamento do Serviço de Oftalmologia e na farmácia do Hospital de Santa Maria, em Lisboa (Sanches & Campos, 2009). Apesar de esta situação não ser com enfermeiros e/ou médicos mas com farmacêuticos não deixa de ser pertinente refletir sobre a perspetiva de que o erro pode acontecer devido à intervenção de diferentes profissionais de saúde bem como existirem diversos fatores causais dentro de um contexto institucional.

Em Espanha com o surto da gripe A, faleceu a mãe de um bebé e este, acaba também por morrer porque o pessoal de enfermagem “ confundiu a via de administração de um leite específico para bebés prematuros e introduziram-no na veia, quando devia ser por via nasogástrica” (Calle, 2009, p.16).

No Hospital da CUF um cirurgião de oftalmologia operou uma senhora ao olho esquerdo que supostamente deveria ser ao olho direito. No entanto, “No bloco estavam também uma médica anestésista, a enfermeira instrumentista e um oftalmologista auxiliar. Garante na acusação que antes da operação o arguido não cuidou de estudar o processo clínico da paciente e não se certificou do olho que tinha de operar” (Panda, 2013, p.2). Na minha opinião a responsabilidade seria de todos os profissionais da equipa porque antes da intervenção todos teriam que se inteirarem do processo clínico da doente. Esta situação demonstra a pertinência das *Cirurgias Seguras Salvam Vidas* com a aplicação de uma lista/*checklist* de verificação da Segurança da Cirurgia preconizada pela Organização Mundial de Saúde em 2009, tendo surgido em Portugal uma norma da Direção Geral de Saúde em fevereiro de 2013 e atualizada em julho do mesmo ano, onde faz menção da obrigatoriedade da sua implementação.

Os erros incluem decisões e ações que falham em atingir o resultado esperado e por diversas razões como, por exemplo, falhas nos processos executivos de atenção e de memória, consideram-se uma inevitabilidade humana nos contextos da prática clínica em enfermagem (Fragata & Martins, 2004; Karga et al., 2011; Kohn et al., 2000; Meurier et al., 1997; Page, 2004; Reason, 1990). Contudo, para se intervir de forma preventiva é necessário que os enfermeiros reportem o erro, daí a relevância do relato do mesmo conforme preconizado no questionário utilizado no estudo (Meurier et al., 1997; Wu, Flokman, McPhee & Lo, 1991). Consequentemente considera-se importante compreender a percepção que os enfermeiros têm relativamente às causas dos erros que por vezes, podem existir mais do que uma, bem como das circunstâncias em que eles ocorrem. O facto de os enfermeiros terem essa percepção pode estar associado a mudanças na prática clínica e, deste modo prevenir a ocorrência de erros no futuro (Meurier et al., 1997; Wu et al., 1991). A maioria dos enfermeiros experiência sofrimento emocional em relação aos erros cometidos daí a relevância de se perceber as respostas emocionais que podem ser internas⁴¹ ou externas⁴² dos enfermeiros face ao erro. As estratégias que os enfermeiros utilizam para lidar com o erro são deveras importante porque se fica a compreender como é que gerem a situação de erro, fato que se pretende ter em consideração no estudo. Por fim, as mudanças efetuadas no exercício de enfermagem relativamente ao erro são importantes porque implicam um exercício de autoformação dos enfermeiros com base na experiência vivenciada com a finalidade de conduzir à diminuição do erro por mudanças das práticas, isto é exercendo boas práticas e consequentemente contribuir para a segurança do doente (Karga, et al., 2011; Meurier et al., 1997; Wu et al., 1991). Com base neste fundamento pretende-se efetivamente, neste estudo, também compreender as mudanças realizadas no contexto da prática clínica dos enfermeiros de acordo com o erro cometido. O facto de haver mudanças nas práticas implica que houve aprendizagem pelo erro o que evidencia a relevância da autoformação.

Situando a problemática da investigação neste quadro de referência tem-se como finalidade na investigação identificar (de acordo com a percepção do enfermeiro) a prevalência do erro, as circunstâncias em que ele ocorreu bem como as respetivas causas, averiguar as reações emocionais, caracterizar as estratégias utilizados pelos enfermeiros para lidar com os mesmos e avaliar as mudanças efetuadas no exercício profissional. Pretendemos também averiguar se existem diferenças entre os diversos tipos de erro e a percepção acerca dos mesmos em função das variáveis contextuais e identificar os fatores que influenciam essas mudanças na prática profissional que surge na sequência das ações e decisões inadequadas/erros.

O facto de se pretender atingir estes objetivos vai implicar perceber quais os fatores preponderantes para a prevenção do erro clínico e a sua relevância para a formação.

41 Para Meurier et al., (1997) as respostas emocionais internas são por exemplo: a raiva de si próprio, a culpa e a incompetência. Estas emoções são intrínsecas ao próprio indivíduo e são vivenciadas pelo próprio, isto é, são elaboradas pelo indivíduo em função da ocorrência de um erro que causou um acidente.

42 Para Meurier et al., (1997) as respostas emocionais externas são por exemplo: medo das repercussões e raiva de outras pessoas. Estas emoções são vivenciadas pelo indivíduo devido a fatores extrínsecos nomeadamente por uma ameaça exterior.

4.2 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Para se investigar a problemática identificada neste estudo colocaram-se as seguintes questões de investigação:

- Quais são as ações e decisões inadequadas (tipos de erro), reportados pelos enfermeiros durante a sua atividade profissional?
- Quais são as principais causas dessas ações e decisões inadequadas (tipos de erro) efetuadas pelos enfermeiros?
- Quais são as principais reações emocionais dos enfermeiros face à realização de ações e à tomada de decisões inadequadas por eles efetuadas?
- Quais são as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidar com as ações e decisões inadequadas/erros?
- Quais são as mudanças efetuadas no exercício profissional dos enfermeiros na sequência das ações e decisões inadequadas /erros reportados?
- Existem diferenças entre os diferentes tipos erro e a perceção acerca dos mesmos em função de variáveis contextuais?
- Quais são os fatores que influenciam essas mudanças na prática profissional que surgem na sequência das ações e decisões inadequadas /erros?

4.3 - METODOLOGIA

4.3.1 - Tipo de estudo

Esta investigação é do tipo misto e comporta dois tipos de estudo, sendo o primeiro um estudo qualitativo (cf. Capítulo V) e o segundo um estudo quantitativo (cf. Capítulos VI, VII e VIII). Trata-se de uma investigação que se reveste de um carácter essencialmente exploratório e descritivo - correlacional. Comportando o questionário que foi utilizado algumas questões abertas, foi efetuada, na avaliação às respostas dadas pelos sujeitos a essas questões uma análise de conteúdo, tal como sugerida por Bardin (2009), com a finalidade de interpretar e compreender o fenómeno em estudo (Amado, 2000, 2013; Bogdan & Biklen, 1994; DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005; Grbich, 1999 citado por Ribeiro, 2010; Oliveira, 2008; Vilelas, 2009). Comportando o questionário, igualmente, diversas questões de resposta fechada, o estudo realizado também é do tipo quantitativo uma vez que as perceções e informações dos participantes podem ser objeto de análise e avaliação estatística (De Vaus, 2002; Guéguen, 1997; Hill & Hill 2005; Ribeiro, 2010; Vilelas, 2009). É um estudo exploratório porque o fenómeno em estudo é pouco explorado no contexto nacional (e mesmo internacional), não existindo uma descrição sistemática em Portugal sobre os diversos tipos de erro que ocorrem nas práticas de enfermagem (Vilelas, 2009). É descritivo porque pretendemos

descrever a realidade do fenómeno e conhecer as características do mesmo de forma mais completa quanto possível (Vilelas, 2009). É correlacional porque se procura quantificar através de provas estatísticas a relação entre uma ou mais variáveis (Hatcher, 1997; Macnee, 2004; Vilelas, 2009).

4.3.2 - Amostra/Participantes

Almeida e Freire (2008) referem que o universo ou a população de uma investigação compreende o conjunto dos indivíduos, casos ou observações do fenómeno que se pretende estudar. Estes autores referem que a amostra será retirada dos indivíduos, casos ou observações do universo ou população para estudar o fenómeno. Neste caso, considerámos o universo dos enfermeiros de hospitais da zona centro do país, nomeadamente do NUTS III e a população de acesso os enfermeiros dos hospitais públicos.

Devido à complexidade da problemática, procedemos a uma técnica de amostragem aleatória. Seguindo um plano acordado com os responsáveis de serviço, o Instrumento de Recolha de Dados (IRD) foi entregue individualmente a cada enfermeiro, pelo enfermeiro chefe de serviço. Deste modo, todos os enfermeiros da equipa tiveram a mesma possibilidade de responder de forma voluntária e confidencial ao questionário. A colheita de dados decorreu entre 2 de Setembro de 2009 e 12 de Abril de 2011. Foram necessárias visitas recorrentes a algumas instituições no sentido de obter o maior número de participantes, considerando as dúvidas e receios de alguns enfermeiros em responder de imediato. Houve serviços em que os números de questionários entregues foram devolvidos sem que nenhum enfermeiro respondesse. Noutros serviços o enfermeiro chefe não autorizou que fossem passados os questionários, mesmo com a autorização do hospital. Houve ainda outros, em que entregámos os questionários mas nunca foram devolvidos. Como critérios de inclusão participaram no estudo todos os enfermeiros e excluíram-se todos os outros profissionais de saúde. Deste modo, do total de 3475 enfermeiros a quem foi disponibilizado o questionário, responderam 1165, o que correspondeu a uma taxa retorno de 33,53%. Porém a amostra final deste estudo ficou constituída por 815 enfermeiros, considerando as seguintes exclusões: 220 entregaram o questionário em branco dentro do envelope fechado, em 101 questionários os enfermeiros referiam que nunca cometeram erros, 29 foram anulados porque os enfermeiros só responderam a parte do questionário colocando em causa a validade do mesmo.

Contudo, dos 815 enfermeiros, 16 não responderam à questão aberta do questionário mas responderam às restantes questões do mesmo. Ao efetuarmos, no capítulo seguinte, a análise dos erros reportados pelos enfermeiros de forma voluntária relacionados com a prática de enfermagem, a amostra utilizada foi de 799 enfermeiros. Ao se averiguar as diferenças existentes relativamente aos dados sociodemográficos entre a amostra da primeira questão aberta com 799 enfermeiros com os que não responderam a esta questão mas responderam às outras questões do questionário com uma amostra de 815 enfermeiros, verificou-se que a diferença era de 1.96% entre a amostra e a subamostra, pelo que se considera não ser significativa.

Pela análise da Tabela 18 verifica-se que entre os que não responderam 53.33% eram homens e 46.67% eram mulheres. Se compararmos com a amostra de 799 então proporcionalmente existiram mais homens a não responder.

Podemos fazer a leitura também para saber qual a expressão das não respostas dentro das subamostras feminino/masculino. Não responderam 4.49% dos homens e 1.08% das mulheres. Entre os que não responderam à categoria profissional atual 78.57% eram enfermeiros de nível I e 21.43% enfermeiro graduado. Se considerarmos cada subamostra então não responderam 2.81% dos enfermeiros de nível I e 0.92% dos enfermeiros graduados. Não responderam 15.38% dos enfermeiros com bacharelato, 76.92% dos enfermeiros com licenciatura e 7.69% dos enfermeiros com pós-licenciatura.

Considerada a subamostra então verificamos que não responderam 7.69% dos enfermeiros com bacharelato, 1.52% dos enfermeiros com licenciatura e 1.20% dos enfermeiros com pós-graduação.

Tabela 18

Caracterização da amostra e subamostras

	Responderam ao tipo de erro (n=799)		Não responderam ao tipo de erro (n=16)		Por subamostra	
	n	%	n	%	N total	% de não respostas por subamostra
Sexo^a						
Masculino	170	20.96	8	53.33	178	4.49
Feminino	641	79.04	7	46.67	648	1.08
Categoria profissional atual^b						
Enf. nível 1	380	47.15	11	78.57	391	2.81
Enf. graduado	323	40.07	3	21.43	326	0.92
Enf. especialista	78	9.68	0	0		
Enf. chefe	24	2.98	0	0		
Enf. supervisor	1	0.12	0	0		
Enf. Diretor	0	0.00	0	0		
Habilitação académica atual^c						
Bacharelato	24	3.04	2	15.38	26	7.69
Licenciatura	646	81.88	10	76.92	656	1.52
Pós-Licenciatura	82	10.39	1	7.69	83	1.20
Mestrado	34	4.31	0	0		
Doutoramento	3	0.38	0	0		

^a Quatro dados omissos n=799; Um dado omissos n=16; ^b Nove dados omissos n=799; Dois dados omissos n=16; ^c 26 dados omissos n=799; Três dados omissos n=16.

Pela análise da Tabela 19, em que a amostra é de 815 enfermeiros, verificou-se que 79.04% eram do sexo feminino e 20.96% eram do sexo masculino.

A maior parte tem a categoria profissional de enfermeiro de nível 1 (47.64%) e enfermeiro graduado (39.95%). Respondeu apenas um supervisor e nenhum enfermeiro diretor.

A licenciatura foi a habilitação mais frequente (81.88%). Apenas 3.04% da amostra possui bacharelato. Têm formação pós-graduada 15.08% dos inquiridos. Salientamos ainda a existência de três doutorados na amostra.

Tabela 19
Caracterização da amostra

	<i>n</i>	%
Sexo ^a		
Masculino	170	20.96
Feminino	641	79.04
Categoria profissional atual ^b		
Enf. nível 1	380	47.15
Enf. graduado	323	40.07
Enf. especialista	78	9.68
Enf. chefe	24	2.98
Enf. supervisor	1	0.12
Enf. Diretor	0	0.00
Habilitação acadêmica atual ^c		
Bacharelato	24	3.04
Licenciatura	646	81.88
Pós-Licenciatura	82	10.39
Mestrado	34	4.31
Doutoramento	3	0.38

^a Quatro dados omissos; ^b Nove dados omissos; ^c 26 dados omissos.

4.3.3 - Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário de *“Decisões e atos de enfermagem inadequados”* de Meurier et al., (1997) do Reino Unido (Anexo I). Este na sua globalidade é constituído por questões abertas, questões fechadas com uma escala de resposta do tipo ordinal.

Apresenta a estrutura de um questionário constituído por questões de formato diversificado e organizadas numa lógica sequencial, o que permite não apenas classificar os erros reportados, mas também analisar os processos de decisão após o erro e as consequências dessas decisões em termos pessoais, profissionais e institucionais. Isto é, a primeira questão permite a notificação do erro pelos enfermeiros para posteriormente se realizar uma análise exploratória do fenómeno, segue-se a percepção que eles têm relativamente à causa do mesmo, bem como as reações emocionais e sociais face à situação de erro, os processos utilizados para lidaram com o erro e que mudanças fizeram no exercício profissional em consequência do mesmo. Toda esta lógica sequencial do questionário permite compreender melhor o comportamento dos enfermeiros face a uma situação de erro.

Tal como acabámos de referir passamos ao detalhe do questionário, sendo que a primeira parte é constituída por uma questão aberta, *“Tente lembrar-se de um erro que tenha cometido ao cuidar do seu doente desde que é enfermeiro/a: 1.a) Descreva resumidamente o erro no espaço a seguir”*, seguindo-se de uma questão fechada *“Quando aconteceu o erro?”*

Na segunda parte seguem-se cinco grupos de questões fechadas relacionadas com o erro cometido em que se pretende averiguar as “*Circunstâncias do erro*” com 5 questões, as “*Causas do erro*” com 3 questões, com uma escala de resposta de tipo Likert com 4 níveis, em que (1) *Discordo totalmente* e (4) *Concordo totalmente*, sendo o último item uma questão aberta (*Outra: especifique*). As “*Reações ao erro*”, com 3 questões, em que a primeira apresenta uma escala tipo Likert com 4 níveis, em que (1) *Nada* e (4) *Muitíssimo*, tendo 2 itens em que a última questão é aberta (*Outra: especifique*). As formas de “*Lidar com o erro*”, com 3 questões em que a primeira utiliza uma escala de resposta de tipo Likert com 4 níveis, em que (1) *Não usado* e (4) *Muitíssimo usado*, seguindo-se de uma questão aberta (*Outras estratégias usadas para lidar com o erro, especifique*), sendo as seguintes questões fechadas e a última apresenta-se com uma escala de resposta de tipo Likert com 4 níveis, em que (1) *Discordo totalmente* e (4) *Concordo totalmente*. Segue-se as *Mudanças no exercício da enfermagem devido ao erro*, com 2 questões em que a primeira questão se apresenta com uma escala de tipo Likert em que (1) *Discordo totalmente* e (4) *Concordo totalmente*, após todos os itens tem uma pergunta aberta (*Fiz outras mudanças no exercício da minha profissão, especifique*), sendo a última questão de escala de tipo Likert em que (1) *Nada* e (4) *Muitíssimo*.

Na terceira parte seguem-se quatro questões sobre dados demográficos (*Sexo; Qual é a sua categoria atual; Qual era a sua categoria profissional quando aconteceu o erro? Qual é a sua habilitação académica atual?*) e, por fim, a quarta parte termina com uma última questão aberta “*Agradecemos quaisquer outros comentários/sugestões para prevenção do erro*”.

4.3.4 - Validação semântica do instrumento de recolha de dados

Como resultado de contato direto com os autores foi obtida a autorização para utilização do instrumento de recolha de dados para a população portuguesa (Anexo II). O instrumento foi obtido em inglês, pelo que se procedeu a todos os requisitos de tradução referidos na literatura científica, para caracterizar o fenómeno do erro nas práticas de enfermagem, na nossa cultura. Este processo obedeceu a cinco passos: 1) Tradução por dois peritos bilingues; 2) Síntese dos procedimentos das duas traduções; 3) Retroversão; 4) Paineis de peritos; 5) Teste da versão pré-final do questionário (Ribeiro 2010; Vilelas, 2009).

1-Tradução: Procedeu-se num primeiro momento à tradução do questionário de inglês para português por dois tradutores bilingues diferentes e devidamente qualificados em que um deles não estava dentro da temática do questionário, enquanto o outro estava, sendo conhecedor das matérias de enfermagem.

2-Síntese dos procedimentos das duas traduções: analisaram-se as discrepâncias entre as duas traduções mas constatou-se, com os próprios tradutores, que as diferenças eram mínimas. Por exemplo, na primeira frase do questionário uma das traduções tinha *realizados* e a outra tinha *cometidos* tendo-se optado, após discussão que fazia mais sentido na frase a palavra *cometidos*. Assim, ficou “*Sabemos que alguns erros (muitas vezes sem intenção) são cometidos durante a prestação de cuidados de enfermagem*”. Um outro exemplo: na frase inicialmente formulada “*Este estudo está desenhado para caracterizar os tipos de erros feitos pelos enfermeiros/as e identificar a forma mais construtiva para lidar com eles*” optou-se posteriormente pela frase “*Este estudo destina-se a descobrir os tipos de erro que os/as enfermeiros/as*

cometem e a identificar a forma mais construtiva de lidar com eles”, porque pareceu que linguisticamente estaria mais adequada ao estudo. Outro exemplo, uma tradução tinha a seguinte frase *“Que causaram ou poderiam ter causado stresse ao doente”* optamos pela outra *“Que causaram ou poderiam ter causado sofrimento ao doente”*. Para além de outros ajustes, referimos um último exemplo, na frase traduzida *“Tento ler com mais cuidado o registo/plano de tratamento do doente”* concordou-se que no contexto ficaria melhor a frase *“Tento ler com mais cuidado o registo/plano de cuidados do doente”*. Houve, ainda, outras alterações mas foram mínimas porque a semântica era idêntica em ambas as traduções, produzindo um questionário final que iria ser submetido ao processo seguinte.

3-Retroversão: procedeu-se à retro tradução com a versão final do questionário em português e fez-se a comparação com o original, tendo-se verificado que as discrepâncias eram mínimas, sendo os dois instrumentos muito semelhantes o que garantiu à partida uma tradução fidedigna.

4-Painel de peritos: para validar as equivalências semânticas, concetual e cultural da versão original e final das traduções utilizou-se uma metodologia de discussão por um painel de quatro peritos sendo um bilingue, dois com experiência na área de conhecimento em Enfermagem, sendo uma doutorada e outra doutoranda, e um retro tradutor. Após análise e discussão com estes peritos fizeram-se alguns ajustamentos ao questionário, como por exemplo: *“Tente lembrar-se de um erro (incluindo erros de medicação) que tenha cometido ao cuidar do seu doente desde que é enfermeiro/a”*, retirou-se *“incluindo erros de medicação”* para não suggestionar o enfermeiro participante no preenchimento do questionário. Um outro exemplo refere *“Em que tipo de enfermaria ou serviço aconteceu o erro”* ficou *“Qual a área de atividade em que aconteceu o erro”*: especificando de seguida algumas áreas de atividade. Com a colaboração deste painel houve algumas alterações a nível semântico, teve-se em consideração o idioma e a cultura bem como a equivalência concetual, por exemplo *“Qual era a atividade global do doente antes do erro acontecer?”* tendo ficado *“qual era o nível de atividade (situação de independência, dependência) do doente antes do erro acontecer?”*, ficando assim esclarecido a equivalência de *“atividade global do doente”*. Por fim, construiu-se um questionário final já interpretado com todas as alterações sugeridas pelo painel de peritos.

5- Teste da versão pré-final do questionário: Posteriormente, fez-se um pré-teste com o questionário final a 30 enfermeiros que trabalhavam num hospital público, que não fez parte da amostra do estudo. Para a seleção destes enfermeiros recorreu-se a diversos serviços desse hospital como o serviço de Pneumologia, Infeciosas, Medicina e Cirurgia, falou-se com os enfermeiros chefes, referindo a necessidade e pertinência de os enfermeiros preencherem o questionário de forma voluntária para a realização do pré-teste. Apesar de demonstrarem vontade em participar, quando confrontados com o questionário alguns responderam de forma voluntária e outros recusaram-se a responder porque ao contactarem com o mesmo sentiram-se constrangidos em descrever um erro que tivesse ocorrido na sua vida profissional. Os enfermeiros que responderam referiram que num primeiro impacto se sentiram constrangidos, tendo no entanto, decidido responder ao questionário. Contudo, arriscou-se ir para o campo pelo interesse em conhecer de forma exploratória este fenómeno (não há nenhum estudo desta índole em Portugal, específico para a enfermagem) e para contribuir com os resultados do estudo para a comunidade científica.

4.3.5 - Método de tratamento e análise dos dados

A primeira questão aberta do questionário solicita aos enfermeiros que descrevam um erro ocorrido na sua vida profissional. Para tratamento dos dados procedeu-se à análise de forma sistemática e objetiva da expressão escrita dos enfermeiros, através da técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2009). Todas as respostas dos enfermeiros foram transcritas e organizadas de forma a facilitar o trabalho de identificação das unidades de registo. A unidade registo é a “unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização e a contagem frequencial” (Bardin, 2009, p.130). As unidades de registo apresentadas foram organizadas em consonância, com a execução de boas práticas de enfermagem de Benner et al., (2010), e com o Código Deontológico do Enfermeiro (2003). Após discussão com o painel de peritos, foram ordenadas tendo em consideração o processo de enfermagem como o planeamento, execução e avaliação (Anexo III). A partir desta análise procedeu-se à elaboração do respetivo indicador, ou seja à análise da expressão escrita em que se fez uma correspondência entre o discurso e a circunstância do acontecimento, podendo este ser quantificado (Bardin, 2009; Vala, 1986). Em seguida elaboraram-se subcategorias como “recurso para explicitar melhor todo o sentido da categoria” (Amado, 2000, p. 57). As subcategorias confluíram para as categorias à priori construídas por Benner et al., (2010). Estas categorias representam os indicadores e as respetivas unidades de registo, isto é “a inclusão de um segmento de texto numa categoria pressupõe a deteção dos indicadores relativos a essa categoria” (Vala, 1986, p. 111). Este trabalho realizado pelo investigador começa por um método indutivo em que “parte de um conjunto parcial de dados para a elaboração de um resumo descritivo dos fenómenos observados (...)” (Almeida e Freire, 2008, p.29-30) e termina com a convergência do método dedutivo por “formulação de um enunciado hipotético em face de um corpo de conhecimentos teóricos prévios (...)” (Almeida e Freire, 2008, p.30).

Em síntese, iniciou-se a análise de dados utilizando um método indutivo, isto é começou-se pela análise das unidades de registo, seguindo-se a identificação dos indicadores e das subcategorias que convergiram para um método dedutivo com a aplicação das categorias à priori definidas por Benner et al., (2010). Esta análise resulta da convergência entre o método indutivo e dedutivo.

O controlo de validade e da fidelidade da codificação deste processo foi realizado passo a passo pela equipa de peritos, através de análise e discussão, onde se discutiram pontos de acordo e desacordo das situações e se assumiu uma tomada de decisão por consenso.

A categorização do estudo resultou da opinião de peritos em convergência com o modelo de classificação (Benner et al., 2010). Além deste método havia outras propostas de categorização mas em discussão com os peritos decidiu-se pelas categorias definidas pelas autoras por melhor se contextualizarem à natureza do estudo.

O modelo de classificação, das referidas autoras, tinha como objetivo a construção de um instrumento designado *Taxonomy of Error, Root Cause Analysis and Practice Responsibility* (TERCAP). Estas autoras e respetiva equipa desenvolveram um estudo aprofundado de vários anos até chegarem à categorização definitiva. Para chegarem a esta categorização foram analisados 21 estudos de casos de erros em

enfermagem, por um painel de peritos, de 9 estados dos Estados Unidos da América, com a finalidade de desenvolverem uma taxonomia de erros (Benner, et al., 2002). Neste estudo, identificaram de forma indutiva erros de enfermagem que foram reportados ao Conselho Nacional de Enfermagem, e decidiram introduzi-los numa categoria geral de “Juízo Clínico”. Por se ter provado, num primeiro estudo de classificação de erros, que esta categoria era muito abrangente, e por haver uma diversidade particular de categorias e desafios, no sentido de desenvolver um corpo de medidas preventivas, para esta categoria, decidiram de forma indutiva gerar uma taxonomia de erros com casos reportados no passado que tinham sido classificados como erros de juízo clínico. Ao trabalharem retrospectivamente, e tendo em consideração, a visão de boas práticas de enfermagem e as situações de erro, o painel de peritos PBAB - *Practice Breakdown Advisory Panel* criou categorias de erros tendo subjacente as boas práticas de enfermagem que inerentemente contêm áreas de trabalho em enfermagem no âmbito da segurança do doente. O quadro concetual que sustenta este estudo foca-se em aspetos fundamentais do cuidar em enfermagem como o planeamento, a execução e a avaliação. Dentro deste quadro desenvolveram-se oito categorias de boas práticas de enfermagem (Benner et al., 2010) que passamos a mencionar: 1 - *Administração segura de medicação*; 2 - *Documentação*; 3 - *Intervenção*; 4 - *Prevenção*; 5 - *Interpretação de ordens prescritas por outros*; 6 - *Atenção/Vigilância*; 7 - *Juízo Clínico*⁴³; 8 - *Responsabilidade profissional/advocacia do doente*. Estas representam um vasto espectro de áreas das práticas de enfermagem onde podem ocorrer possíveis erros.

No presente estudo utilizaram-se estas categorias mas, devido ao vasto número de dados empíricos efetuou-se, após uma análise aprofundada das respostas dos questionários com o grupo de peritos, o desdobramento de categorias complexas como a da Intervenção e a da Responsabilidade profissional/advocacia do doente. A categoria Intervenção foi desdobrada em seis categorias: Intervenção - Técnicas e Procedimentos; Intervenção - Comunicação; Intervenção - Necessidade de comer e beber; Intervenção - Necessidade de respirar; Intervenção - Necessidade de eliminação vesical e Intervenção - Necessidade de eliminação intestinal. Para se definir operacionalmente estas seis categorias utilizou-se o modelo concetual de Virgínia Henderson (Phaneuf, 2001).

Conforme vai ser explicado no Capítulo V, o painel de peritos sugeriu unanimemente o desdobramento da categoria Responsabilidade profissional/advocacia do doente em duas categorias: Responsabilidade profissional/advocacia do doente - Ética do cuidar e Responsabilidade profissional/advocacia do doente - Outros assuntos. Relativamente à primeira, identificou-se pelo processo de análise um grupo com características que se enquadravam no âmbito da ética do cuidar. Com base no Código

43 Segundo Benner et al., (2010) a categoria de Juízo clínico tornou-se mais específica tendo sido definida operacionalmente do seguinte modo:

os enfermeiros interpretam sinais e sintomas, e respostas às terapias. Os enfermeiros avaliam as alterações relevantes de sinais e sintomas dos doentes e asseguram que os cuidados providenciados são administrados e ajustados ao doente. Todos os cuidados de enfermagem requerem um juízo clínico, mas por razões de erros relacionados com o juízo clínico, este trabalho limita a definição de erro associado ao raciocínio clínico para aqueles eventos relacionados com inadequadas terapias, terapias ajustadas e ações terapêuticas baseadas nas respostas dos doentes a essas terapias. Pretende-se evidenciar o aumento da importância das alterações e do ajustamento das terapias de enfermagem baseadas nas respostas dos doentes. (p.13)

Deontológico do Enfermeiro (2003), o enfermeiro tem que obedecer ao princípio de beneficência, da não-maleficência, respeito pela autonomia (...) que se distingue claramente da segunda categoria Responsabilidade profissional/advocacia do doente- Outros assuntos.

Em suma, o estudo apresenta um total de 14 categorias que passamos a enumerar: 1 - Administração Segura de Medicação; 2 - Documentação; 3 - Intervenção- Técnicas e Procedimentos; 4 - Intervenção- Comunicação; 5 - Intervenção- Necessidade de Comer e Beber; 6 - Intervenção- Necessidade de Respirar; 7 - Intervenção- Necessidade de Eliminação; 8 - Intervenção - Necessidade de Eliminação Intestinal; 9 - Prevenção; 10 - Interpretação de Ordens Prescritas por Outros; 11 - Atenção/Vigilância; 12 - Juízo Clínico; 13 - Responsabilidade Profissional/Advocacia do Doente - Ética do Cuidar; 14 - Responsabilidade Profissional/Advocacia do Doente - Outros Assuntos.

As restantes questões do questionário são na sua maioria fechadas e a análise estatística efetuada foi através do programa estatístico versão 19.0 do Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Fizeram-se análises através da estatística descritiva e inferencial utilizando testes não-paramétricos e paramétricos (Bulmer, 1979; Carol, 2004; Cohen, 1988; Cozby, 2003; Cramer, 1997; Hill & Hill, (2005) Kiess & Bloomquist, 1985; Macnee, 2004; Marôco, 2011; Murteira, Ribeiro, Silva & Pimenta, 2001; Nunnaly 1994; Ribeiro, 2010).

4.3.6 - Procedimentos éticos

Para a realização deste estudo, que aborda uma questão muito sensível, teve-se o cuidado de seguir o caminho experienciado por outros investigadores. A pesquisa bibliográfica conduziu ao encontro do autor do questionário utilizado neste estudo. O trabalho do autor foi facilitador no desenvolvimento de uma maior confiança no rigor da investigação que se estava a encetar. Após a adaptação e validação do questionário para a população portuguesa desenvolveu-se um diálogo com responsáveis da Ordem dos Enfermeiros e dos Enfermeiros Diretores dos hospitais, onde se discutiu a problemática e a sua importância para o planeamento de cuidados e para a formação dos enfermeiros, tendo estes reconhecido a necessidade da investigação. De seguida redigiram-se os pedidos formais de autorização às respetivas instituições e dirigimo-nos aos enfermeiros diretores que orientaram para os enfermeiros chefes, dos quais recebemos as respetivas autorizações (Anexo IV). A estes foi explicado o estudo que se pretendia realizar, os objetivos, a relevância na participação dos enfermeiros, assegurando sempre a confidencialidade dos dados. Todo o procedimento de contato com profissionais e recolha de dados cumpriu um rigoroso princípio de respeito e sigilo.

Cada enfermeiro chefe que aceitou colaborar recebeu o envelope com os questionários, explicou a todos os enfermeiros da equipa a finalidade do estudo, distribuiu os questionários aos sujeitos que aceitaram participar e recolheu os questionários preenchidos. Sem querer pressionar o tempo de resposta, foram feitos telefonemas regularmente a agradecer e a incentivar a distribuição dos questionários. Em algumas situações os enfermeiros chefes pediram tempo adicional, para o preenchimento dos questionários, devido à sobrecarga de trabalho. Na data acordada, recolheram-se em envelopes fechados, todos os questionários preenchidos e não preenchidos. Nesta entrega, os enfermeiros chefes, referiam que muitos enfermeiros não se sentiam confortáveis para relatarem um

erro que tivesse ocorrido na sua vida profissional; outros enfermeiros referiam que não preenchiam porque nunca tinham cometido erros; e outros porque não se lembravam de qualquer erro que tivessem cometido na sua vida profissional. Este estudo foi autorizado pela comissão de ética da Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com o parecer nº 22-01/2011 (Anexo V).

CAPÍTULO V

ANÁLISE DOS ERROS REPORTADOS PELOS ENFERMEIROS DE FORMA VOLUNTÁRIA RELACIONADOS COM A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Neste capítulo procedemos à análise dos erros reportados pelos enfermeiros consequentes da prática profissional, numa perspetiva retrospectiva. Pretende-se identificar, através da análise de conteúdo de (Bardin, 2009), os erros cometidos pelos enfermeiros. Conforme referido no Capítulo IV, este processo de análise iniciou-se com a transcrição de todas as respostas dos enfermeiros de modo a facilitar a identificação das unidades de registo, prosseguindo para a elaboração dos indicadores e consequentemente as subcategorias. Estas confluíram para as categorias à priori construídas por Benner et al., (2010). As categorias de boas práticas mencionadas por Benner et al., (2010) são as seguintes: 1- Administração Segura de Medicação; 2 - Documentação; 3 -Intervenção; 4 - Prevenção; 5 - Interpretação de ordens prescritas por outros; 6 - Atenção/Vigilância; 7 - Juízo Clínico; 8 - Responsabilidade profissional/advocacia do doente. No presente estudo aplicaram-se todas estas categorias mas houve a necessidade de se fazer o desdobramento de categorias complexas como a da Intervenção e a da Responsabilidade profissional/advocacia do doente.

A categoria Intervenção foi desdobrada nas seguintes seis categorias: Intervenção - Técnicas e Procedimentos; Intervenção - Comunicação; Intervenção - Necessidade de comer e beber; Intervenção - Necessidade de respirar; Intervenção - Necessidade de eliminação vesical e Intervenção - Necessidade de eliminação intestinal. Para se definir operacionalmente estas novas seis categorias utilizou-se o modelo conceptual de Virgínia Henderson (Phaneuf, 2001). Relativamente à categoria Responsabilidade profissional/advocacia do doente reuniu-se o painel de peritos que sugeriu unanimemente o desdobramento nas seguintes duas categorias: Responsabilidade profissional/advocacia do doente - Ética do cuidar e Responsabilidade profissional/advocacia do doente - Outros assuntos.

5.1 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1.1 - Categorias dos erros reportados de forma voluntária pelos enfermeiros durante a sua atividade profissional

De uma amostra de 799 enfermeiros, os erros mais reportados situam-se ao nível da categoria Administração Segura de Medicação, seguindo-se a Intervenção - Técnica e Procedimentos, a Intervenção - Comunicação, a Intervenção - Alimentação, a Intervenção - Respiração, a Intervenção - Eliminação vesical e Intervenção - Eliminação intestinal, a Responsabilidade profissional/advocacia do doente - Ética do cuidar, Responsabilidade/advocacia do doente - Outros assuntos e por fim, a Prevenção, o Juízo clínico, a Documentação, a Interpretação de ordens prescritas por outros e a Atenção e vigilância. Procedemos de

seguida à caracterização das categorias, onde para as contextualizar, procede-se a exemplos de algumas unidades de registo.

5.1.1.1 - Administração Segura de Medicamentos

A categoria Administração Segura de Medicamentos é definida operacionalmente como uma boa prática de enfermagem do seguinte modo: “Os enfermeiros administram a dose certa da medicação certa pela via certa no doente certo à hora certa pela razão certa” (Benner et al.,2010, p.12).

Esta categoria operacionaliza-se em duas subcategorias: Preparação de Medicação e Administração da Medicação. De acordo com a Tabela 20 na subcategoria Preparação da Medicação emergiram 4 indicadores integrando 112 unidades de registo. O indicador “Inadequada diluição”, apresenta a maior frequência de unidades de registo, como seja *“Lembro-me que uma vez administrei por via intramuscular um antibiótico e que o doente se queixou bastante, só quando cheguei ao carro da medicação é que reparei que tinha só aspirado o soro fisiológico”* (Q2) e *“Administração de um antibiótico com uma diluição menos do que a recomendada”* (Q157). Ainda na mesma subcategoria temos o indicador “Seleção errada do medicamento prescrito” com as seguintes unidades de registo: *“Troquei o soro fisiológico pelo KCL, ou seja, fiz diluições utilizando por engano o KCl”* (Q199). *“O erro ocorreu ainda quando não utilizávamos dose unitária. Terapêuticas de grupos diferentes encontravam-se dispostas lado a lado na zona de armazenamento. Frascos idênticos, cores idênticas. O erro refere-se a troca de medicamento”* (Q296).

Na subcategoria Administração de Medicação (Tabela 20) verifica-se que emergiram 5 indicadores que integram 399 unidades de registo. O indicador mais frequente é a “Seleção errada do doente” com as seguintes unidades de registo: *“Administrei Ampicilina EV a uma criança que tinha prescrito Cefuroxima EV. Quando cheguei à enfermaria troquei as crianças, e só no fim da administração do injetável é que vi que não estava a fazer a administração correta”* (Q21). *“Troca da doente com nomes muito parecidos (troca de paracetamol P.O. dado a doente seguinte)”* (Q 380). Na mesma subcategoria segue-se o indicador “Não certificação da via” de administração de terapêutica com as seguintes unidades de registo: *“Administração endovenosa de medicação intramuscular”* (Q4) e *“Administração de Sandostatin EV (endovenoso) em vez de subcutâneo”* (Q365). Ainda na mesma subcategoria encontra-se o indicador “Incumprimento de horário” com as seguintes unidades de registo: *“Administração de antibiótico cefuroxime 750mg às 9h, já tendo sido administrado às 6h. O antibiótico deveria ter sido administrado 14h”* (Q 87). *“Aquando preparava a medicação, trocou-se uma medicação de hora de administração (por ex.: em vez de se administrar às 12h, administrei às 15h)”* (Q288).

Pela análise da Tabela 20 na categoria Administração Segura de Medicação reportaram no total 511 enfermeiros. Na subcategoria Preparação de Medicação verificamos que os enfermeiros reportaram com mais frequência os erros cometidos por “Inadequada diluição” com 15.66% (80). Segue-se a “Seleção errada do medicamento prescrito” com 5.87% (30). Na subcategoria Administração de Medicação os enfermeiros reportaram com mais frequência a “Seleção errada do doente” com 63.01% (322), seguindo-se a “Não certificação da via” com 8.81% (45), bem como o “Incumprimento do horário” com 5.87% (30).

Tabela 20

Erros na Administração Segura de Medicamentos - Preparação e Administração de medicação

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência		
			n	% C	% T
Administração Segura de Medicamentos	Preparação de Medicação	Seleção errada do medicamento prescrito	30	5.87	3.75
		Inadequada diluição	80	15.66	10
		Esquecimento em fazer o cartão para a heparina	1	0.20	0.13
		Esquecimento de enviar medicação para domicílio	1	0.20	0.13
	Administração de Medicação	Administrada medicação fora de prazo	1	0.20	0.13
		Incumprimento de horário	30	5.87	3.75
		Seleção errada do doente	322	63.01	40.3
		Não certificação da via	45	8.81	5.63
		Aplicação da técnica errada na administração por via intramuscular	1	0.20	0.13
% C - percentagem na Categoria; % T - percentagem do Total			511		64

5.1.1.2 - Intervenção – Técnicas e Procedimentos

A Intervenção é definida operacionalmente do seguinte modo: “Os enfermeiros executam adequadas ações de enfermagem” (Benner et al., 2010, p.14). Técnica define-se operacionalmente como sendo um - “Conjunto de procedimentos metódicos empregados para obter um resultado determinado” (Manuila, Manuila, Lewalle & Nicoulin, 2004, p.580). Com base nesta definição consideramos que os procedimentos estão implícitos numa determinada técnica, daí construirmos uma categoria, adequada às práticas de enfermagem, de Intervenção - Técnicas e Procedimentos.

Esta categoria operacionaliza-se em quatro subcategorias: Procedimentos Invasivos⁴⁴, Não-invasivos⁴⁵, Mobilidade e Ensino ao doente.

De acordo com a Tabela 21 na subcategoria Procedimentos Invasivos emergiram 15 indicadores integrando 31 unidades de registo. O indicador “Prática incorreta de colheita de sangue” apresenta a maior frequência de unidades de registo, como seja “Criança de 3 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por convulsão. Foi puncionada veia periférica no dorso da mão para colheitas sangue e colocação soroterapia. Dado que o sangue colhido era insuficiente para as análises pedidas e a veia estava permeável foi colocado soro em curso e sangue no tubo de bioquímica, já ligeiramente hemolisado. De imediato, coloquei o garrote no antebraço e puncionei para colher sangue para hemograma. (...) No mesmo momento estranhámos,

44 Um Procedimento Invasivo é “aquele que rompe as barreiras naturais do organismo ou penetra em suas cavidades” (Yamaushi, Munhoz, Ferreira, 2000 citado por Sousa, Moura, Santos, Nunes, Alves, 2009, p.718).

45 Um Procedimento não-invasivo é o contrário do procedimento invasivo, isto é, não existe rompimento das barreiras.

olhámos umas para as outras (estava com 2 colegas) mas não foi feito o click! Apanhei a mesma veia... Conclusão: os resultados das análises estavam alteradas" (Q504) e "Troca de tubos nas colheitas de sangue. Troquei tubo de coagulação com tubo de bioquímica e tive de realizar 2 colheitas ao doente em vez de uma" (Q681). Na mesma subcategoria temos o indicador "Colocação inadequada de cateter venoso periférico" com as seguintes unidades de registo: "Puncionei o doente no local da cirurgia. A doente iria ser operada a um quisto sinovial nessa mesma mão" (Q413) e "Puncionar incorretamente uma veia periférica" (Q722). Ainda na mesma subcategoria temos o indicador "Execução de tratamento à ferida de forma inadequada" com as seguintes unidades de registo: "Consciente de que esta é uma profissão de grande responsabilidade mas ao mesmo tempo de muito valor, muitas vezes o stresse do dia-a-dia, a lotação dos serviços e a escassez de recursos podem tornar mais exigentes o empenho e concentração dos profissionais e por vezes os esquecimentos podem ser existentes. Recordo aqui uma situação de um ato que executei logo no início da minha prática pelo qual senti responsabilidade pois executei um penso a um doente que ficou mais volumoso e interferiu nas suas limitações tendo mesmo de regressar ao serviço com os seus meios e custos para que pudesse fazer um novo penso" (Q259). "Ao realizar um penso utilizei álcool a 70^o e não soluto de Dakin, como estava prescrito. Tratava-se de um penso a uma solução de continuidade devido a um quisto dermoide".(Q803)

Tabela 21

Erros de Intervenção – Técnica e Procedimentos

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência		
			n	% C	% T
Intervenção Técnica e Procedimentos	Invasivos	Falta de coordenação aquando da colaboração na entubação endotraqueal	1	1.69	0.13
		Desbridamento de tecido necrosado que deu origem a sangramento	1	1.69	0.13
		Retirar dois drenos em vez de um	1	1.69	0.13
		Seleção errada do doente para realização de tricotomia	1	1.69	0.13
		Realização de inadequada técnica de tricotomia	1	1.69	0.13
		Solução de continuidade na cabeça do bebé aquando da episiotomia	1	1.69	0.13
		Execução de tratamento à ferida de forma inadequada	5	8.47	0.62
		Punção de fístula que deu origem a hematoma	1	1.69	0.13
		Prática incorreta de colheita de sangue	8	13.6	1.00
		Colocação inadequada de cateter venoso periférico	6	10.2	0.73
	Punção de <i>implantofix</i> com <i>butterfly</i>	1	1.69	0.13	
	Utilização de uma tesoura que acabou por cortar a linha de diálise	1	1.69	0.13	
	Retirar adesivo rapidamente e a pele veio junto com o adesivo	1	1.69	0.13	
	Retirada a agulha de Huber sem fazer previamente heparinização	1	1.69	0.13	
	Puxar e cortar a sonda vesical	1	1.69	0.13	
	Não avaliação de sinais vitais	8	13.6	1.00	
	Esquecimento de preparação para cirurgia tendo ficado o doente em jejum	1	1.69	0.13	
	Execução de técnica de ligaduras que originou edema	2	3.39	0.24	
	Não - Invasivos	Tração cutânea do membro inferior contrário	1	1.69	0.13
		Dilatação do olho contrário	2	3.39	0.24
	Abertura incorreta de gesso braquipalmar	2	3.39	0.24	
	Enfermeira circulante deu para a mesa material diferente	3	5.08	0.37	
	Posicionamento incorreto do doente	5	8.47	0.62	
	Mobilidade	Imobilização incorreta que causou queimadura por fricção	1	1.69	0.13
		Não colocação de meias elásticas após levantar do doente	2	3.39	0.24
	Ensino ao Doente	Omitiu ensino ao doente	1	1.69	0.13
% C - percentagem na Categoria; % T - percentagem do Total			59	7.38	

Na subcategoria Procedimentos Não-invasivos verifica-se que emergiram 7 indicadores que integram 19 unidades de registo. O indicador mais frequente é “Não avaliação de sinais vitais” com as seguintes unidades de registo: *“Utente no início do turno hipertenso, administrado anti hipertensor e no final do turno não foi reavaliada tensão arterial”*.(Q601) e *“Omissão de uma avaliação de um tensão arterial. – prescrição médica 3 vezes dia (omitida a avaliação das 12h) – (apesar de não colocar em risco a vida do doente)”*.(Q537). Na mesma subcategoria segue-se o indicador “Enfermeira circulante deu para a mesa material diferente” com as seguintes unidades de registo: *“Sou enfermeira de Bloco Operatório e um dia, em vez de dar um fio com agulha redonda para suturar órgãos internos, dei um fio com agulha lanceolada”*. (Q367) e *“Trocar um implante ortopédico durante uma cirurgia (não é considerado grave porque a prótese funciona normalmente, tem é uma semivida + curta 2 anos (em vez de mais ou menos 15 anos a prótese irá durar 12 ou 13 anos)”* (Q809).

Na subcategoria Mobilidade verifica-se que emergiram 3 indicadores que integram 8 unidades de registo. O indicador mais frequente é o “Posicionamento incorreto do doente” com as seguintes unidades de registo: *“Ausência de almofada no posicionamento do doente submetido a prótese total da anca quando posicionado em decúbito lateral”*.(Q251) e *“Posicionamento inadequado de um doente em pós-operatório imediato, submetido a um encavilhamento de “grosse”*. (Q619).

Na subcategoria Ensino ao doente verifica-se que emergiu 1 indicador que integra uma unidade de registo. O indicador é “Omitiu ensino ao doente” com a seguinte unidade de registo: *“Ao fazer o 1º levante a um doente que foi submetido a uma cirurgia: Prótese Total da Anca, não dei ao doente as instruções corretas para um levante correto. Havia o risco de luxação da prótese da anca (...)”* (Q452).

Pela análise da Tabela 21 na categoria Intervenção - Técnica e procedimentos, reportaram no total 59 enfermeiros. Na subcategoria Procedimentos Invasivos, verificamos que os enfermeiros reportaram com mais frequência os erros cometidos pela “Prática incorreta de colheita de sangue” com 13.6% (8). Segue-se a “Colocação inadequada de cateter venoso periférico” com 10.2% (6) e a “Execução de tratamento à ferida de forma inadequada” com 8.47% (5).

Na subcategoria procedimentos Não-Invasivos, os enfermeiros reportaram com mais frequência a “Não avaliação de sinais vitais” com 13.6% (8), seguindo-se a “Enfermeira circulante deu para a mesa material diferente” com 5.08% (3). Na subcategoria Mobilidade os enfermeiros reportaram com mais frequência o “Posicionamento incorreto do doente” com 8.47% (5). Na subcategoria Ensino ao doente os enfermeiros reportaram “Omitiu ensino ao doente” com 1.69% (1).

5.1.1.3 - Intervenção – Comunicação

A Intervenção é definida operacionalmente do seguinte modo: “Os enfermeiros executam adequadas ações de enfermagem” (Benner et al., 2010, p.14). A Comunicação é operacionalizada “(...) como um processo de troca, de partilha de informações e de sentimentos, que se desenrola num clima de abertura entre duas pessoas que se exprimem numa linguagem verbal e não-verbal” (Phaneuf, 2001,p.152). Esta categoria foi designada de Intervenção - Comunicação porque os enfermeiros usam a comunicação como forma de intervenção no cuidar do doente.

Esta categoria operacionaliza-se em duas subcategorias: Comunicação Terapêutica⁴⁶ e Comunicação Funcional⁴⁷. De acordo com a Tabela 22 na subcategoria Comunicação Terapêutica emergiu 1 indicador que integra 4 unidades de registo. O indicador “Falha na escuta ativa” apresenta as seguintes unidades de registo: *“Não dar atenção devida ao doente no momento em que ele tentava desabafar sobre a sua vida.”* (Q41) e *“Subvalorização de discurso incoerente proferido por um doente com história de alcoolismo crónico após queda com TCE”* (Q188).

Na subcategoria Comunicação Funcional verifica-se que emergiram 4 indicadores que integram 26 unidades de registo. O indicador mais frequente é a “Falha na comunicação com o doente” com as seguintes unidades de registo: *“Recentemente uma utente entra repentinamente na sala de triagem e de forma agressiva, num tom de voz elevado, alterado e extremamente mal-educada dirige-se a mim e diz-me: “Eu sou asmática tenho prioridade em relação a toda a gente”. Após um diálogo aceso, uma troca de palavras menos agradáveis a senhora manteve o discurso insolente, invasivo atingindo-me como profissional e pessoa. No final da conversa a srª dirige-se para mim e diz-me “você mataram o meu filho”, eu respondi: “Nós não temos culpa que o seu filho tenha morrido, se continua revoltada e não conseguiu ultrapassar esse trauma a culpa não é nossa”. Considero que esta minha afirmação não foi a mais adequada”* (Q448) e *“Falta de diálogo. Excesso de trabalho, falta de tempo para explicar o que se vai fazer e a seguir sentimentos de culpa por algo que eu não consigo controlar”* (Q338).

Na mesma subcategoria segue-se o indicador “Falha de comunicação com a família” com as seguintes unidades de registo: *“Devido ao facto de estar numa fase de grande sobrecarga de horários no serviço, com vários turnos extraordinários e com as características próprias de um Serviço de Urgência, não «tive tempo» para falar com a família e dar o apoio necessário de uma doente em estágio terminal devido a uma doença oncológica. A doente faleceu pouco tempo depois sem que a família conseguisse despedir-se dela. Foi um ato pelo qual me responsabilizei durante muito tempo”* (Q506). *“Avisei de um óbito que não tinha acontecido.”* (Q148). Ainda na mesma subcategoria encontra-se o indicador “Falha na comunicação com a equipa” com as seguintes unidades de registo: *“(...). Era um doente já com vários antecedentes patológicos desde insuficiência renal + diabetes descompensada (já amputado), que no internamento tinha demonstrado vários valores de glicémia descontrolados (hipo/hiperglicémia) – facto para a qual não fui alertada na passagem de turno e que só ficaria a conhecer depois através da sua médica responsável (...)”* (Q98) e *“Efetuado primeiro levante de um doente pós AVC isquémico sem controlo dos sinais vitais uma vez que a informação veiculada em passagem de turno não era referente ao doente em questão pelo que se julgava que este era já o segundo levante.”* (Q627).

46 A subcategoria Comunicação Terapêutica operacionaliza-se do seguinte modo: “A comunicação enfermeiro-paciente (...) tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde do paciente e contribuir para melhorar a prática de enfermagem, ao criar oportunidades de aprendizagem e despertar nos pacientes sentimentos de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros” (Stefanelli, 1993 citado por Pontes, Leitão & Ramos, 2008, p.315).

47 A subcategoria Comunicação Funcional operacionaliza-se do seguinte modo: “O termo funcional significa «que se adapta a uma função definida que é eficaz num dado sector». O estilo de comunicação que responde a esta descrição comporta, portanto, atitudes, comportamentos, qualidades conformes à natureza das trocas que se desenrolam nos serviços. (...), a comunicação funcional deve continuar humana, calorosa e eficaz a diversos níveis: ao nível do doente, para permitir à enfermeira recolher as informações de que ela tem necessidade para planificar os cuidados, para transmitir ao doente o que é necessário, para a compreensão da sua doença e do seu tratamento a fim que seja capaz de se tornar autónomo e responsável; ao nível das trocas com os outros profissionais, com as pessoas em posição de autoridade e com os seus pares a fim de favorecer relações construtivas que facilitem uma colaboração harmoniosa” (Phaneuf, 2005, p.111-112).

Pela análise da Tabela 22 na categoria Intervenção – Comunicação reportaram no total 30 enfermeiros. Na subcategoria Comunicação Terapêutica os enfermeiros reportaram “Falha na escuta ativa” com 13.3% (4). Na subcategoria Comunicação Funcional verificamos que os enfermeiros reportaram com mais frequência os erros cometidos por “Falhas na comunicação com o doente” com 56.7% (17), segue-se a “Falha na comunicação com a família” e “Falha de comunicação com a equipa” com 13.3% (4).

Tabela 22

Erros de Intervenção – Comunicação

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência		
			n	% C	% T
Intervenção- Comunicação	Comunicação terapêutica	Falha na escuta ativa	4	13.3	0.50
	Comunicação funcional	Falha na comunicação com a família	4	13.3	0.50
		Falha na comunicação com o doente	17	56.7	2.12
		Falha na comunicação com a equipa	4	13.3	0.50
		Contactar agência de viagens em vez de agência funerária	1	3.33	0.13
% C - percentagem na Categoria; % T - percentagem do Total			30		3.75

5.1.1.4 - Intervenção – Necessidade de comer e beber

A Intervenção é definida operacionalmente do seguinte modo: “Os enfermeiros executam adequadas ações de enfermagem” (Benner et al., 2010, p.14). A Necessidade de comer e beber é operacionalizada como a - “Necessidade para o organismo de absorver os líquidos e os nutrientes necessários ao metabolismo” (Phaneuf, 2001, p.65). Construiu-se a categoria Intervenção - Necessidade de comer e beber porque os enfermeiros executam ações de enfermagem ao nível da satisfação desta necessidade no doente.

Esta categoria operacionaliza-se em duas subcategorias: a Alimentação Entérica⁴⁸ e a Alimentação Parentérica⁴⁹. De acordo com a Tabela 23 na subcategoria Alimentação Entérica emergiram 8 indicadores integrando 16 unidades de registo. O indicador “Doente deveria estar em pausa alimentar” apresenta a maior frequência de unidades de registo com seja “Administrei uma dieta líquida a um doente que tinha indicação para estar em pausa alimentar” (Q292) e Alimentar um bebé que estava em pausa alimentar (Q737). Na mesma subcategoria temos o indicador “Seleção errada do alimento” com as seguintes unidades de registo: “Na preparação de um leite para um bebé prematuro, preparei um leite hipoalérgico em vez de leite para prematuros” (Q780) e “Prestava cuidados de enfermagem na Unidade de

48 Alimentação entérica é definida como “Administração de nutrientes através do aparelho digestivo, quando o utente não consegue ingerir, mastigar ou deglutir alimentos mas consegue digerir e absorver nutrientes” (Potter & Perry, 2006, p. 1055).

49 A alimentação parentérica é definida como a “Administração de uma solução nutritiva no sistema vascular” (Potter & Perry, 2006, p. 1055).

Neonatologia. Tinha vários bebés a mamar à mesma hora e trouxe os vários biberões para a sala onde se iria administrar o leite. Fiz confusão com o leite que estava a aquecer e dei-o à mãe de um bebé, no entanto esse leite não era o leite que lhe correspondia” (Q417).

Na subcategoria Alimentação Parentérica Tabela 23 emergiu o indicador “Elevada velocidade de perfusão” com a seguinte unidade de registo: *“perfusão de alimentação muito rápida, bomba perfusora não deu alarme” (Q54).*

Podemos verificar na Tabela 23 na categoria Intervenção - Necessidade de comer e beber reportaram no total 17 enfermeiros. Na subcategoria Alimentação Entérica verificamos que os enfermeiros reportaram com mais frequência os erros cometidos por o “Doente deveria estar em pausa alimentar” com 29.4% (5). Segue-se a “Seleção errada do alimento” com 17.6% (3). Na subcategoria Alimentação Parentérica verificamos um erro cometido por um enfermeiro por “Elevada velocidade de perfusão” com 5.88% (1).

Tabela 23
Erros de Intervenção – Necessidade de comer e beber

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência		
			n	% C	% T
Intervenção- Necessidade de comer e beber	Alimentação Entérica	Não certificação da identidade do doente na distribuição da dieta	1	5.88	0.13
		Esquecimento de alimentar por gavagem	2	11.8	0.25
		Seleção errada do alimento	3	17.6	0.37
		Insistir com a doente para jantar quando já tinha jantado	1	5.88	0.13
		Insistir na alimentação oral causando insuficiência respiratória	1	5.88	0.13
		Doente deveria estar em pausa alimentar	5	29.4	0.61
		Alimentação entérica colocada no local de drenagem abdominal errado	1	5.88	0.13
		Trajeto errado na colocação da sonda nasogástrica	2	11.8	0.25
	Alimentação parentérica	Elevada velocidade de perfusão	1	5.88	0.13
	% C - percentagem na Categoria; % T - percentagem do Total			17	2.13

5.1.1.5 - Intervenção – Necessidade de Respirar

A Intervenção é definida operacionalmente do seguinte modo: “Os enfermeiros executam adequadas ações de enfermagem” (Benner et al., 2010, p.14). A Necessidade de Respirar define-se operacionalmente como a “Necessidade para o organismo de absorver oxigénio e de eliminar dióxido de carbono por penetração do ar nas estruturas respiratórias (respiração externa) e das trocas gasosas entre o sangue e

os tecidos (respiração interna)” (Phaneuf, 2001, p.63). Construiu-se a categoria Intervenção-Necessidade de Respirar porque os enfermeiros executam ações para satisfazer esta necessidade no doente.

Esta categoria operacionaliza-se em três subcategorias a Aspiração de Secreções, Mudança de Drenagem do Frasco Torácico e Administração de Oxigénio. De acordo com a Tabela 24 a subcategoria Administração de Oxigénio é a que mais se evidencia porque emergiu com 1 indicador e com 3 unidades de registo. Este indicador é a “Colocação de sonda de oxigénio ao tubo endotraqueal sem conector” que apresenta a seguinte unidade de registo: *“Uma idosa teve uma paragem cardiorrespiratória. Foi entubada com tubo orotraqueal e efetuadas manobras de reanimação. No serviço é regra após manobras e necessidade de suporte de O2 colocar-se tubo de oxigénio conectado a sonda nasal e introduzir-se esta dentro do tubo OT. Como a mim me parecia que o mesmo fixado à sonda de oxigénio poderia cair coloquei uma conexão entre o tubo de O2 e tubo OT e rapidamente verifiquei que a expiração não se efetuava normalmente devido à observação da caixa torácica. Acabei por colocar a sonda de oxigénio ligada ao tubo OT em virtude de não existir outra conexão no serviço para o efeito”.* (Q468)

Pela análise da Tabela 24 na categoria Intervenção – Necessidade de respirar reportaram no total 5 enfermeiros. Na subcategoria “Administração de Oxigénio” verificamos que os enfermeiros reportaram com mais frequência os erros cometidos pela “Colocação de sonda de oxigénio ao tubo endotraqueal sem conector” com 60% (3).

Tabela 24

Erros de Intervenção – Necessidade de Respirar

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência		
			n	% C	% T
Intervenção- Necessidade de Respirar	Aspiração de secreções	Por esquecimento ou por falta de tempo não aspirou as secreções	1	20	0.13
	Mudança de drenagem do frasco torácico	Não colocou a tubuladura partindo do princípio que os novos frascos de drenagem torácica não precisavam	1	20	0.13
	Administração de O2	Colocação de sonda de oxigénio ao tubo endotraqueal sem conector	3	60	0.37
% C - percentagem na Categoria; % T - percentagem do Total			5		0.63

5.1.1.6 - Intervenção – Necessidade de Eliminação Vesical

A Intervenção é definida operacionalmente do seguinte modo: “Os enfermeiros executam adequadas ações de enfermagem” (Benner et al., 2010, p.14). A Necessidade de Eliminar define-se operacionalmente como a “Necessidade para o organismo de rejeitar para o exterior do corpo as substâncias inúteis e nocivas, e os resíduos produzidos pelo metabolismo. A necessidade de eliminar inclui a eliminação urinária e fecal (...)” (Phaneuf, 2001, p.68). Esta situação refere-se à eliminação urinária. Construiu-se a categoria Intervenção - Necessidade de Eliminação Vesical porque os enfermeiros exercem funções nesta necessidade ao cuidar do doente.

Esta categoria operacionaliza-se em três subcategorias: Algaliação⁵⁰, Lavagem vesical⁵¹ e Avaliação da Diurese⁵². De acordo com a Tabela 25 na subcategoria Algaliação emergiram 2 indicadores integrando 3 unidades de registo. O indicador “Esquecimento de algaliar o doente” apresenta a maior frequência de unidades de registo como seja “*Esquecimento de realgaliar o doente na data prevista*” (Q244) e “*Não algaliar o doente no dia adequado*” (Q245).

Pela análise da Tabela 25 na categoria Intervenção - Eliminação Vesical reportaram no total 5 enfermeiros. Na subcategoria Algaliação verificamos que os enfermeiros reportaram com mais frequência os erros cometidos por “Esquecimento de algaliar o doente” com 40% (2).

Tabela 25

Erros de Intervenção – Necessidade de Eliminação vesical

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência		
			n	% C	% T
Intervenção- Necessidade de Eliminação Vesical	Algaliação	Esquecimento de algaliar o doente	2	40	0.24
		Desvio do trajeto normal que causou rutura uretral	1	20	0.13
	Lavagem vesical	Lavagem vesical inadequada	1	20	0.13
	Avaliação da Diurese	Não avaliação da diurese	1	20	0.13
% C - percentagem na Categoria; % T - percentagem do Total			5		0.63

5.1.1.7 - Intervenção – Necessidade de Eliminação Intestinal

A Intervenção é definida operacionalmente do seguinte modo: “Os enfermeiros executam adequadas ações de enfermagem” (Benner et al., 2010, p.14). A Necessidade de Eliminar define-se operacionalmente como a - “Necessidade para o organismo de rejeitar para o exterior do corpo as substâncias inúteis e nocivas, e os resíduos produzidos pelo metabolismo. A necessidade de eliminar inclui a eliminação urinária e fecal (...)” (Phaneuf, 2001, p.68). Esta situação refere-se à eliminação fecal. Construiu-se a categoria Intervenção - Necessidade de Eliminação Intestinal porque os enfermeiros executam funções ao nível desta necessidade no cuidar do doente.

50 Define-se operacionalmente algaliação pela “introdução de um tubo de borracha ou plástico através da uretra, para dentro da bexiga” (Potter & Perry, 2006, p.869).

51 Define-se operacionalmente lavagem vesical pela “(...) instilação contínua de uma solução estéril na bexiga, geralmente com um sistema de três vias e uma algália de triplo lúmen, que tem três portas” (Perry, & Potter, 2005, p.849).

52 Define-se diurese pela “excreção urinária” (Manuila et al., 2004, p.203). A avaliação da diurese consiste na avaliação da excreção urinária.

Esta categoria operacionaliza-se em uma subcategoria: Enema de Limpeza⁵³. De acordo com a Tabela 26 na subcategoria Enema de Limpeza emergiram 2 indicadores com 3 unidades de registo. O indicador “Seleção errada do doente para enema de limpeza” apresenta a maior frequência de unidades de registo, como seja *“Preparei para operar ao intestino um doente que tinha hérnia inguinal, por troca com outro doente, ambos para operar no dia seguinte. Após troca apercebi-me, fiz a preparação ao outro doente, cerca das 23 horas, com todos inconvenientes para os serviços. Troca de doentes para a preparação pré-operatória ao intestino”* (Q53) e *“Por lapso foi efetuado um enema de limpeza ao doente errado”* (Q105).

Pela análise da Tabela 26 na categoria Intervenção - Eliminação intestinal reportaram no total 3 enfermeiros. Na subcategoria Enema de limpeza verificamos que os enfermeiros reportam com mais frequência os erros cometidos por “Seleção errada do doente para enema de limpeza” com 66.7% (2).

Tabela 26

Erros de Intervenção - Necessidade de Eliminação intestinal

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência		
			n	% C	% T
Intervenção- Necessidade de Eliminação intestinal	Enema de limpeza	Limpeza por colostomia com sonda rígida provocou perfuração intestinal	1	33.3	0.13
		Seleção errada do doente para enema de limpeza	2	66.7	0.25
% C - percentagem na Categoria; % T - percentagem do Total			3		0.38

5.1.1.8 - Responsabilidade profissional/advocacia do doente-Ética do cuidar

A Responsabilidade profissional/advocacia do doente é definida operacionalmente como uma boa prática de enfermagem do seguinte modo: “O enfermeiro demonstra responsabilidade e compreende a relação enfermeiro-doente. A advocacia refere-se à expectativa de que o enfermeiro atua na responsabilidade de proteger a vulnerabilidade doente/família e em verificar (em defesa do doente) se as suas necessidades ou preocupações são abordadas” (Benner et al., 2006 citado por Benner et al., 2010, p.14). Ética define-se operacionalmente como o “estudo dos ideais de comportamento certo e errado” (Potter & Perry, 2006, p.56). No âmbito do cuidar em enfermagem a ética está sempre presente. Deste modo, construiu-se a categoria Responsabilidade profissional/advocacia do doente - Ética do cuidar.

Esta categoria operacionaliza-se em duas subcategorias: Princípio Ético da Autonomia⁵⁴ e Princípio

53 Define-se enema como “a instilação de um preparado para dentro do reto e cólon sigmoide. (...). Os enemas de limpeza facilitam a defecação completa das fezes do cólon. Atuam estimulando o peristaltismo através da infusão de um grande volume de água ou da irrigação local da mucosa do cólon” (Potter & Perry, 2006, p. 901).

54 O Princípio ético de autonomia é definido do seguinte modo “ O respeito pela autonomia, diz respeito à liberdade de ação com que cada pessoa escolhe - as pessoas autónomas são capazes de escolher e agir em planos que elas mesmas tenham selecionado. Significa o reconhecimento de que a pessoa é um fim em si mesma- livre e autónoma, capaz de autogovernar-se, de decidir por si mesma” (Código Deontológico do Enfermeiro 2003 p.53).

Ético da Beneficência/Não Maleficência⁵⁵. De acordo com a Tabela 27 na subcategoria Princípio Ético da Autonomia emerge 1 indicador com 1 unidade de registo. O indicador “Muito renitente” apresenta a seguinte unidade de registo: *“Atualmente penso que fui muito renitente em não dar um biberão a uma mãe para alimentar uma criança, pois quis que a dita criança fosse alimentada ao seio”* (Q42).

Na subcategoria Princípio Ético da Beneficência/Não Maleficência Tabela 27 verifica-se que emergiram 7 indicadores com 16 unidades de registo. O indicador mais frequente é “Falar da vida particular entre enfermeiros nos cuidados de higiene” com as seguintes unidades de registo: *“Prestar cuidados de higiene a um utente acamado e estar a falar da nossa vida particular”* (Q93) e *“Estar a prestar cuidados de higiene ao doente e estar a conversar com o colega/auxiliar sobre outro assunto e não com o doente. É um erro frequente, mas que me esforço para corrigir”* (Q149). Na mesma subcategoria segue-se o indicador “Falta de privacidade” com as seguintes unidades de registo: *“Falta de privacidade do espaço do doente”* (Q165) e *“Erros relativamente à privacidade da intimidade do doente. Relativamente à exposição do corpo perante os profissionais nem sempre mantive essa privacidade”* (Q686).

Pela análise da Tabela 27 na categoria Responsabilidade profissional/Advocacia do doente-Ética do cuidar reportaram no total 16 enfermeiros, com 2% do total das respostas. Na subcategoria Princípio Ético da Autonomia um enfermeiro reportou ser “Muito renitente” para com o doente com 6.25% (1). Na subcategoria Princípio Ético da Beneficência/Não Maleficência verificamos que os enfermeiros reportaram com mais frequência os erros cometidos por “Falar da vida particular entre enfermeiros nos cuidados de higiene” com 37.5% (6). Segue-se a “Falta de privacidade” com 18.8% (3).

Tabela 27

Erros na Responsabilidade profissional /Advocacia do doente - Ética do cuidar

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência		
			n	% C	% T
Responsabilidade profissional/ Advocacia do doente – Ética do cuidar	Princípio ético da autonomia	Muito renitente	1	6.25	0.13
		Falta de privacidade	3	18.8	0.37
	Princípio ético da beneficência/não maleficência	Colocou em causa a longevidade do doente	1	6.25	0.13
		Revelação do diagnóstico	2	12.5	0.24
		Não preparação do familiar para receber uma má notícia	1	6.25	0.13
		Dar informações por telefone sem consentimento do doente	1	6.25	0.13
		Comentário inadequado acerca do doente	1	6.25	0.13
Falar da vida particular entre enfermeiros nos cuidados de higiene	6	37.5	0.74		
% C - percentagem na Categoria; % T - percentagem do Total			16		2.00

55 O Princípio ético da beneficência/não maleficência é definido como “O princípio de beneficência relaciona-se com o dever de fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício. (...). Muitas vezes, este princípio surgiu perspectivado na forma de não fazer mal, sobretudo, de não causar dano e, assim, designa-se como princípio da não - maleficência” (Código Deontológico do Enfermeiro 2003, p.52-53).

5.1.1.9 - Responsabilidade profissional/advocacia do doente - Outros assuntos

A Responsabilidade profissional/advocacia do doente é definida operacionalmente como uma boa prática de enfermagem do seguinte modo: “O enfermeiro demonstra responsabilidade e compreende a relação enfermeiro-doente. A advocacia refere-se à expectativa de que o enfermeiro atua na responsabilidade de proteger a vulnerabilidade doente/família e em verificar (em defesa do doente) se as suas necessidades ou preocupações são abordadas” (Benner et al., 2006 citados por Benner et al., 2010, p.14). Consideramos “Outros assuntos” para todas as situações que não se enquadravam nas categorias referidas anteriormente mas pelo processo de análise, achámos que se encaixavam na categoria Responsabilidade profissional/advocacia do doente. Deste modo, construímos a categoria Responsabilidade profissional/advocacia do doente - Outros assuntos.

Esta categoria operacionaliza-se em 11 subcategorias: Certificação da identidade do doente, Cumprimento do horário, Verificação do material cirúrgico antes da cirurgia, Agendamento de próxima consulta ou tratamento, Verificação da integridade do material, Supervisão das tarefas quando delegadas, Confirmar o material quando há interdependência de funções, Colher informações do processo clínico do doente, Solicitar a colaboração do médico, Identificação do material do doente, Advogado do doente.

De acordo com a Tabela 28 na subcategoria Certificação da Identidade do doente emergiram 9 indicadores integrando 26 unidades de registo. O indicador “Seleção errada do nome do doente”, apresenta maior frequência de unidades de registo como *“Início de uma conversa telefónica com um familiar que o doente não era o mesmo. Tinha o mesmo nome e foi-me passado o telefone a dizer que era o outro utente, eu não confirmei nome. No início da conversa por telefone, apercebi-me que não estávamos a falar da mesma pessoa, pedi desculpa e retifiquei o erro”* (Q260) e *“Num turno de serviço com dois doentes com primeiro e último nome iguais, dar informações telefonicamente de erro de troca de diagnósticos, apercebendo-me da troca de identificação de diagnóstico após dada a informação”* (Q574). Segue-se na mesma subcategoria o indicador “Errada identificação do doente” com as seguintes unidades de registo: *“Troca de identificação de um doente”* (Q 271) e *“Estava na triagem e ao identificar o doente triado naquele momento com a pulseira de identificação, por engano, coloquei a etiqueta do próximo doente que iria triar de seguida. Quando triei o próximo doente, detetei o erro e corrigi a identificação do doente anterior, explicando-lhe o motivo de alterar a pulseira de identificação. Doente muito compreensivo”* (Q608). Ainda na mesma subcategoria temos o indicador “Seleção errada da cama do doente” com as seguintes unidades de registo: *“Aquando da transferência de um doente do recobro para a cirurgia houve uma falha na comunicação e a cama do doente foi trocada. Só depois do doente se encontrar no leito é que se verificou o erro. Após o qual se transferiu para a cama correta”* (Q67) e *“Transferência do doente do recobro para a cama da enfermaria troquei a cama do doente”* (Q351).

Pela análise da Tabela 28 na categoria Responsabilidade profissional/advocacia do doente - Outros Assuntos reportaram no total 36 enfermeiros. Na subcategoria Certificação da identidade do doente verificamos que os enfermeiros reportaram com mais frequência os erros cometidos por “Seleção errada do nome do doente” com 28.9% (11). Segue-se a “Errada identificação do doente” com 10.5% (4) e “Seleção errada da cama do doente 7.89% (3). As restantes subcategorias não apresentam resultados estatisticamente significativos para que possamos valorar e comentar.

Tabela 28

Erros na Responsabilidade profissional/Advocacia do doente - Outros assuntos

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência		
			n	% C	% T
Responsabilidade profissional/Advocacia do doente - Outros assuntos	Certificação da identidade do doente	Seleção errada do nome doente	11	28.9	1.36
		Unidade de sangue desperdiçada por não certificação da identidade noutro serviço	1	2.63	0.13
		Seleção errada do doente para exames complementares de diagnóstico	2	5.26	0.24
		Não certificação da identidade do doente	1	2.63	0.13
		Não certificação da identidade do doente antes de telefonar ao filho	1	2.63	0.13
		Não certificação da identidade dos doentes nos processos clínicos	1	2.63	0.13
		Identificação errada do cadáver	2	5.26	0.24
		Errada identificação do doente	4	10.5	0.50
		Seleção errada da cama do doente	3	7.89	0.36
	Cumprimento de horário	Doente não foi no tempo devido para o exame	1	2.63	0.13
	Verificação do material cirúrgico antes da cirurgia	Antes da cirurgia não verificou a falta da pinça de Magill no material cirúrgico	1	2.63	0.13
	Agendamento de próxima consulta ou tratamento	Não certificação se a doente tinha outra consulta ou tratamento	1	2.63	0.13
	Verificação da integridade do material	Reaproveitamento de uma ponta de bisturi elétrico que não estava íntegro e que resultou em queimadura	1	2.63	0.13
	Outros assuntos Supervisão das tarefas quando delegadas	Não supervisão do trabalho da auxiliar	1	2.63	0.13
	Confirmar o material quando há interdependência de funções	Não confirmou um implante que o colega lhe deu	1	2.63	0.13
Outros assuntos Colher informações do processo clínico do doente	Não verificou o processo clínico	1	2.63	0.13	
Outros assuntos Solicitar a colaboração do médico	Esquecimento de informar o médico que a doente não tinha acessos venosos	1	2.63	0.13	
Outros assuntos Identificação do material do doente	Não identificação da prótese dentária do doente	1	2.63	0.13	
Advogado do doente	Não se impôs perante a ação do médico	1	2.63	0.13	
	Omitir a situação do doente	2	5.26	0.24	
% C - percentagem na Categoria; % T - percentagem do Total			38	4.76	

5.1.1.10 - Prevenção

A Prevenção é definida operacionalmente como uma boa prática de enfermagem do seguinte modo: "Os enfermeiros normalmente seguem medidas preventivas de risco, perigo ou complicações devido à doença ou hospitalização. Isto inclui precauções de quedas, prevenção de perigos de imobilização, contracturas, estase pulmonar, (...)" (Benner et al., 2010, p.14). A Avaliação do Risco consiste em o enfermeiro à priori fazer uma avaliação de uma determinada situação do doente e identificar ou não, uma situação de risco de queda, de ulcera de pressão, de dor, de infeção, entre outras.

Esta categoria operacionaliza-se numa subcategoria Avaliação do Risco. De acordo com a Tabela 29 nesta subcategoria emergiram 10 indicadores integrando 35 unidades de registo. O indicador "Queda" apresenta a maior frequência de unidades de registo, como seja *"Um doente agitado, pareceu calmo e não imobilizei ao leito e acabou por ter uma queda, sem consequências aparentes"* (Q38) e *"Doente numa cama (errada) sem grades e não foi imobilizado sofreu queda com TCE"* (Q186). Na mesma subcategoria segue-se o indicador "Glicémia capilar" com as seguintes unidades de registo: *"Erro na avaliação da glicémia capilar de um doente devido ao facto do código da máquina não estar em conformidade com o código das fitas"* (Q197) e *"Apesar do doente ter insulino terapia prescrita, em caso de hiperglicemia, a mesma não foi administrada oportunamente. Quando reavaliada mantinha hiperglicemia sendo aí corrigido atraso da administração da insulina protocolizada"* (Q384). Na mesma subcategoria segue-se o indicador "Infeção" com as seguintes unidades de registo: *"Preparava-me para administrar um medicamento por via IM. Inadvertidamente, a agulha tocou ao de leve na minha bata, no entanto acabei por utilizar a agulha"* (Q89) e *"Um doente necessitar de uma lavagem vesical por apresentar piúria franca. Após observação da situação e sem pensar muito bem no cuidado que iria prestar, tratei de arranjar uma taça de inox, que não estava esterilizada e água bidestilada para realizar a manobra. Por sorte uma colega mais velha apercebeu-se e tive hipótese de não levar a termo esta minha ação, pois não sei quais seriam as consequências de tal ato, mal pensado. Foi a situação que mais me marcou, pois fui repreendida e chamada à atenção em frente à equipa"* (Q585). Ainda na mesma subcategoria segue-se o indicador "Dor" com as seguintes unidades de registo: *"Obrigar a fazer levantes quando as queixas são bastantes e não são valorizadas"* (Q61) e *"Não valorizar as queixas algicas de um doente em fase terminal"* (Q177).

Pela análise da Tabela 29 na categoria Prevenção reportaram no total 35 enfermeiros. Na subcategoria Avaliação do Risco verifica-se que os enfermeiros reportam com mais frequência os erros cometidos por falta de prevenção as "Quedas" dos doentes com 34.29% (12). Segue-se a "Glicemia capilar" com 17.14 (6) e por ordem decrescente segue-se a "Infeção" com 14.29% (5) e a "Dor" com 11.43% (4).

Tabela 29
Erros de Prevenção

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência		
			n	% C	% T
Prevenção	Avaliação do Risco	Queda	12	34.29	1.5
		Agressão	1	2.86	0.13
		Úlcera de Pressão	2	5.71	0.25
		Dor	4	11.43	0.5
		Trilhar o dedo	1	2.86	0.13
		Ferida extensa	1	2.86	0.13
		Depressão respiratória	1	2.86	0.13
		Lesão na transferência do doente	2	5.71	0.25
		Glicemia capilar	6	17.14	0.74
		Infeção	5	14.29	0.62
% C - percentagem na Categoria; % T - percentagem do Total			35		4.38

5.1.1.11 - Juízo Clínico

O Juízo Clínico é definido operacionalmente por Benner et al., (2010) do seguinte modo:

os enfermeiros interpretam sinais e sintomas, e respostas às terapias. Os enfermeiros avaliam as alterações relevantes de sinais e sintomas dos doentes e asseguram que os cuidados providenciados são administrados e ajustados ao doente. Todos os cuidados de enfermagem requerem um juízo clínico, mas por razões de erros relacionados com o juízo clínico, este trabalho limita a definição de erro associado ao raciocínio clínico para aqueles eventos relacionados com inadequadas terapias, terapias ajustadas e ações terapêuticas baseadas nas respostas dos doentes a essas terapias. Pretende-se evidenciar o aumento da importância das alterações e do ajustamento das terapias de enfermagem baseadas nas respostas dos doentes (p.13).

Esta categoria operacionaliza-se numa subcategoria: Avaliação das Necessidades de Intervenção. De acordo com a Tabela 30 nesta subcategoria emergiram 2 indicadores integrando 24 unidades de registo. O indicador "Avaliação errada das necessidades do doente", apresenta a maior frequência de unidades de registo como seja "Avaliação de sintomatologia e das ações de enfermagem a executar ao doente de forma errada por má avaliação das necessidades" (Q 169) e "Triagem inadequada: criança que a mãe referiu com perda de apetite há cerca de 3 dias e no último dia (3º dia) recusou alimentar-se. Fiz a triagem por pais preocupados, quando clinicamente a criança apresentava Síndrome de Depressão Respiratória (SDR). Em suma, não triei a criança por dispneia e embora não apresentasse sinais clínicos como adejo nasal, palidez cutânea ou tiragem, tinha saturações baixas (89/90%) " (Q268).

Pela análise da Tabela 30 na categoria Juízo Clínico reportaram no total 24 enfermeiros. Na subcategoria Avaliação das Necessidades de Intervenção verificamos que os enfermeiros reportaram com mais frequência os erros cometidos por “Avaliação errada das necessidades do doente” com 91.67% (22).

Tabela 30

Erros de Juízo Clínico

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência		
			n	% C	% T
Juízo Clínico	Avaliação das necessidades de intervenção	Avaliação errada das necessidades do doente	22	91.67	2.75
		Não respeitar os tempos do doente	2	8.33	0.25
% C - percentagem na Categoria; % T - percentagem do Total			24		3

5.1.1.12 - Documentação

A Documentação é definida operacionalmente do seguinte modo: “A documentação em enfermagem providência informação relevante acerca do doente e as medidas implementadas às necessidades dos doentes” (Benner et al., 2010, p.12).

Esta categoria operacionaliza-se numa subcategoria Registo de Enfermagem. De acordo com a Tabela 31 na subcategoria Registo de Enfermagem emergiram 4 indicadores integrando 20 unidades de registo. O indicador “Não transcrição de medicação para a folha terapêutica”, apresenta a maior frequência de unidades de registo, como seja, “*Não administração de medicação prescrita (antibiótico) por não ter sido transcrita para a folha terapêutica de Enfermagem. Não fui conferir ao processo a prescrição.*” (Q134) e “*Engano numa folha de terapêutica (por esquecimento, não coloquei um medicamento – insulina de ação lenta – na folha de terapêutica de enfermagem). O doente só iniciou insulino terapia 3 dias mais tarde, quando nos apercebemos da omissão dela na folha de terapêutica.*” (Q154).

Na mesma subcategoria temos o indicador “Não registo de informação” com as seguintes unidades de registo: “*Foi prescrita uma terapêutica (ferro+vitaminas) momentos antes da passagem de turno. Nesse momento estava ocupada a dar entrada a outro doente e, por esquecimento, não fiz a alteração para dar início à introdução de ferro e vitaminas. Já estava em casa há mais ou menos 2 horas quando dei pelo erro e liguei para o serviço a avisar*” (Q732) e “*Um utente idoso estava acompanhado de visitas de 2 jovens. Este utente além de ter idade aproximadamente dos 90 anos, estava com alterações cognitivas – síndrome demencial? Dirigi-me aos jovens tranquilizando-os sobre a agitação que o utente manifestava referindo “Fiquem tranquilos que o vosso avô...” Ficaram indignados e retorquiram – “Não é nosso avô é nosso pai”. Não havia história clínica de enfermagem com referência a estes dados, nem houve qualquer informação anterior sobre esta situação, tal como na passagem de turno ou outras informações esclarecedoras*” (Q785).

Na mesma subcategoria temos o indicador “Não certificação da identidade do doente nos registos” com as seguintes unidades de registo: “*Um doente faleceu numa enfermaria (em que eu era a enfermeira responsável pelo mesmo) e quando fiz os respetivos registos no SAPE, fi-los no doente errado uma vez que*

havia um outro doente com o nome muito semelhante.” (Q475) e “Medicamento transcrito para o verso da folha de terapêutica de Enfermagem dum doente errado. Só se verificou este erro quando começaram a aparecer efeitos neste doente que por acaso era consciente e lúcido”. (Q117). Ainda na mesma subcategoria temos o indicador “Transcrição errada da medicação” com as seguintes unidades de registo: “Foi prescrito morfina perós (PO) 1 comprimido em SOS no máximo 4h/4h, e eu transcrevi Morfina 1 comprimido PO em 4h/4h fixo” (Q159) e “Erro em uma alteração de terapêutica. A prescrição era Lasix 1 comprimido e foi escrito Lasix 1 ampola” (Q314).

Pela análise da Tabela 31 na categoria Documentação reportaram no total 20 enfermeiros. Na subcategoria Registos de Enfermagem verificamos que os enfermeiros reportaram com mais frequência os erros cometidos por “Não transcrição da medicação para a folha terapêutica de enfermagem” com 35% (7). Segue-se, em simultâneo, o “Não registo de informação” 25% (5) e a “Não certificação da identidade do doente nos registos” com 25% (5) e a “Transcrição errada da medicação” com 15% (3).

Tabela 31

Erros na Documentação - Registo de Enfermagem

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência		
			n	% C	% T
Documentação	Registo de Enfermagem	Não registo de informação	5	25	0.62
		Não certificação da identidade do doente nos registos	5	25	0.62
		Não transcrição de medicação para a folha terapêutica de enfermagem	7	35	0.88
		Transcrição errada da medicação	3	15	0.38
% C - percentagem na Categoria; % T - percentagem do Total			20		2.50

5.1.1.13 - Interpretação de Ordens Prescrita por Outros

A categoria Interpretação de Ordens Prescrita por Outros é definida operacionalmente do seguinte modo: “Os enfermeiros interpretam e traduzem em ações prescrições providenciadas por outros” (Benner et al., 2010, p.14).

Esta categoria operacionaliza-se numa subcategoria Prescrição Médica. De acordo com a Tabela 32 na subcategoria Prescrição Médica emergiram 5 indicadores com 20 unidades de registo. O indicador “Medicação administrada não prescrita”, apresenta a maior frequência de unidades de registo, como seja “A administração de uma terapêutica não prescrita pelo médico para ajudar a resolver a situação do doente. (Q330) e “No início da carreira administrei sem estar prescrita medicação analgésica, a uma doente desesperada com dores, em que por consentimento verbal do médico, foi-me sugerido que administrasse um analgésico à minha escolha. Infelizmente, a doente omitiu ser alérgica a vários medicamentos, inclusive aquele que lhe administrei. Fez um pré-choque anafilático que por resposta pronta reverteu sem consequências” (Q324). Ainda na mesma subcategoria temos o indicador “Não certificação da prescrição” com as seguintes unidades

de registo: *“Prescrita alimentação líquida e foi pedida alimentação ligeira” (Q400) e “Num dia após avaliar glicémia a uma doente que já conhecia, verifiquei que o valor estava elevado e administrei insulina segundo o esquema utilizado no serviço. O que eu ainda desconhecia é que o esquema tinha sido alterado, ou seja, a doente tinha um esquema próprio com insulina lenta. Após ter verificado o erro dei conhecimento ao médico responsável que fez alterações de terapêutica de modo a prevenir eventuais intercorrências” (Q549).*

Pela análise da Tabela 32 na categoria de Interpretação de Ordens Prescrita por Outros reportaram no total 20 enfermeiros. Na subcategoria Prescrição Médica verificamos que os enfermeiros reportaram com mais frequência os erros cometidos por “Medicação administrada não prescrita” com 60% (12). Segue-se a “Não certificação da prescrição” com 15% (3).

Tabela 32

Erros na Interpretação de ordens prescrita por outros

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência		
			n	% C	% T
Interpretação de ordens prescritas por outros	Prescrição médica	Leitura errada por grafia ambígua	2	10.00	0.25
		Não certificação da prescrição	3	15.00	0.37
		Medicação administrada não prescrita	12	60.00	1.5
		Execução de uma prescrição errada	1	5.00	0.13
		Execução de levante do doente sem prescrição	2	10.00	0.25
% C - percentagem na Categoria; % T - percentagem do Total			20		2.5

5.1.1.14 - Atenção/Vigilância

A Atenção/Vigilância é definida operacionalmente por Benner et al., (2010), como uma boa prática de enfermagem do seguinte modo:

Os enfermeiros monitorizam o que acontece com o doente e equipa. O enfermeiro observa as condições clínicas dos doentes; se o enfermeiro não observou o doente, então ele não consegue identificar as alterações quando elas ocorrem e/ou fazer discernimentos com base em conhecimento e tomar decisões acerca da situação do doente. (p.13)

Esta categoria operacionaliza-se numa subcategoria Observação do Doente. De acordo com a Tabela 33 na subcategoria Observação do Doente emergiram 2 indicadores com 16 unidades de registo. O indicador “Falta de vigilância” e a “Falta de atenção” apresentam a mesma frequência de unidades de registo. O indicador “Falta de vigilância” apresenta as seguintes unidades de registo: *“Falta de vigilância, na altura da refeição. Doente que ia fazer exame TAC ingeriu dieta indevidamente por falta de informação ao doente e vigilância na hora da refeição. Doente não fez o exame nesse dia, teve de ser remarcado” (Q110) e “Encontrava-me sozinha no turno quando recebi uma chamada da urgência referindo que ia subir uma doente para colocar traqueostomia. Fui preparar a sala. Os maqueiros deixaram a doente na zona de doentes*

dentro do Bloco. Passados uns três a quatro minutos quando cheguei junto da doente, verifiquei que estava morta. Sempre me questioneei se ocorreu por falta de cuidados meus que não lhe coloquei O2 quando chegou ao Bloco” (Q275). Ainda na mesma subcategoria temos o indicador “Falta de atenção” com as seguintes unidades de registo: *“Deixar ir para o domicílio um doente com uma bomba perfusora de 2 dias com o clamp fechado” (Q211) e “Um doente levava uma bomba infusora para perfundir no domicílio, durante 46h. Como procedimento correto teria que deixar o clamp da bomba infusora aberto para que a terapêutica pudesse perfundir e deixei-o fechado, conseqüentemente, passadas 24h a terapêutica ainda não tinha perfundido e o doente teve que se dirigir à unidade de saúde mais próxima para desclampar o clamp” (Q215).*

Pela análise da Tabela 33 na categoria Atenção/Vigilância reportaram no total 16 enfermeiros. Na subcategoria Observação do Doente verificamos que os enfermeiros reportaram com igual frequência erros cometidos por “Falta de vigilância do doente” 50% (8) e por “Falta de atenção” 50% (8).

Tabela 33
Erros de Atenção/Vigilância

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Frequência		
			n	% C	% T
Atenção/Vigilância	Observação do doente	Falta de vigilância	8	50.00	1
		Falta de atenção	8	50.00	1
% C - percentagem na Categoria; % T - percentagem do Total			16		2

5.2 - DISCUSSÃO

Os erros reportados de forma voluntária pelos enfermeiros constituem uma indicação de que na prática profissional se cometem erros que põem em causa a segurança do doente. Estes poderiam ser preveníveis como indicam vários estudos de erros médicos do Instituto de Medicina (IOM), Kohn et al., (2000), Page, A. (2004) entre outros.

Os resultados do estudo evidenciam que os erros reportados com maior frequência incluem-se na categoria Administração Segura de Medicação (ASM), com uma frequência diferente e superior à das outras categorias. De acordo com as pesquisas bibliográficas efetuadas parecer haver mais estudos no âmbito dos erros de medicação do que relativamente a outros na área de enfermagem. Esta situação pode dever-se ao fato de que o IOM nos Estados Unidos da América ter verificado que em 1993, morreram 7.391 doentes por causa de erros de medicação comparados com os 2.876 em 1983 (Kohn et al., 2000). IOM (2006) citado por Flynn et al., (2012), acrescenta que nos Estados Unidos em média pelo menos um doente é submetido a um erro de medicação por dia. Segundo estes autores, esta situação é considerada preocupante e faz com que os erros de medicação sejam a causa mais comum de eventos adversos nos doentes os quais podem ser preveníveis. Contudo, referem que existe uma variação considerável do ratio de erros de medicação nos diversos hospitais, o que poderá indicar que fatores organizacionais possam contribuir para este lapso na segurança dos doentes.

Pensamos que poderá ser possível existir uma maior percepção dos enfermeiros no reporte de erros de medicação porque também é considerada uma atividade interdependente de enfermagem, estando em conformidade com a Ordem dos Enfermeiros (2003a), nomeadamente no Código Deontológico do Enfermeiro no capítulo IV, artigo 9- Intervenções dos enfermeiros, número três quando refere que “as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum (...)” (p.168). Assim, quando existe um erro de medicação o enfermeiro deverá comunicar ao médico para resolver de imediato a situação. Um outro aspeto a ter em consideração é que tradicionalmente a formação académica em enfermagem tinha subjacente o modelo biomédico em que o cuidado científico mais valorizado era o da administração de medicação para a cura da doença. Como a questão analisada no estudo, remetia para um reporte de erro retrospectivo, poderá também situar-se, neste sentido, a explicação para a maior frequência de erros de medicação. Contudo, ao longo dos anos o ensino de enfermagem tem deixado de ser tanto de cariz biomédico para se basear num modelo holístico em que tem em consideração as dimensões biopsicossociais (Phaneuf, 2001). Neste paradigma, o enfermeiro tem que cuidar do doente como um todo obedecendo a todos os princípios éticos e deontológicos da profissão.

5.2.1 - Administração Segura de Medicamentos

Dos erros verificados no estudo na subcategoria Preparação de Medicação, a inadequada diluição de medicação é a que mais se evidencia, o que implica por parte do enfermeiro uma falta de certificação da dose certa. Esta situação é coincidente com os resultados obtidos no estudo de Carvalho, Cassiani, Chiericato e Miasso (1999) em que 20,6% dos casos se referiam a erros de dosagem no processo de diluição. É igualmente verificado no estudo de Balas, Scott e Rogers (2006) que em 32,3% dos casos se evidenciou dosagem inadequada no processo de diluição. Foi também realizado um outro estudo em três hospitais no estado da Baía no Brasil por Anselmi, Peduzzi e Santos (2007) em que o tipo de erro de preparação de medicação se evidencia em maior percentagem, relativamente a outros erros de medicação. Um estudo mais recente que corrobora os estudos anteriores é o de Sheu et al., (2008) que referem que em 259 erros, 33.2% foram devidos a dose errada de medicação.

A seleção errada do medicamento é o segundo indicador mais relevante na subcategoria Preparação de Medicação, ou seja, em 5.87% dos casos os enfermeiros erram na seleção do medicamento. No mesmo sentido, Carvalho et al., (1999) encontraram 19.1% de situações de erro de seleção de medicamento e Sheu et al., (2008) 31.3%. Em todas as situações, o erro clínico parece dever-se a lapso de atenção em contextos de sobrecarga de trabalho.

Na subcategoria Administração de Medicação, um dos achados mais preocupantes do estudo foi a seleção errada do doente em 63.01% dos casos, o que implica administração de medicação ao doente errado. Estes resultados vão no sentido de Carvalho et al., (1999) mas com menor percentagem, 13.2% e Sheu, et al., (2008) 11.6%. Provavelmente estes erros estão relacionados com erros de confirmação da identidade do doente como confirmou Cohen, et al., (2003) citados por Jones (2009).

A não certificação da via representa 8.81% dos erros de administração de medicação, o que quer dizer que o enfermeiro não administrou o medicamento pela via certa. Alguns estudos corroboram esta

situação, como seja, Carvalho et al., (1999) em que 28% dos enfermeiros administraram medicação pela via errada e Sheu et al., (2008) 8.5%. Nesta situação o enfermeiro não certificou a via de administração, possivelmente devido ao compromisso de várias tarefas em simultâneo, falta de rotinas de verificação ou dificuldades de gestão da informação através dos meios informáticos.

O incumprimento de horário é um indicador com 5.87% dos registos. O que significa que a medicação, nestes casos, não foi administrada no momento certo. Estes resultados estão um pouco abaixo de outros estudos em que se verificou horário errado, como sejam Sheu, et al., (2008) 68.8% e Hackel e Banister (s.d) citados por Carvalho et al., (1999) (78%). No entanto, torna-se difícil comparar resultados a partir de achados diferenciados. Tal como para outros autores, estes resultados podem ser discutidos no contexto das dificuldades do planeamento e gestão de cuidados.

É neste sentido que vários autores interessados na compreensão dos fatores facilitadores do erro e nas medidas preventivas, indicam estratégias a implementar, nomeadamente: dupla verificação; certificação dos *cinco certos*; notificação de erros; apoio de sistemas eletrónicos; sistema de registo; dose unitária; identificação de fármacos como nomes parecidos; arrumação de fármacos perigosos; não confiar na memória, formação contínua; ambiente físico e organização do trabalho. Em seguida descrevemos com maior profundidade as medidas preventivas.

Belela, Pererlini e Pedreira (2011), Cassiani (2004) e Evans (2009) referem que relativamente à dupla verificação deve existir um outro enfermeiro que verifica todo o procedimento desde a preparação até à administração de modo a atenuar os erros de medicação. Estes autores também consideram uma outra estratégia relevante como o princípio dos “cinco certos”, ou seja, o enfermeiro deve verificar sempre medicamento certo, a via certa, a dose certa, o doente certo e a hora certa. Benner et al., (2010) acrescentam mais um, a razão certa, isto é, o enfermeiro passa a ter em consideração os “seis certos”. Nesta área tem-se realizado muita investigação, demonstrando-se, deste modo, a importância da verificação destes princípios básicos, pois ajudam na segurança e na eficácia na administração de medicação (Evans, 2009; Garber, Gross & Slonim, 2010).

A notificação dos erros de medicação é considerada fundamental, porque se realiza através desta uma exploração das causas do erro em que se poderá verificar a necessidade de formação e treino dos profissionais como apoio ou ajuda profissional para otimizar os mecanismos de *coping*, face às situações de erro (Evans, 2009). Esta autora, como tantos outros, remetem para uma cultura de aprendizagem com o erro e não para uma cultura culpabilização e de penalização do profissional.

O uso de meios tecnológicos é uma poderosa ferramenta que pode contribuir para diminuir os erros no âmbito da preparação e administração de medicação. Assim, prevê-se que os dispositivos eletrónicos possam contribuir para a substituição de prescrições escritas de medicação, providenciando também apoio inteligente para a tomada de decisão na administração da mesma (Evans, 2009; Garber, Gross & Slonim, 2010; Patel & Currie, 2005). Existem outras novas tecnologias como por exemplo, a técnica do equipamento do código de barras para a medicação, bem como as pulseiras de identificação (Evans, 2009; Ross, 2008; Simpson, 2004). Neste contexto, para além de chamarem o doente pelo nome, os enfermeiros devem assegurar a sua identificação com a pulseira que tem um código de

barras e, ao fazer o respetivo *scanner*, certificar a identidade do mesmo (Silva, Cassiani, Miasso & Opitz, 2007). Existem também os Assistente Pessoal Digital⁵⁶(PDAs), que são pequenos sistemas eletrónicos que acumulam volumes enormes de informação atualizada. Estes sistemas de bolso eletrónicos rapidamente providenciam a informação necessária para tomada de decisão clínica (Evans, 2009).

Os sistemas de registo escritos já são escassos, mas ainda existem em algumas instituições de saúde e, portanto, considera-se relevante ter especial cuidado com as abreviações porque pode conduzir a erradas interpretações do nome do medicamento, dosagem ou unidades. O uso de abreviações leva a que estas possam ser mal interpretadas como também podem aparentemente significar algo completamente diferente quando as palavras, símbolos ou números são parecidas com outros medicamentos. O uso de prescrições por sistemas computadorizados vem atenuar esta situação (Evans, 2009). Para esta autora as instituições devem optar pela dose unitária vinda da farmácia.

A identificação de fármacos com nomes parecidos, por exemplo, cefoxitina, ceftazidima e cefradina, podem ser facilmente trocados e para atenuar esta semelhança é fundamental a sua diferenciação na cor ou nos respetivos nomes (Fragata, 2011; OMS, 2007; Spath, 2000).

Relativamente à arrumação de fármacos perigosos nas enfermarias é importante porque não podem estar junto com outros fármacos que por qualquer distração podem ser trocados e administrado ao doente causando-lhe dano. Os fármacos perigosos devem estar separados dos outros, segundo a lista sugerida recentemente pelo Instituto de Segurança Prática de Medicação⁵⁷ (Fragata, 2011; Spath, 2000).

Benner et al., (2010) e Cassiani (2004) afirmam que a nível preventivo não se deve confiar na memória, pode ser falível, nomeadamente quando estão relacionadas com a ação medicamentosa, as dosagens, as interações e contraindicações. Cassiani (2004) refere, ainda, a importância da simplificação, da padronização, da utilização de protocolos e de listas de verificação⁵⁸ e entre outros.

A formação é considerada fundamental a vários níveis nomeadamente no domínio da matemática em que se verificou existir nos estudantes de enfermagem um défice de conhecimentos numéricos quando vem de outras áreas que não tenham matemática e que se apresenta como uma dificuldade na preparação e administração de medicação (Brady, Malone & Flemimg, 2009; Evans, 2009; Pentin & Smith, 2006). Evans (2009) identificou também défices de conhecimentos de farmacologia tanto nos profissionais como nos estudantes de enfermagem em que o contributo da formação poderá ser essencial para aumentar o potencial, a confiança e proficiência na administração segura de medicação. No mesmo sentido, Simonsen et al., (2011) identificaram défices de conhecimentos e apelam para que os currícula das escolas sejam revistos no que respeita ao manuseamento do medicamento tanto em termos de formação teórica como na execução da prática clínica. A formação pode contribuir para aumentar o potencial, a confiança e proficiência na administração segura de medicação (Abreu, Rodrigues & Paixão (2013).

56 No original Personal Digital Assistants (PDAs).

57 No original designa-se por Institute for Safe Medication Practice

58 No original consta a checklist

Bennet, Dawoud e Maben (2010), Benner et al., (2010) e Mahmood, Chaudhury e Valente (2011) referem que existem fatores ambientais como espaço inadequado para registos, percurso de longas distâncias nas enfermarias, falta de visibilidade de todos os doentes, pouco espaço e falta de privacidade na sala de enfermagem, elevados níveis de ruído, interrupções, falta de iluminação, entre outros, que contribuem como facilitadores para a ocorrência de erros de medicação.

5.2.2 - Intervenção

Nesta categoria houve necessidade face aos erros relatados de se construir as seguintes categorias: Intervenção - Técnica e procedimentos, Intervenção - Comunicação, Intervenção - Necessidade de beber e comer, Intervenção - Necessidade de respirar, Intervenção - Necessidade eliminação vesical e Intervenção - Necessidade de eliminação intestinal.

Não foram encontrados estudos com esta diversidade de categorias de Intervenção. No entanto, Benner et al., (2006) identificaram no estudo piloto erros na execução das intervenções de enfermagem e na falta de intervenções oportunas. No mesmo sentido, Meurier et al., (1997) encontraram 33% de erros no processo de intervenção e Tran e Johnson (2010) 31%.

Na categoria Intervenção – Comunicação, o estudo de Tran e Johnson (2010) identifica igualmente erros de comunicação entre enfermeiros. Especificamente nas passagens de turnos os enfermeiros não se compreendem uns aos outros. Estes autores fazem também referência a erros de comunicação com os outros profissionais de saúde. Este estudo corrobora o que Santos et al., (2010) referem quando se reportam a problemática da comunicação em saúde e a sua relação com a segurança do doente. Neste contexto, Meurier et al., (1997) encontraram 27.9% de erros de comunicação.

Nesta categoria algumas medidas preventivas podem ser apontadas com a finalidade de minimizar os erros, como a implementação de uma liderança compartilhada, a aplicação exigente do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), a realização de formação contínua nas escolas e nos serviços e a execução de simulações de boas práticas de enfermagem. Em seguida passa-se a aprofundar cada uma destas medidas preventivas e respetiva justificação.

Thompson, Navarra e Antonson (2005) referem ser fundamental haver uma liderança compartilhada que estabeleça uma cultura de segurança nas instituições de saúde. Esta liderança exige que haja supervisão clínica rigorosa de um enfermeiro mais experiente sobre as intervenções de enfermagem prestadas ao doente. Esta supervisão, deverá ter em consideração a execução de boas práticas de enfermagem exigida pela profissão, que impede o “encurtar caminhos” no processo de intervenção.

Para que os erros sejam atenuados, no âmbito das categorias, Intervenção - Técnica e procedimentos, Intervenção - Comunicação, Intervenção - Necessidade de beber e comer, Intervenção - Necessidade de respirar, Intervenção - Necessidade eliminação vesical e Intervenção - Necessidade de eliminação intestinal, o enfermeiro deve cumprir o que se encontra escrito no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Passamos a transcrever o que deve ser exigido profissionalmente ao enfermeiro de acordo com o que consta na Ordem dos Enfermeiros – Código Deontológico do

Enfermeiro (2003a) e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), como seja:

os cuidados de enfermagem são caracterizados por (...) utilizarem metodologia científica, que inclui: a) A identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade, b) A recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta; c) A formulação do diagnóstico de enfermagem, d) A elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem, e) A execução correta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários, f) A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e reformulação das intervenções (p.166-167).

Fragata (2011), Fragata et al., (2006), Fragata e Martins (2004) e Reason (1990) referem que a formação contínua dos profissionais e a simulação de situações de boas práticas de intervenção em enfermagem são excelentes contributos para atenuar os erros.

5.2.3 - Responsabilidade profissional/Advocacia do doente - Ética do cuidar

A categoria Responsabilidade profissional/advocacia do doente é considerada por Benner et al., (2006, 2010) como a responsabilidade ética e fiducial dos enfermeiros no sentido de defender os interesses dos doentes. Estas autoras afirmam que a negligência, desrespeito, ou mesmo o facto de ignorar as solicitações de ajuda dos doentes podem causar erros que põe em causa a segurança destes.

Dos erros verificados no estudo na subcategoria Princípio Ético da Beneficência/Não Maleficência, falar da vida particular entre enfermeiros nos cuidados de higiene é o indicador que mais se evidencia, o que implica por parte do enfermeiro uma falta de ética profissional na prestação destes cuidados ao doente. Contudo, parece não haver estudos que corroborem esta situação. As boas práticas de enfermagem preconizam o diálogo com o doente durante este procedimento para atenuar a angústia, a ansiedade, os receios, o medo do desconhecido, entre outros. Para além do descrito, a Ordem dos Enfermeiros preconiza nas Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2003b, p.6) no artigo oitavo, o seguinte, que passamos a transcrever: "no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses, legalmente protegidos, dos cidadãos". Isto implica, face à situação exposta, que o enfermeiro estabeleça uma relação comunicacional com o doente durante o processo da prestação de cuidados de higiene. O enfermeiro nesta interação comunicativa, para além de criar uma confiança mútua, consegue conhecer melhor o doente e conseqüentemente prestar melhores cuidados (Halpern, 2001).

Na mesma categoria segue-se a falta de privacidade do doente, o que implica o descuido do enfermeiro em preservar a privacidade do mesmo. Esta situação é concordante com um estudo qualitativo realizado por Baggio, Pomatti, Bettinelli e Erdmann (2011, p. 26-27) em que os enfermeiros referem: na categoria "Expondo o corpo e a intimidade dos pacientes: atitudes e ações dos profissionais - agindo naturalmente", a seguinte situação: "A exposição do corpo e da intimidade é uma condição única para o paciente que a vivência, porém uma experiência múltipla para os profissionais de enfermagem, como alude um deles": "...o que é rotina para nós, é totalmente novo para o paciente (...). (p7)". Ainda no

mesmo estudo, numa outra categoria “Reações dos pacientes tendo seu corpo exposto: uma visão dos profissionais”, os doentes “(...) diante da condição de impotência revelam” “... não sirvo nem mesmo para me higienizar” ou “... eu não sou nada mesmo”. (p3); “a que ponto chega uma pessoa para estar passando por tudo aquilo e depender dos outros para tudo”. (p17) ” (p. 28). Este estudo demonstra que a exposição do corpo e da intimidade é uma situação única para o doente mas é uma experiência múltipla para os profissionais de enfermagem. Neste sentido, os enfermeiros descumrem a privacidade do doente o que é eticamente condenável face ao respeito e dignidade do outro (Beauchamp & Childress 1994; Benner, Tanner & Chesla 1996; Neves & Pacheco, 2004).

Atenuar os erros no âmbito da ética do cuidar é fundamental na prestação dos cuidados de enfermagem. Neste contexto, pode-se considerar como medida preventiva a leitura e aplicação do Código Deontológico do Enfermeiro. Este no seu artigo 81º - Dos Valores Humanos, apela aos princípios éticos em cuidados de saúde como os relativos à beneficência, não-maleficência, justiça e respeito pela autonomia. Atendendo a estes princípios os enfermeiros devem cumpri-los escrupulosamente, quando prestam cuidados de higiene como estabelecer uma relação de empatia com o doente, observá-lo, conversar com ele demonstrando interesse e envolvimento no processo do cuidado. Neste sentido, também os enfermeiros devem estar sensibilizados para o respeito pela privacidade do doente, introduzindo medidas que permitam salvaguardar a mesma como o uso de biombos, fechar as cortinas laterais, a exposição mínima do corpo ou cobrir as partes que não necessitam de ficar expostas com compressas, lençóis, entre outros (Baggio et al., 2011; Ruben & Zoloth, 2000).

5.2.4 - Responsabilidade profissional/Advocacia do doente- Outros assuntos

Dos erros verificados no estudo na subcategoria a Certificação da Identidade do Doente, a “Seleção errada do nome do doente” é a que mais se evidencia, o que implica por parte do enfermeiro uma falta de certificação, de um dos cinco certos, como a identidade do doente. A “Errada identificação do doente” é o segundo indicador mais relevante na subcategoria Certificação da Identidade do Doente, ou seja, em 10,5% dos casos os enfermeiros erram porque trocam o nome do doente. Possivelmente por excesso de trabalho, os enfermeiros trocaram por lapso, o nome do doente podendo colocar em causa a sua segurança. No mesmo sentido, a “Seleção errada da cama do doente” é o terceiro indicador mais relevante, ou seja, em 7.89% dos casos os enfermeiros erram porque trocam a cama do doente. Na pesquisa realizada, parece não mencionaram este tipo de erros.

É neste sentido que se deve implementar medidas preventivas como certificar duplamente o nome do doente, o uso de pulseiras de identificação com o código de barras que permite fazer o *scanner* da identidade do doente e poderá diminuir a ocorrência destes erros (Silva, Cassiani, Miasso & Opitz, 2007).

5.2.5 - Prevenção

Dos erros verificados no estudo na subcategoria Avaliação do Risco, a queda é a que mais se evidencia, o que implica por parte do enfermeiro uma falha na avaliação do risco de queda, ou seja, em 34.29% dos casos os enfermeiros reportaram que os doentes caíram, por falta de avaliação do risco de queda. Neste sentido,

Carvalho, Lucknow e Siqueira (2011) encontraram 33.5% de situações de quedas e Sousa et al., (2011) demonstram que em dezoito critérios pré-definidos realçou-se como o mais frequente a “Lesão ocorrida durante o internamento (como por exemplo, as quedas, queimaduras, úlceras de pressão) em 27.7%” (p.21).

A glicémia capilar é o segundo indicador mais relevante na subcategoria Avaliação do Risco, ou seja em 17.14% dos casos os enfermeiros erram na avaliação da glicémia capilar porque não sabem lidar com a máquina de pesquisa de glicémia e não administram insulina atempadamente.

A infeção é o terceiro indicador mais relevante na mesma subcategoria, ou seja em 14.29% dos casos os enfermeiros, ao executar os procedimentos, não usam a técnica asséptica. Nesta situação, os enfermeiros não avaliam o risco de infeção e por isso, contribuem para o surgimento de infeção no doente e hospital. Neste sentido, a Direção Geral de Saúde (2009) realizou um estudo em 114 hospitais (80% em hospitais públicos e 34% privados) em que a prevalência de doentes com Infeções Associadas ao Cuidados de Saúde (IACS) foi de 9.8%, sendo as localizações mais frequentes as vias respiratórias e as vias urinárias. Esta situação é preocupante porque já a Direção Geral de Saúde (2007) no Programa Nacional e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde refere que “estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis” (p.4).

A dor é o quarto indicador que mais se evidencia na mesma subcategoria, ou seja em 11.43% dos casos os enfermeiros não valorizam a dor dos doentes, isto é não avaliam a dor como o 5º sinal vital. Esta situação vai ao encontro do estudo de Morais, Matozinhos, Borges, Borges & Campolaos (2009) em que 13.4% dos casos os enfermeiros não classificam a dor como um sinal vital.

Estes resultados implicam a adoção de medidas corretivas nas instituições de saúde no sentido de prevenir quedas, alterações das glicémias capilares, infeções e dor. Para cada um destes indicadores sugerem-se algumas estratégias a implementar para que os enfermeiros possam prestar cuidados de qualidade e contribuir para a segurança do doente.

Almeida, Abreu e Mendes (2010) referem que as quedas são um dos eventos adversos mais comuns nos hospitais e que têm repercussões físicas, psicológicas e sociais nos doentes. Estes autores apelam a uma prática rigorosa e contínua da avaliação do risco da queda para as prevenir e contribuir para a segurança do doente. Neste sentido, o enfermeiro deve, no momento da admissão, fazer uma avaliação do risco de queda utilizando uma escala, de preferência aferida para a população portuguesa. Face ao risco encontrado deverão ser aplicadas medidas preventivas para atenuar fatores precipitantes. A continuação do processo de monitorização é importante ao longo do internamento. Caso ocorra uma queda é fundamental a sua notificação e respetiva caracterização de modo a adaptar e/ou reformular as medidas preventivas (cf. Figura 7). Os mesmos autores apelam à colaboração neste processo de toda a equipa multidisciplinar não descurando o doente e a família. Abreu, Mendes, Monteiro e Santos (2012) referem que os estudos têm demonstrado que o facto de os enfermeiros estarem sensibilizados para esta situação, têm aumentado a notificação das quedas, mas isto não quer dizer que o número de quedas tenha aumentado.

Os profissionais de saúde devem ser proativos ao nível da investigação, formação e na implementação de medidas preventivas para a promoção da segurança do doente. A investigação tem um papel

preponderante no desenvolvimento de instrumentos de avaliação de risco e na identificação de fatores predisponentes específicos dos doentes. A formação é considerada fundamental para esclarecer e aprofundar conhecimentos para que os enfermeiros se corresponsabilizem e tomem a iniciativa de criar medidas preventivas de acordo com as situações de risco específicas de cada unidade.

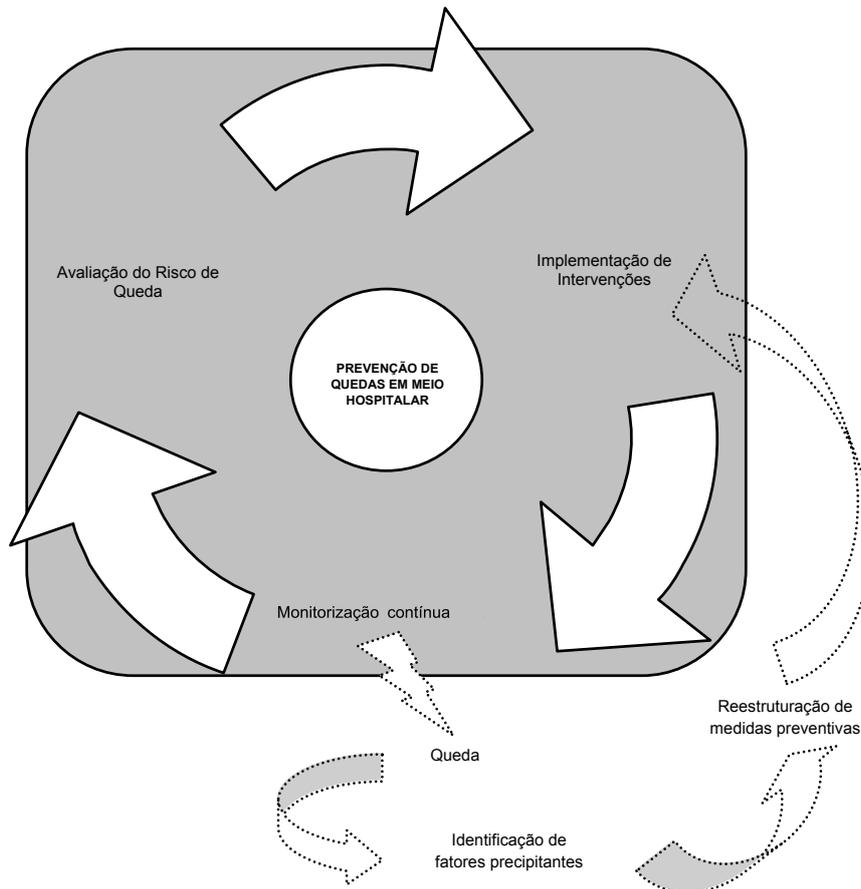


Figura 7. Modelo de prevenção de quedas em meio hospitalar

Adaptado por Almeida, Abreu e Mendes (2010, p. 170)

Ferrari et al., (2012) fazem referência a instrumentos eletrónicos designados por “Sistemas de deteção de movimento” que consiste num sensor *wireless* de movimento em que o doente ao exibir algum padrão humano de movimento que implique queda, são imediatamente informados os enfermeiros que intervêm em tempo útil de modo a prevenir a queda.

Na situação de glicémia capilar o enfermeiro deve saber manipular corretamente a máquina de pesquisa de glicémia recebendo formação ou lendo as instruções que vêm acopladas à máquina. É importante para que não ocorram erros de leitura da glicémia capilar do doente. Por outro lado, quando o doente apresenta hiperglicemia deve-se administrar a atempadamente a insulino terapia para prevenir que o doente entre em coma diabético. Isto implica proficiência na prática do cuidar em enfermagem contributo fundamental para a segurança do doente.

O Ministério da Saúde (2002) refere, num guia prático de Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital, programas de controlo de infeção em que para a sua dinamização recorreram a uma equipa multidisciplinar da qual apelam à responsabilidade do controlo de infeção. De entre outros profissionais, aparece o papel do enfermeiro onde se destaca o papel do Enfermeiro Diretor, o do Enfermeiro Chefe e do Enfermeiro responsável pelo controlo de infeção. Estes desempenham o papel de implementação de práticas para o controlo das infeções nos cuidados prestados aos doentes. Neste sentido, o Enfermeiro Chefe é responsável pela implementação de medidas preventivas nos serviços relacionadas com as infeções como:

manter a higiene no serviço, de acordo com as políticas do hospital e as boas práticas de enfermagem; monitorizar as técnicas assépticas, incluindo a lavagem das mãos e a utilização do isolamento; notificar, prontamente, o médico assistente de qualquer evidência de infeção, nos doentes sob o seu cuidado; iniciar o isolamento e pedir colheita de amostras para cultura, em qualquer doente com sinais de doença transmissível, quando o médico não esteja imediatamente disponível; limitar a exposição dos doentes a infeções provenientes das visitas, dos profissionais, de outros doentes ou de equipamento utilizado para diagnóstico ou tratamento; manter provisões adequadas e seguras de equipamento, fármacos e material para os cuidados dos doentes (p.22).

A Direção Geral da Saúde no Programa Nacional de Controlo da Dor (2008) refere que o controlo da dor deve ser considerado como uma prioridade na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade. Neste sentido, considera a “prevalência da avaliação e registo regular da intensidade da dor nas unidades de saúde nacionais (dor como 5º Sinal Vital)” (DGS, 2008, p.13). A Ordem dos Enfermeiros no Guia Orientador de Boa Prática (2008) para a dor sugere as seguintes recomendações:

reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor; Acreditar sempre na pessoa que sente dor; Privilegiar o autorrelato como fonte de informação da presença de dor na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas; Avaliar a dor de forma regular e sistemática, desde o primeiro contacto, pelo menos uma vez por turno e / ou de acordo com protocolos instituídos; Colher dados sobre a história de dor (...); Escolher os instrumentos de avaliação de dor atendendo a: tipo de dor; idade; situação clínica; propriedades psicométricas; critérios de interpretação; escala de quantificação comparável; facilidade de aplicação; experiência de utilização em outros locais; Avaliar a intensidade da dor privilegiando instrumentos de autoavaliação (...), Assegurar a compreensão das escalas de autorrelato pela pessoa / cuidador principal / família, após ensino (...) (p. 16-17).

5.2.6 - Juízo Clínico

Dos erros verificados no estudo na subcategoria Avaliação das Necessidades do Doente, a avaliação errada das necessidades do doente é a que mais se evidencia o que implica que os enfermeiros

falham na avaliação correta dessas necessidades o que coloca em causa o juízo clínico efetuado relativamente ao estudo do doente. Esta situação vai ao encontro do estudo de Tran e Johnson (2010) o qual apresenta 18% de erros relacionados com o juízo clínico. Benner et al., (2006) referem que no estudo piloto efetuado, os erros mais frequentes foram, o não reconhecimento ou má interpretação de sinais, sintomas e de intervenções de enfermagem. As autoras dizem que um juízo clínico inadequado pode ser influenciado pela falta de familiaridade da situação ou do tratamento a efetuar, bem como por falta de conhecimento ou mesmo défice de capacidade por parte do enfermeiro em avaliar a situação. Já Benner et al., (2002) anteriormente afirmaram que, por vezes, os erros acontecem porque os enfermeiros identificam erroneamente a situação do doente. Benner et al., (2010); Benner, Hooper-Kyria & Stannard (1999) referem que isto acontece quando o plano de trabalho, bem como a escassez de pessoal de enfermagem, não conferem ao enfermeiro o tempo suficiente para avaliar o doente, sendo o enfermeiro prejudicado na análise clínica da condição do mesmo.

Benner et al., (2010) apontam, no sentido de atenuarem os erros nesta área de enfermagem, para que haja a realização de um bom juízo clínico, que requer por parte do enfermeiro, acuidade percetual, competências de atenção, de envolvimento, competências de agência moral e de advocacia do doente. Por outro lado, estas competências são mediadas por um ambiente que tem que lidar com a escassez de enfermeiros e pelas forças de um mercado competitivo. Neste contexto, facilmente podemos referir que a segurança do doente está em causa e uma reflexão das chefias de enfermagem bem como das próprias direções deveriam adequar o ratio enfermeiro-doente, de modo a se prestar cuidados com qualidade. Neste sentido, lucram não só as instituições de saúde com a diminuição de custos e aumento da dignidade institucional, como os profissionais de saúde obtêm melhor satisfação no trabalho e, acima de tudo, os doentes e famílias valorizam a proficiência do trabalho.

5.2.7 - Documentação

Dos erros verificados no estudo na subcategoria Registo de Enfermagem, a não transcrição de medicação para a folha terapêutica de enfermagem é a que mais se evidencia, o que implica por parte do enfermeiro a omissão da informação na folha terapêutica de enfermagem pondo em causa a segurança do doente. O não registo de informação e a não certificação da identidade do doente nos registos são os segundos indicadores mais relevantes. No primeiro indicador, nomeadamente o não registo da informação, em 25% dos casos os enfermeiros erram por omissão de informação, porque não as registara. Este resultado vai ao encontro do estudo realizado por Tran e Johnson (2010) em que identificaram 13% de erros de comunicação escrita ou de documentação. No segundo indicador, em 25% dos casos os enfermeiros erram por não certificarem a identidade do doente quando realizam os registos de enfermagem. Na transcrição errada da medicação, em 15% dos casos, os enfermeiros erram por transcreverem erradamente a medicação. Neste sentido, Benner et al., (2006) consideram a documentação essencial para a prática de enfermagem, mas também identificaram registos imprecisos e omissão dos mesmos. Estas situações podem ocorrer devido a sobrecarga de trabalho e a sucessivas interrupções em que por diminuição da atenção os enfermeiros correm o risco de cometerem erros.

Benner et al., (2010) referem que os cuidados prestados aos doentes estão a ser cada vez mais complexos e isto implica registos precisos e feitos atempadamente. Demoras, omissões e erros na documentação poderão resultar em erros na avaliação, intervenção, tratamento, procedimentos e administração de medicação. Acrescentam, ainda, como medida preventiva, a introdução de sistemas computadorizados de documentação que suportam requisitos funcionais, que vai contribuir significativamente para a segurança do doente para a eficácia do cuidador. Estas autoras referem que resultados específicos de documentação computadorizada têm impacto na segurança do doente, diminuindo potencialmente os erros porque incluem:

eliminação da ilegibilidade; Minimiza a duplicação; Melhora o tempo de resposta relativamente ao pedido dos doentes; Simultaneamente existe o acesso de dados do doente em tempo real e atualizados para muitos profissionais; Melhoramento completo da documentação; Aumenta a observância dos requisitos regulares (ex., avaliação dos níveis da dor, integridade cutânea, e o risco de queda) (p. 49).

Kelley, Brandon e Docherty (2011) referem que com os registos de saúde eletrónicos são esperadas melhorias na qualidade dos cuidados aos doentes hospitalizados. Com este instrumento os enfermeiros podem obter a informação necessária e relevante para cuidar dos doentes com maior segurança. Contudo, ainda não está claro que o uso do registo eletrónico melhore os resultados dos cuidados prestados aos doentes e, conseqüentemente aconselham o desenvolvimento de investigação nesta área.

5.2.8 - Interpretação de ordens prescritas por outros

Dos erros verificados na subcategoria Prescrição Médica, a medicação administrada não prescrita é a que mais se evidencia, o que implica por parte do enfermeiro falha no processo das intervenções interdependentes. Esta situação vai ao encontro de alguns resultados do estudo piloto realizado por Benner et al., (2006), como ordens dadas pelos médicos de forma verbal ou por telefone e prescrições terapêuticas escritas em letra não legível. Silva et al., (2007) apontam, entre outros assuntos, que em 29% dos relatos os erros de prescrição se caracterizam com maior frequência por ilegibilidade da escrita do médico. Apesar da ilegibilidade escrita ser possivelmente a que apresenta mais dificuldades em ser interpretada, também o são as prescrições verbais que não são corretamente comunicadas, as prescrições verbais que não são entendidas, entre outras (Benner et al., 2010). No mesmo sentido, Moss (2005), Procyor et al., (2003), Sutcliffe et al., (2004) citados por Benner et al., (2010) referem que existem problemas de troca de comunicação verbal entre enfermeiros e médicos que resultam em erros, variando entre 12 a 91%. Benner et al., (2010) dizem que um elevado volume de comunicação com interrupções sucessivas que estão presentes no decorrer das práticas de enfermagem contribuem para a probabilidade elevada de existência de interpretações erradas.

A não certificação da prescrição é o segundo indicador mais relevante na subcategoria Prescrição Médica, ou seja, em 15% dos casos os enfermeiros erram por não certificarem mais vezes a prescrição médica.

Benner et al., (2010) vêm benefícios no que respeita a medidas preventivas que contribuem para a segurança do doente com a introdução de computadores nas unidades de todas as instituições de saúde. Estas autoras referem que os computadores sobre rodas e os portáteis digitais pessoais permitem que os cuidadores verifiquem os pedidos rapidamente, bem como comunicar e esclarecer prescrições sem que saiam da cabeceira do doente. O acesso eletrónico aos profissionais de saúde diminui os atrasos no tratamento e apoia a fidedignidade dos cuidados prestados aos doentes. Assim, com o contributo deste material eletrónico, melhora a legibilidade gráfica dos profissionais de saúde, diminui a prescrição médica por transmissão oral e os profissionais podem sempre certificar a prescrição medicamentosa.

5.2.9 - Atenção/Vigilância

Dos erros verificados na subcategoria Observação do Doente, a falta de vigilância e a falta de atenção são indicadores que se evidenciam com a mesma frequência, ou seja em 50% dos casos os enfermeiros erram por falta de vigilância do doente e por falta de atenção. Parecem não existir investigações que corroborem os resultados do estudo. Contudo, Benner et al., (2010) consideram que a falta de enfermeiros gera múltiplas mudanças na profissão de enfermagem, como o fato de se diminuir o contato direto do enfermeiro com o doente e, conseqüentemente, menos atenção lhe é prestada, colocando em causa a sua segurança. Estas autoras, acrescentam que o maior comprometimento de atenção e vigilância dos profissionais de saúde é a privação do sono e a fadiga. A falha na atenção e vigilância acarreta conseqüências para o doente e está diretamente interligada com um deficiente desenho do sistema e com falta de enfermeiros (Benner et al., 2010). Para estas autoras, os enfermeiros lidam com elevadas exigências devido à sobrecarga de trabalho e cometem erros porque encurtam caminho nas suas intervenções junto do doente. Apesar de terem demasiadas exigências que apelam à sua atenção têm por outro lado, falta de apoio do sistema para prestarem cuidados confiáveis e seguros.

Maxfield et al., (2005) citados por Benner et al., (2010) referem que se um enfermeiro identificar um colega a encurtar caminho nas suas práticas, de tal modo que coloque em risco a segurança do doente, deve falar com ele ou reportar ao gestor de risco ou à administração de enfermagem. Estas autoras, ao citarem Aiken et al., (2002) dizem que o elevado ratio de doente para cada enfermeiro afeta a atenção e vigilância destes relativamente aos doentes, colocando em causa a qualidade dos cuidados bem com a sua segurança. Por outro lado, a falha de atenção pode ocorrer porque o enfermeiro poderá não saber o que observar por falta de experiência e de conhecimentos. Neste sentido, a formação pode ser considerada uma medida preventiva fundamental, bem como a supervisão por um profissional mais experiente (Benner et al., 2010). Ainda como medida preventiva o enfermeiro deve ser sensibilizado para estar atento e vigilante com o intuito de identificar sinais e sintomas, ou mesmo de identificar complicações que possam estar a ocorrer no doente de modo a tomar decisões adequadas e intervir de forma eficaz.

As razões para a ocorrência de erros nas diversas categorias do estudo podem ser várias, desde distrações por ruídos ambientais, interrupções sucessivas, multifunções dos profissionais, excesso de trabalho, falta de conhecimento, falta de supervisão entre outros (Benner et al., 2010). Vários estudos referem que estes erros se devem tanto a fatores individuais como dos sistemas ou das organizações. Reason (2000) refere que ao nível individual existem processos cognitivos, que foram melhor explicitados no capítulo III, que podem

comprometer o comportamento adequado do profissional como o esquecimento, falta de atenção, de motivação e o próprio cansaço, stresse e entre outros. Os erros cometidos neste processo levam a que os profissionais tenham sentimentos de culpa, vergonha e medo e tenham receio em reportar os mesmos, limitando assim a aprendizagem. Este autor refere que a cadeia para a ocorrência de um erro é complexa e a própria metáfora do *Queijo Suíço* consiste numa excelente explicação do modo como podem surgir erros tendo em consideração o contexto em que estes acontecem nas organizações. Acrescenta, ainda, que os seres humanos são falíveis e, portanto, considera relevante intervir no sistema de modo atenuar os erros e contribuir para a segurança dos doentes. Daí a importância de haver nas organizações uma cultura de segurança de alta fiabilidade, de modo a que os profissionais se entrem ajudem e cooperem com a finalidade de se implementar um sistema de notificação e reportar de forma livre o erro, como foi referido no segundo capítulo deste estudo. Este reportar implica posteriormente a análise da raiz causal do erro (RCA), de forma a implementar estratégias que o possam diminuir. Segundo Woodward (2006) a análise da raiz causal⁵⁹ consiste numa técnica sistemática de investigação que vai para além das ações individuais porque identifica as causas do contexto em que os incidentes ocorrem. Para o autor a RCA é efetuada numa perspetiva retrospectiva e multidisciplinar e que em algumas circunstâncias o doente e a família também são envolvidos para identificar a sequência do evento. Na análise do processo é utilizada uma cronologia inversa, isto é, a documentação dos acontecimentos é realizada tendo em consideração os eventos que ocorrem antes do incidente, utilizando como suporte o esquema de espinha de peixe⁶⁰. Neste contexto, Leape et al., (1991 e 1994) citados por Benner et al., (2002) referem que estes identificaram as seguintes estratégias globais para minimizar o erro nos sistemas de saúde:

- 1 - Reduzir a confiança na memória. O trabalho deve ser desenhado de modo a minimizar as tarefas humanas que são conhecidas como particularmente falíveis, como a memória a curto prazo e a vigilância (atenção prolongada). *Checklists*, protocolos, decisões tomadas por sistemas computadorizados são exemplos de instrumentos que poderão ser incorporados nos processos dos cuidados de saúde.
- 2 - Melhorar o acesso à informação. Formas criativas devem ser desenvolvidas de modo a informação estar disponível em tempo útil; por exemplo, dispor de informação em locais necessários e de modo a se ter fácil acesso para ser utilizada quando for solicitada.
- 3 - Processos à prova de erros. Sempre que possível as atividades críticas devem ser reestruturadas de tal modo que os erros não se devam repetir. Por exemplo, os sistemas computadorizados estão de tal forma desenhados que os circuitos de segurança impedem que entrem no sistema uma prescrição letal de *overdose* de um medicamento.
- 4 - Uniformização de atividades. Normalizar/uniformizar os processos sempre que possível pode ser uma forma eficaz de atenuar os erros. Se uma atividade for executada sempre da mesma maneira por todo o pessoal, existe uma menor probabilidade da ocorrência do erro.

59 No original designa-se por Root Cause Analysis - RCA

60 No original designa-se por Fishbone

5 - Reduzir o número de transferências. Muitos erros ocorrem por lapsos humanos na transferência de materiais, informação, pessoas, instruções e fornecimentos. A redução de processos de transferência reduz a probabilidade de tais lapsos. (p.511)

Os enfermeiros na prestação de cuidados de enfermagem estão expostos a acontecimentos inesperados, isto é à ocorrência de um erro. Este deve ser reportado, e analisada a raiz causal (RCA) de forma consistente e estrutural para se poderem implementar as medidas preventivas. Este é um processo que pode ser constantemente renovado para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e diminuir as consequências nefastas nos profissionais bem como no doente e família.

CAPÍTULO VI

ANÁLISE DAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DO ERRO NA PRÁTICA E TOMADA DE DECISÃO

Neste capítulo procedemos a uma análise descritiva exaustiva das respostas dos enfermeiros. Efetivamente estes reportaram erros clínicos que evidenciaram os erros de medicação (cf. Capítulo V), relativamente aos quais expressaram a sua perceção relativamente a diversas dimensões que fizeram parte do questionário do estudo.

Deste modo pretendemos cumprir os seguintes objetivos do estudo: identificar as causas das ações e decisões inadequadas/erros cometidos pelos enfermeiros e respetivas consequências, averiguar as reações dos enfermeiros face à situação das ações e decisões inadequadas/erros, compreender as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidar com as ações e decisões inadequadas/erros, avaliar as mudanças efetuadas no exercício profissional na perspetiva dos enfermeiros devido às ações e decisões inadequadas/erros.

Para atingirmos estes objetivos utiliza-se a estatística descritiva como as medidas de tendência central (média, mediana, desvio padrão). Para a correlação entre os itens utilizam-se testes não paramétricos como a correlação de Spearman e para a identificação de fatores utiliza-se a Análise de Componentes Principais (ACP). Relativamente à análise das respostas às questões abertas do questionário do estudo utiliza-se a análise de conteúdo de Bardin (2009).

6.1 - ANÁLISE DOS RESULTADOS

6.1.1 - Caracterização do erro

Na Tabela 34 encontraram-se as frequências relativas do tipo de erro, há quanto tempo o erro ocorreu, qual a idade do doente, em que enfermaria ou serviço aconteceu e o tempo de serviço do enfermeiro.

Todos os cálculos são apresentados relativamente aos dados disponíveis. Em diversas variáveis surgiram dados omissos, que resultaram de respostas que não foram assinaladas pelos sujeitos. A percentagem de ocorrência destes dados omissos não foi entrave à utilização de qualquer das variáveis em estudo. Nas variáveis nominais será considerado o método *pairwise*, ou seja, serão consideradas em cada análise todas as observações disponíveis.

O erro de Administração Segura da Medicação é o mais frequentemente relatado (63.95%), e os enfermeiros escolheram preferencialmente para relatar erros que ocorreram há 4 ou mais anos (47.41%); em 57.71% dos casos o doente tinha mais de 65 anos. Quanto ao serviço, foi no internamento – medicina que ocorreu a maior fatia de erros relatados (36.38%), e em 40.82% dos casos o enfermeiro tinha mais de 6 anos de serviço.

Tabela 34
Caracterização do erro (n=815)

	<i>n</i>	<i>%</i>
Tipo de erro		
administração segura de medicação	511	63.95
intervenção técnica e procedimentos	59	7.38
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - outros assuntos	38	4.76
prevenção	35	4.38
intervenção comunicação	30	3.75
juízo clínico	24	3
documentação	20	2.5
interpretação de ordens prescritas por outros	20	2.5
intervenção alimentação	17	2.13
atenção / vigilância	16	2
responsabilidade profissional/advocacia do doente - ética do cuidar	16	2
intervenção respiração	5	0.63
intervenção eliminação vesical	5	0.63
intervenção eliminação intestinal	3	0.38
Quando aconteceu o erro		
Nos últimos 6 meses	154	19.01
No último ano	76	9.38
Nos últimos 2 anos	125	15.43
Nos últimos 3 anos	71	8.77
Nos últimos 4 anos ou mais	384	47.41
Que idade tinha o doente		
Menos de 16 anos	80	9.86
Entre 16 e 64 anos	263	32.43
Mais de 65 anos	468	57.71
Em que enfermaria ou serviço aconteceu o erro		
Internamento - Medicina	295	36.38
Internamento - Especialidades cirúrgicas	155	19.11
Urgência	75	9.25
Cuidados intensivos	21	2.59
Bloco operatório	29	3.58
Ambulatório	27	3.33
Outra	209	25.77
Tempo de serviço		
<1 ano	120	15.21
[1- 3[	201	25.48
[3- 6[	146	18.50
[6- 13[	164	20.79
≥13	158	20.03

O tempo de serviço que o enfermeiro tinha quando ocorreu o erro variou entre ser ainda estagiário e os 34 anos de serviço, com uma média de 6.86 anos ($DP=7.35$). Para categorizar o tempo de serviço optámos por criar cinco grupos com um número de sujeitos aproximado, correspondendo à criação de quintis.

6.1.2 - Categoria profissional do enfermeiro

Foram relatados erros que ocorreram em 69.20% dos casos quando o enfermeiro tinha (ou ainda tem) a categoria de Enfermeiro graduado, e em 23.19% quando o enfermeiro tinha a categoria profissional de especialista (cf. Tabela 35).

Tabela 35

Categoria profissional na altura do erro (n=815)

Categoria profissional na altura do erro ^a	n	%
Enf. nível 1	10	1.25
Enf. graduado	555	69.20
Enf. especialista	186	23.19
Enf. chefe	43	5.36
Enf. supervisor	8	1.00
Enf. Diretor	0	0.00

^a 13 dados omissos

6.1.3 - Nível de atividade global do doente antes do erro acontecer

Na Tabela 36 verificamos que o nível da atividade global⁶¹ era, em 34.29% dos casos relatados, completa. O erro não teve qualquer impacto sobre o doente em 60.54% dos casos relatados. Em apenas 2.10% dos casos é relatado um impacto grave e 1.23% muito grave.

Tabela 36

Nível de atividade global e impacto do erro sobre o doente (n=815)

	n	%
Qual era o nível de atividade global ^a		
Completa	276	34,29
Ligeiramente comprometida	201	24,97
Moderadamente comprometida	199	24,72
Gravemente comprometida	129	16,02
Como foi o doente afetado pelo erro ^b		
Nada	491	60,54
Ligeiramente	181	22,32
Moderadamente	90	11,10
Com gravidade	17	2,10
Com muita gravidade	10	1,23
Não sei	22	2,71

^a Dez dados omissos; ^b Quatro dados omissos.

6.1.4 - Fatores associados à existência de erro

6.1.4.1 - Causas percebidas do erro

Relativamente à causa percebida do erro, foram efetuados três grupos de questões: causas do erro, descrição do erro e descrição do ambiente na enfermaria / serviço. Estes grupos de questões

⁶¹ A atividade global refere-se à situação de independência e dependência do doente antes do erro acontecer. Esta atividade global pode ser completa, ligeiramente comprometida, moderadamente comprometida e gravemente comprometida.

foram respondidos com recurso a uma escala de concordância de 4 pontos que variou entre *discordo totalmente* (1) e *concordo totalmente* (4). Tratam-se, portanto, de variáveis com um nível de mensuração ordinal. Serão apresentadas as médias e desvios-padrão por item, mas também a mediana, por se tratar justamente de uma variável ordinal. Esta abordagem, comparada com a opção de tratar a variável como nominal, tem vantagem de permitir utilizar, por exemplo, a correlação de Spearman e testes de diferenças. Apresentamos, ainda, para cada grupo de itens as correlações de Spearman entre os itens.

Pela análise do Gráfico 1 verificamos que das seis afirmações apresentadas acerca das causas do erro “decidir depressa demais o que fazer” é a causa mais frequentemente apontada para a ocorrência do erro. Não supervisionar a pessoa que cometeu o erro e a supervisão do pessoal mais experiente ser inadequada foram as causas menos assinaladas.

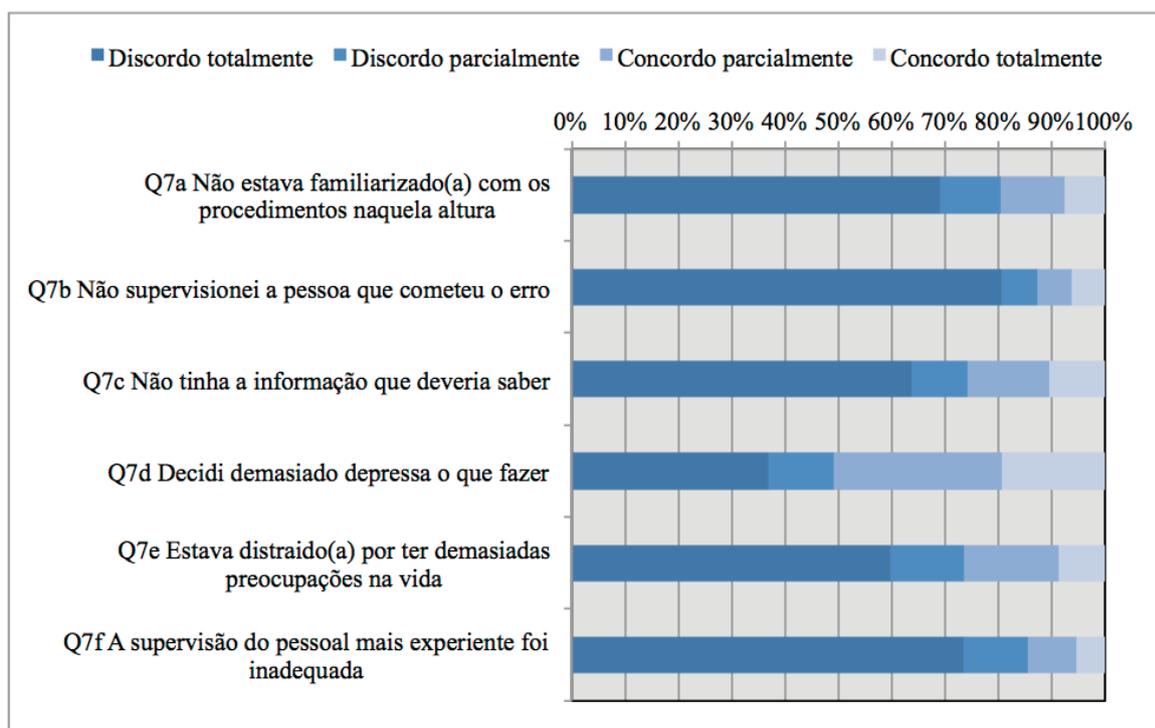


Gráfico 1. Causas assinaladas para a ocorrência do erro

Como se pode verificar na Tabela 37 algumas causas obtiveram correlações de Spearman moderadas entre si. “Não estar familiarizado com os procedimentos na altura da ocorrência do erro” obteve uma correlação de .496 com o “não ter a informação necessária” (.431) e com a “não supervisão da pessoa aquando do erro”. Isto é, o facto de “não estar familiarizado com os procedimentos naquela altura” está associado com o “não ter informação necessária” e com o facto de a “supervisão do pessoal mais experiente ter sido inadequada”. “Não ter a informação necessária” e a “não supervisão da pessoa aquando do erro” obtiveram uma correlação de .323 entre si. Foram observadas outras correlações estatisticamente significativas, mas de baixa magnitude e, por isso, sem valor substantivo. Tal ocorre por se tratar de uma amostra grande e a correlação ser sensível ao tamanho da amostra.

Tabela 37

Mínimo, máximo, média, desvio-padrão e mediana do grau de concordância com as causas possíveis de ocorrência do erro, correlação de Spearman

Itens	Mínimo	Máximo	Média	DP	Mediana	Q7a	Q7b	Q7c	Q7d	Q7e	Q7f
Q7a Não estava familiarizado(a) com os procedimentos naquela altura	1	4	1.58	0.97	1	1.00					
Q7b Não supervisionei a pessoa que cometeu o erro	1	4	1.38	0.86	1	.128**	1.00				
Q7c Não tinha a informação que deveria saber	1	4	1.72	1.06	1	.496**	.149**	1.00			
Q7d Decidi demasiado depressa o que fazer	1	4	2.33	1.16	3	.112**	.051	.048	1.00		
Q7e Estava distraído(a) por ter demasiadas preocupações na vida	1	4	1.75	1.03	1	-.010	.067	-.113**	.226**	1.00	.
Q7f A supervisão do pessoal mais experiente foi inadequada	1	4	1.46	0.87	1	.431**	.259**	.323**	.110**	.079*	1.00

*p<0.05 **p<0.01

6.1.4.2 - Falhas individuais que levaram à ocorrência do erro

Na descrição do erro “estava desatento” é a situação mais apontada, seguida de “tomei a decisão errada” e “avaliei mal a situação” (cf. Gráfico 2). A opção que recebeu uma maior proporção de discordância foi “agi para além das minhas competências”.

Verificamos, pela leitura da Tabela 38, que “tomar a decisão errada” obteve uma correlação elevada com uma “má avaliação da situação” (.524) e moderada com a “não compreensão dos sinais de alerta” (.344). Uma “má avaliação da situação” e a “não compreensão dos sinais de alerta” obtiveram entre si uma correlação moderada (.448). A “não compreensão dos sinais de alerta” está também associada a “dar a informação incorreta / inadequada” (.455) e “agir para além das competências” (.319).

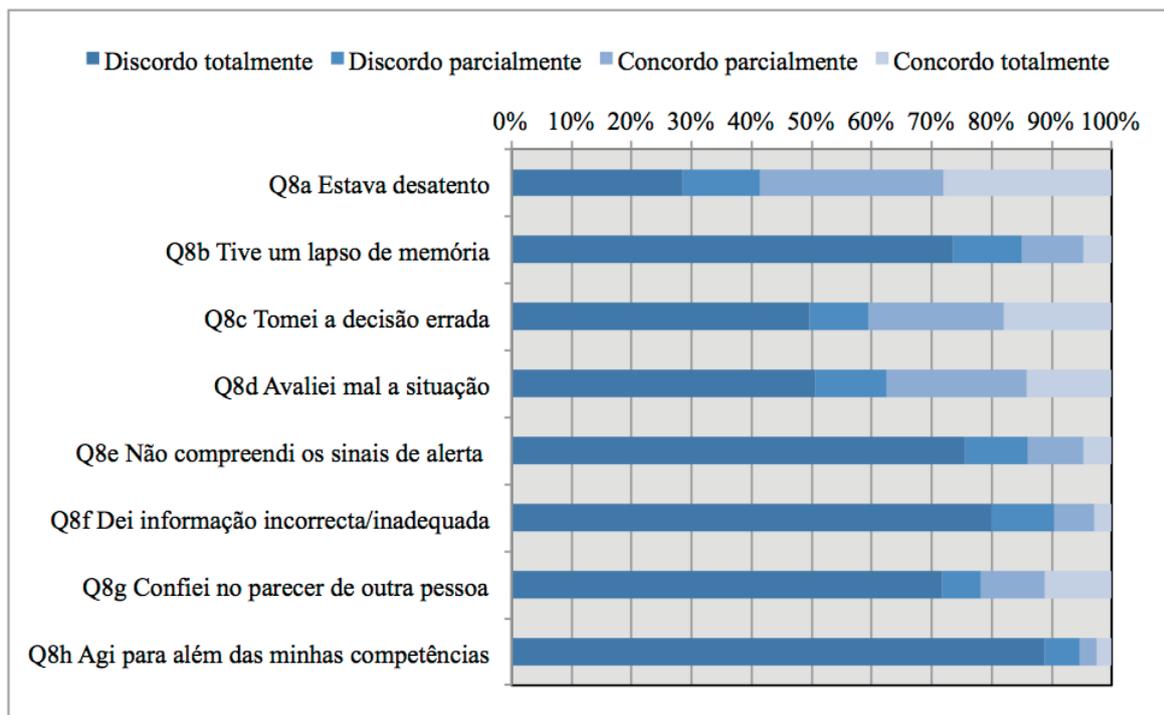


Gráfico 2. Causas assinaladas para a ocorrência do erro - Falhas individuais

Tabela 38

Mínimo, máximo, média, desvio-padrão e mediana do grau de concordância com a descrição do erro, correlação de Spearman

	Mínimo	Máximo	Média	DP	Mediana	Q8a	Q8b	Q8c	Q8d	Q8e	Q8f	Q8g	Q8h
Q8a Estava desatento	1	4	1.17	2.58	3	1.00							
Q8b Tive um lapso de memória	1	4	0.86	1.46	1	.138**	1.00						
Q8c Tomei a decisão errada	1	4	1.20	2.09	2	.002	.207**	1.00					
Q8d Avaliei mal a situação	1	4	1.14	2.01	1	-.159**	.102**	.524**	1.00				
Q8e Não compreendi os sinais de alerta	1	4	0.84	1.43	1	-.079*	.190**	.344**	.448**	1.00			
Q8f Dei informação incorrecta/inadequada	1	4	0.73	1.32	1	-.002	.226**	.221**	.279**	.455**	1.00		
Q8g Confiei no parecer de outra pessoa	1	4	1.06	1.61	1	-.206**	.006	.128**	.201**	.275**	.301**	1.00	
Q8h Agi para além das minhas competências	1	4	0.60	1.19	1	-.137**	.096*	.146**	.211**	.319**	.291**	.300**	1.00

*p<0.05 **p<0.01

6.1.4.3 - Fatores do contexto profissional que levaram à ocorrência do erro

Na questão 9 a afirmação que recebeu um maior grau de concordância foi “o ambiente da enfermaria / serviço era particularmente stressante”. A hostilidade (Q9b) é reconhecida apenas por um pequeno número de enfermeiros (cf. Gráfico 3).

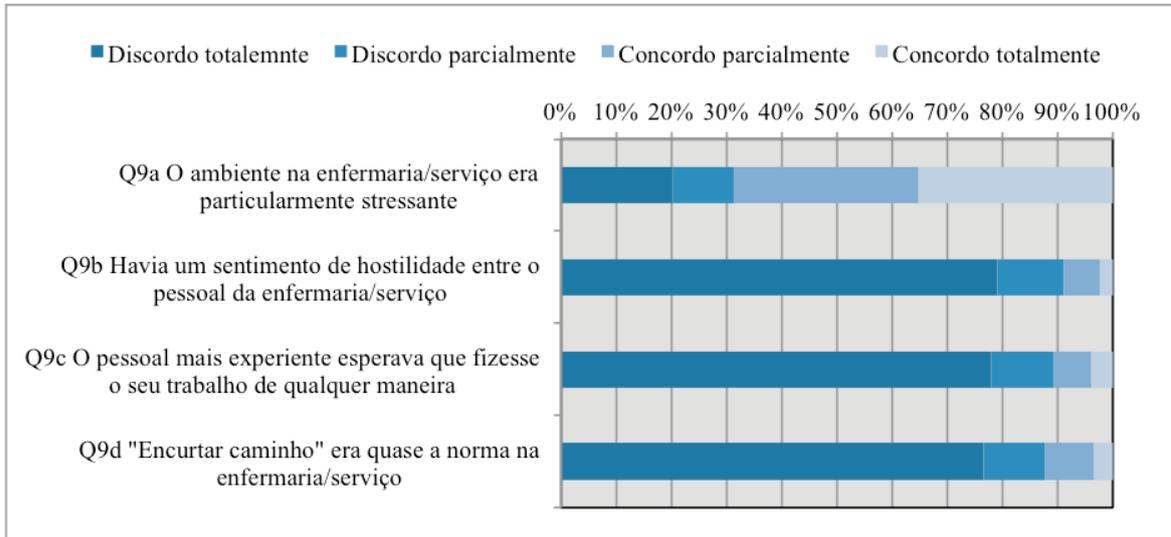


Gráfico 3. Causas assinaladas para a ocorrência do erro - Contexto profissional

Verificamos, pela leitura da Tabela 39, que quando se esperava que “o pessoal mais experiente fizesse o trabalho sem preocupação” se obtiveram correlações moderadas com o “sentimento de hostilidade entre o pessoal da enfermaria/serviço” (.435) e com o “caminho mais expedito considerado norma na enfermaria/serviço” (.417). Isto é, as correlações mais elevadas encontram-se entre a existência de um “sentimento de hostilidade entre o pessoal da enfermaria/serviço” e quando se esperava que “o pessoal mais experiente fizesse o trabalho sem preocupação” (existe um sentimento de hostilidade quando os enfermeiros mais experientes fazem o seu trabalho de qualquer maneira). A outra correlação com valor mais elevado é entre o “caminho mais expedito era considerado norma no serviço” com “o pessoal mais experiente que fazia o trabalho sem preocupação”. Verificaram-se correlações moderadas (.353) entre “o sentimento de hostilidade entre o pessoal da enfermaria/serviço” e o “caminho mais expedito considerado norma na enfermaria/serviço”.

Tabela 39

Mínimo, máximo, média, desvio-padrão e mediana do grau de concordância com as causas possíveis de ocorrência do erro, correlação de Spearman

	Mínimo	Máximo	Média	DP	Mediana	Q9a	Q9b	Q9c	Q9d
Q9a O ambiente na enfermaria/ serviço era particularmente stressante	1	4	1.12	2.84	3	1.00			
Q9b Havia um sentimento de hostilidade entre o pessoal da enfermaria/serviço	1	4	0.70	1.32	1	.237**	1.00		
Q9c O pessoal mais experiente esperava que fizesse o seu trabalho de qualquer maneira	1	4	0.77	1.37	1	.151**	.435**	1.00	
Q9d "Encurtar caminho" era quase a norma na enfermaria/serviço	1	4	0.79	1.39	1	.195**	.353**	.417**	1.00

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

6.1.4.4 - Fatores subjacentes às causas individuais que levaram à ocorrência do erro

Para identificar que dimensões estão subjacentes às respostas dos sujeitos nesta questão recorreremos à Análise em Componentes Principais (ACP). Este procedimento, para além da compreensão do fenómeno, torna possível a redução do número de variáveis em estudo para o cruzamento com outras variáveis, nomeadamente com o tipo de erro.

No que se refere às causas do erro as questões 7 (o erro aconteceu porque) e 8 (de que forma as seguintes afirmações descrevem o seu erro) reportam-se a causas imputáveis à pessoa do enfermeiro. Quisemos saber que dimensões estariam subjacentes às respostas dos enfermeiros a este conjunto de afirmações, no sentido de identificar o tipo de fatores que são percebidos pelos enfermeiros como causas do erro.

A amostra e a matriz de correlações mostraram-se adequadas à prossecução dos cálculos ($KMO = .762$; teste de esfericidade de Bartlett: $\chi^2(91) = 1779.178, p = .000$).

Pela análise da Tabela 40 verificamos que emergiram quatro fatores com valores próprios superiores a 1, e que em conjunto explicam 53.32% da variância total. Para aumentar a interpretabilidade dos fatores recorreremos à rotação *varimax*. Os quatro fatores extraídos mostraram-se interpretáveis e a estrutura de quatro fatores foi aceite.

As comunalidades oscilaram entre .284 e .726 com uma média de .533.

O primeiro fator obteve um valor próprio de 3.32 e explica 23.68% da variância total. Este fator alcançou um nível de consistência interna razoável (alfa de Cronbach de .655). O conteúdo dos quatro itens que o compõem remete para erros de julgamento. O segundo fator teve um valor próprio de 1.87 e explica 13.37% da variância total. Este fator alcançou, igualmente, um nível de consistência interna razoável (alfa de Cronbach de .677). Subjacente aos seus três itens encontramos a ideia de falhas de supervisão.

O terceiro fator, composto por quatro itens, teve um valor próprio de 1.23 e explica 8.81% da variância e alcançou um nível de consistência interna relativamente baixo (alfa de Cronbach de .532). Este fator aponta para causas de erro na execução da prática clínica. Por fim, o quarto fator teve um valor próprio de 1.05 e explica 7.47% de variância, tendo igualmente obtido um nível de consistência interna relativamente baixo (alfa de Cronbach de .506). O conteúdo dos três itens que o compõem remete para um déficit das funções executivas. Devemos ter em consideração que o alfa de Cronbach é sensível ao número de itens em análise, e um reduzido número de itens tende a deprimir o valor do alfa.

Tabela 40

Distribuição dos itens das questões 7 e 8 pelos componentes (ordenados pela magnitude de saturação fatorial), saturações fatoriais, comunalidades, valores próprios, variância explicada e alfa de Cronbach (ACP, rotação varimax)

Componente Item	1	2	3	4	comunalidades
Avaliei mal a situação	.762	.195	.192	-.153	.678
Tomei a decisão errada	.757	.190	.057	.087	.620
Decidi demasiado depressa o que fazer	.607	-.067	-.056	.289	.459
Não compreendi os sinais de alerta	.527	.243	.362	-.003	.468
Não estava familiarizado(a) com os procedimentos naquela altura	.160	.836	.022	.012	.726
Não tinha a informação que deveria saber	.160	.722	.125	-.207	.606
A supervisão do pessoal mais experiente foi inadequada	.097	.614	.334	.098	.507
Não supervisionei a pessoa que cometeu o erro	-.025	.008	.730	.123	.549
Confiei no parecer de outra pessoa	-.007	.137	.706	-.228	.569
Dei informação incorreta/inadequada	.257	.080	.539	.168	.392
Agi para além das minhas competências	.171	.205	.451	-.098	.284
Estava distraído(a) por ter demasiadas preocupações na vida	.139	-.095	.068	.734	.571
Estava desatento	.023	-.243	-.164	.706	.585
Tive um lapso de memória	-.002	.276	.079	.607	.451
Valor próprio	3.32	1.87	1.23	1.05	-
Variância explicada	23.68	13.37	8.81	7.47	-
Alfa de Cronbach	.655	.677	.532	.506	

6.1.5 - Reações ao erro

6.1.5.1 - Emoções experienciadas face ao resultado do erro

Nas reações ao erro foi solicitado ao enfermeiro que assinalasse o grau em que sentiu cada uma das cinco emoções listadas (1. *Nada*; 4. *Muitíssimo*). A emoção mais frequente face ao erro foi a raiva⁶², logo seguida da culpa (cf. Gráfico 4). Ficar zangado com outra pessoa é a emoção menos frequente.

62 De acordo com a literatura científica anglo saxónica e americana referem-se a "anger" que é traduzido para português como raiva. Assim, passamos na análise dos dados a referir raiva e não zanga, tal como é preconizado na literatura.

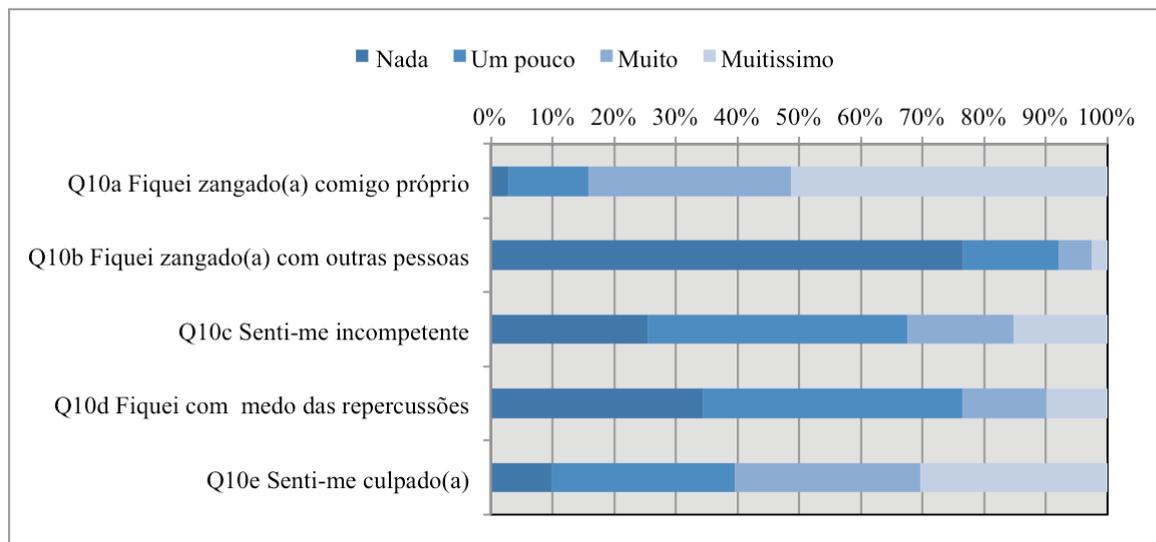


Gráfico 4. Emoções face ao erro

Constata-se, pela leitura da Tabela 41, que as emoções de raiva consigo mesmo, incompetência, medo e culpa apresentaram correlações significativas entre si. É de realçar que a emoção culpa tem correlações elevadas (acima de .50) com as emoções de raiva consigo próprio (.593), de incompetência (.574) e de medo (.510).

Tabela 41

Mínimo, máximo, média, desvio-padrão e mediana do grau de intensidade do sentimento face ao erro, correlação de Spearman

	Mínimo	Máximo	Média	DP	Mediana	Q10a	Q10b	Q10c	Q10d	Q10e
Q10a Fiquei zangado(a) comigo próprio	1	4	3.33	0.81	4	1.00				
Q10b Fiquei zangado(a) com outras pessoas	1	4	1.34	0.70	1	.050	1.00			
Q10c Senti-me incompetente	1	4	2.22	0.99	2	.435**	.019	1.00		
Q10d Fiquei com medo das repercussões	1	4	1.99	0.94	2	.334**	.037	.490**	1.00	
Q10e Senti-me culpado(a)	1	4	2.81	0.98	3	.593**	-.027	.574**	.510**	1.00

*p<0.05 **p<0.01

6.1.5.2 - Comunicação do erro

Verificamos, pela leitura da Tabela 42, que os participantes falaram com alguém acerca do erro em 89% dos inquiridos. Falar com um colega é a situação mais frequente (66.30%), seguida de falar com o médico (34.40%), com o enfermeiro chefe (32.59%) e com o enfermeiro mais experiente da enfermaria (31.48%).

A leitura da Tabela 42 deve levar em conta que os sujeitos podiam assinalar mais que uma alínea e, por esse facto, a percentagem é calculada em cada alínea com referência ao total de inquiridos que assinalaram ter falado com alguém.

Tabela 42

Pessoa com quem o enfermeiro falou sobre o erro (Proporção de enfermeiros que assinalaram cada uma das opções)

	n	%
Q12_1 Enfermeiro(a) mais experiente da enfermaria	227	31.48
Q12_2 Enfermeiro(a) chefe	235	32.59
Q12_3 Um(a) dos(as) colegas	478	66.30
Q12_4 Médico(a)	248	34.40
Q12_5 Outro técnico	30	4.16
Q12_6 Membro do sindicato	1	0.14
Q12_7 Membro da ordem de enfermagem	0	0.00
Q12_8 Doente	86	11.93
Q12_9 Familiar do doente	51	7.07
Q12_10 Esposo(a) ou companheiro(a) ou pessoa de relações próximas	49	6.80

6.1.6 - Estratégias utilizadas para lidar com o erro

Para perceber que estratégias o enfermeiro usou para lidar com o erro foram identificados 14 comportamentos relativamente aos quais os participantes deveriam assinalar o grau de utilização (1. *Não usado*, 4. *Muitíssimo usado*).

Constatamos, pela observação do Gráfico 5 que a afirmação a que foi atribuída uma frequência de resposta mais elevada foi “Sabia o que tinha que ser feito, por isso redobrei o meu esforço para que as coisas resultassem” seguida de “Critiquei-me ou censurei-me a mim próprio”. As afirmações menos assinaladas foram “Escondi dos outros que as coisas estavam mal” e “Continuei como se nada tivesse acontecido”.

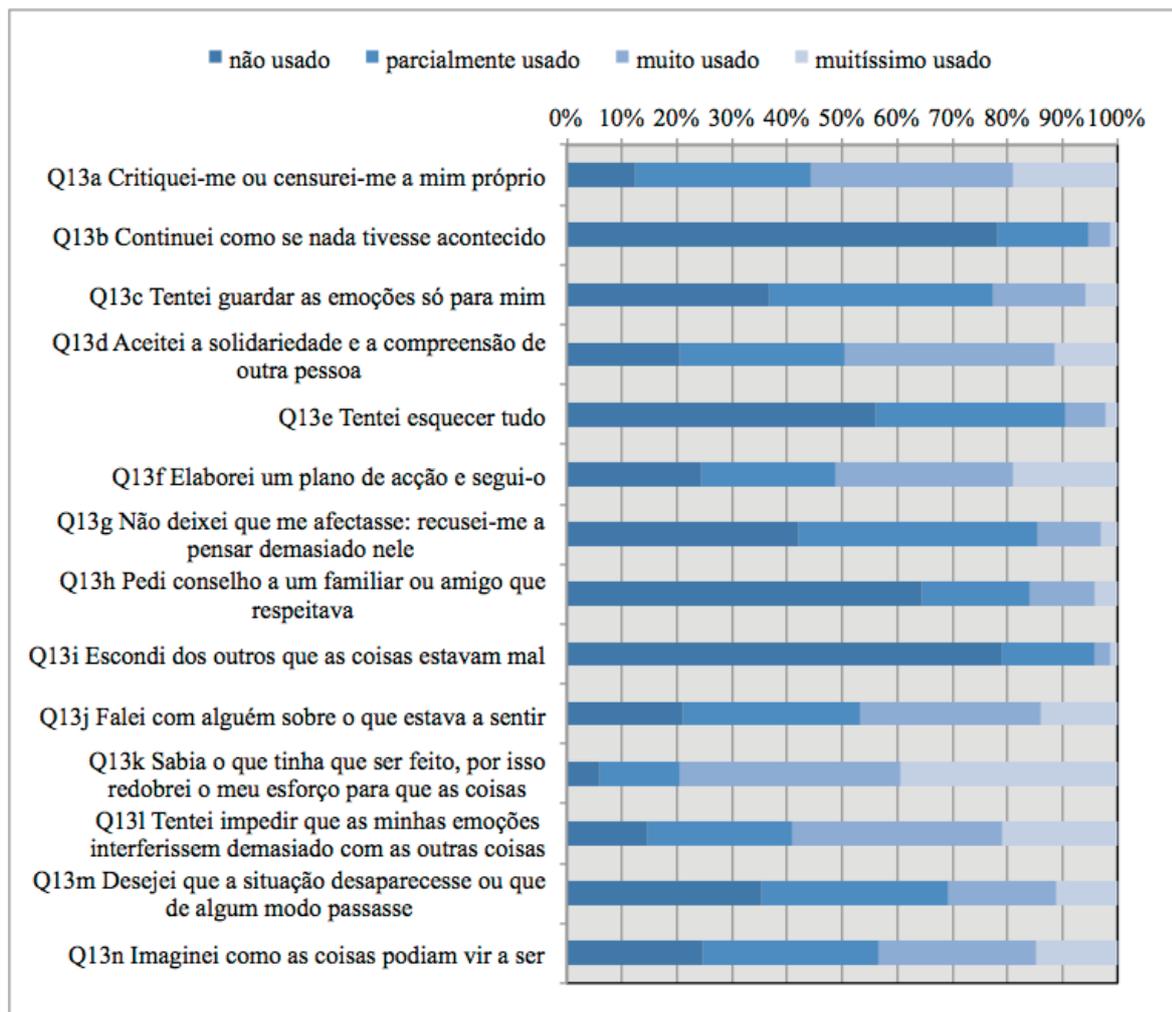


Gráfico 5. Estratégias utilizadas para lidar com o erro

Podemos verificar, através da leitura da Tabela 43, que as médias mais elevadas relativamente às estratégias para lidar com o erro foram os itens “Sabia o que tinha que ser feito, por isso redobrei o meu esforço para que as coisas resultassem” com (3.13) e desvio padrão (0.87), seguido de “Tentei impedir que as minhas emoções interferissem demasiado com as outras coisas” (2.65) com um desvio padrão (0.97). As estratégias menos utilizadas verificaram-se nos itens “Escondi dos outros que as coisas estavam mal” com uma média de (1.26) e desvio padrão (0.57), seguido de “Continuei como se nada tivesse acontecido” com uma média (1.29) e desvio padrão (0.61).

Tabela 43

Mínimo, máximo, média, desvio-padrão e mediana da frequência das estratégias para lidar com o erro

	Mínimo	Máximo	Média	DP	Mediana
Q13a Critiquei-me ou censurei-me a mim próprio	1	4	2.62	0.93	3
Q13b Continuei como se nada tivesse acontecido	1	4	1.29	0.61	1
Q13c Tentei guardar as emoções só para mim	1	4	1.91	0.87	2
Q13d Aceitei a solidariedade e a compreensão de outra pessoa	1	4	2.40	0.94	2
Q13e Tentei esquecer tudo	1	4	1.55	0.72	1
Q13f Elaborei um plano de ação e segui-o	1	4	2.46	1.06	3
Q13g Não deixei que me afetasse: recusei-me a pensar demasiado nele	1	4	1.75	0.77	2
Q13h Pedi conselho a um familiar ou amigo que respeitava	1	4	1.55	0.86	1
Q13i Escondi dos outros que as coisas estavam mal	1	4	1.26	0.57	1
Q13j Falei com alguém sobre o que estava a sentir	1	4	2.39	0.97	2
Q13k Sabia o que tinha que ser feito, por isso redobrei o meu esforço para que as coisas resultassem	1	4	3.13	0.87	3
Q13l Tentei impedir que as minhas emoções interferissem demasiado com as outras coisas	1	4	2.65	0.97	3
Q13m Desejei que a situação desaparecesse ou que de algum modo passasse	1	4	2.07	1.00	2
Q13n Imaginei como as coisas podiam vir a ser	1	4	2.33	1.01	2

6.1.6.1- Fatores subjacentes às estratégias utilizadas para lidar com erro

Para identificar que dimensões estão subjacentes às respostas dos sujeitos nesta questão recorreremos à Análise em Componentes Principais (ACP). O KMO foi de .766, o que é aceitável, e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ($\chi^2(91)=2142.23, p=.000$). Concluímos serem a amostra e a matriz de correlações adequadas à factorização. Foram extraídos quatro fatores com valores próprios superiores a 1 e que no seu conjunto explicam 56.33% da variância total (cf. Tabela 44).

No que concerne ao primeiro componente (cf. Tabela 44), este obteve um valor próprio de 3.09 e explica 22.08% da variância. Reporta-se a estratégias de atribuição interna do erro associadas a uma ausência de externalização emocional. O segundo componente obteve um valor próprio de 2.40 e explica 17.13% da variância. Remete para estratégias de negação e/ou evitamento do acontecido. No terceiro componente o valor próprio foi de 1.23 e explica 8.75% da variância. Reporta-se a estratégias de suporte social. Por fim, o quarto componente obteve um valor próprio de 1.17 e explica 8.37% da variância. Nos itens deste componente está expressa a ideia da utilização de uma estratégia de resolução de problemas. Devemos levar em consideração que o alfa de Cronbach é sensível ao número de itens em análise, e que um reduzido número de itens tende a deprimir o seu valor.

Tabela 44

Distribuição dos itens da questão 13 pelos componentes (ordenados pela magnitude de saturação fatorial), saturações fatoriais, communalidades, valores próprios, variância explicada e alfa de Cronbach (ACP, rotação varimax)

Componentes Item	1	2	3	4	comunalidades
Q13m Desejei que a situação desaparecesse ou que de algum modo passasse	.735	.293	.181	.195	.586
Q13a Critiquei-me ou censurei-me a mim próprio	.658	-.224	.205	.096	.555
Q13n Imaginei como as coisas podiam vir a ser	.611	-.042	.339	.392	.513
Q13c Tentei guardar as emoções só para mim	.557	.446	-.268	.183	.547
Q13i Escondi dos outros que as coisas estavam mal	.489	.469	-.029	-.132	.434
Q13e Tentei esquecer tudo	.199	.746	-.024	-.073	.576
Q13g Não deixei que me afetasse: recusei-me a pensar demasiado nele	.152	.723	-.060	.055	.527
Q13b Continuei como se nada tivesse acontecido	-.051	.679	-.173	.017	.497
Q13j Falei com alguém sobre o que estava a sentir	.175	-.197	.811	.252	.677
Q13h Pedi conselho a um familiar ou amigo que respeitava	.162	.029	.730	.060	.564
Q13d Aceitei a solidariedade e a compreensão de outra pessoa	.079	-.064	.714	.351	.554
Q13k Sabia o que tinha que ser feito, por isso redobrei o meu esforço para que as coisas resultassem	.275	-.056	.214	.799	.664
Q13f Elaborei um plano de ação e segui-o	-.049	-.043	.246	.747	.601
Q13l Tentei impedir que as minhas emoções interferissem demasiado com as outras coisas	.509	.226	.134	.631	.591
Valor próprio	3.09	2.40	1.23	1.17	-
Variância explicada	22.08%	17.13%	8.75%	8.37%	-
Alfa de Cronbach	.628	.613	.657	.615	

6.1.6.2 - Estratégias adicionais para lidar com o erro

Para análise da questão aberta “Outras estratégias usadas para lidar com o erro” utilizámos a análise de conteúdo de Bardin (2009), a qual conjuga a metodologia qualitativa e quantitativa. As estratégias referidas como usadas para lidar com o erro tiveram maior expressão nas categorias de Comunicação, Formação e na Atitude preventiva.

A categoria Comunicação é definida operacionalmente do seguinte modo “ como um processo de troca, de partilha de informações e de sentimentos, que se desenrola num clima de abertura entre duas pessoas que se exprimem numa linguagem verbal e não-verbal” (Phaneuf, 2001,p.152).

Esta categoria integra dois indicadores sendo o primeiro “Aceitar o apoio e refletir com a equipa multidisciplinar para compreender o erro” evidenciando-se com 79.07% (34) e o segundo “Dialogar com o doente com 20.93% (9) (cf. Tabela 45).

Tabela 45
Estratégias usadas para lidar com o erro – Comunicação

Categoria	Indicador	n	%
Comunicação	Aceitar o apoio e refletir com a equipa multidisciplinar para compreender o erro	34	79.07
	Dialogar com o doente	9	20.93
		43	100

A categoria Formação é definida operacionalmente do seguinte modo: “Intervenção visando uma modificação nos domínios dos saberes, dos saberes-fazer e dos saberes estar do sujeito em formação”(Goguelin e colaboradores (s.d.) citado por Berbaum, 1993, p.19).

De acordo com a Tabela 46 a categoria Formação integra dois indicadores, sendo o primeiro “Aprender com o erro”, pois tratando-se de adultos a aprendizagem é autodirigida e, deste modo, os enfermeiros em contexto utilizaram uma estratégia experiencial, com 69.77% (30) e o segundo “Adquirir conhecimentos através de pesquisa bibliográfica” com 30.23% (13).

Tabela 46
Estratégias usadas para lidar com o erro - Formação

Categoria	Indicador	n	%
Formação	Aprender com o erro	30	69.77
	Adquirir conhecimentos através de pesquisa bibliográfica	13	30.23
		43	100

A categoria Atitude preventiva definida operacionalmente do seguinte modo: “Todas as atitudes são uma combinação de crenças, sentimentos ou avaliações e alguma predisposição para agir em consonância”(Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2011, p. 609) e prevenir define-se como “agir de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de um acontecimento e limitar as suas consequências humanas e sociais”(Doron & Parot, 2001, p.596). Esta categoria foi então designada de Atitude preventiva porque os enfermeiros pretendem acautelar o surgimento de erro na prática clínica através de determinados comportamentos consequentes das crenças, sentimentos e avaliações que lhe estão subjacentes.

Conforme podemos constatar na Tabela 47 a categoria Atitude preventiva integra três indicadores sendo o primeiro “Confirmar sempre as ações de enfermagem” com 34.32% (23), o segundo “Maior atenção” com 32.84% (22) e o terceiro “Observar e monitorizar os sinais vitais” com 32.84% (22).

Tabela 47

Estratégias usadas para lidar com o erro – Atitude preventiva

Categoria	Indicador	n	%
Atitude preventiva	Confirmar sempre as ações de enfermagem	23	34.32
	Maior atenção	22	32.84
	Observar e monitorizar os sinais vitais	22	32.84
		67	100

6.1.6.3 - Discussão do erro com a equipa clínica

Podemos observar na Tabela 48 que os enfermeiros inquiridos afirmaram ter discutido o erro com pessoal mais experiente em 58.33% dos casos e referiram terem sido aconselhados acerca do erro em 50.63%. Apenas 0.62% dos participantes referiram ter sido punidos por causa do erro. O tempo de serviço variou entre ser estagiário e ter 2 anos e meio de tempo de serviço. Em três casos o doente foi afetado moderadamente e em dois não foi afetado.

Tabela 48

Discussão do erro

	n	%
Q14a O erro foi discutido com o pessoal mais experiente	469	58.33
Q14b Foi aconselhado(a) a propósito do erro	404	50.63
Q14c Foi punido pelo erro	5	0.62

6.1.6.4 - Consequências pessoais da discussão do erro na equipa clínica

Os enfermeiros expressaram o seu grau de concordância com seis afirmações acerca das implicações da discussão do erro utilizando uma escala de resposta com quatro pontos (1. *Discordo totalmente*, 4. *Concordo totalmente*).

Podemos constatar pela leitura do Gráfico 6 que o item que recebeu maior concordância foi “Senti-me apoiado(a) pela forma como o caso foi tratado”. A maior discordância foi observada nos itens “Perdi o respeito profissional” e “Senti que fui usado(a) como bode expiatório”.

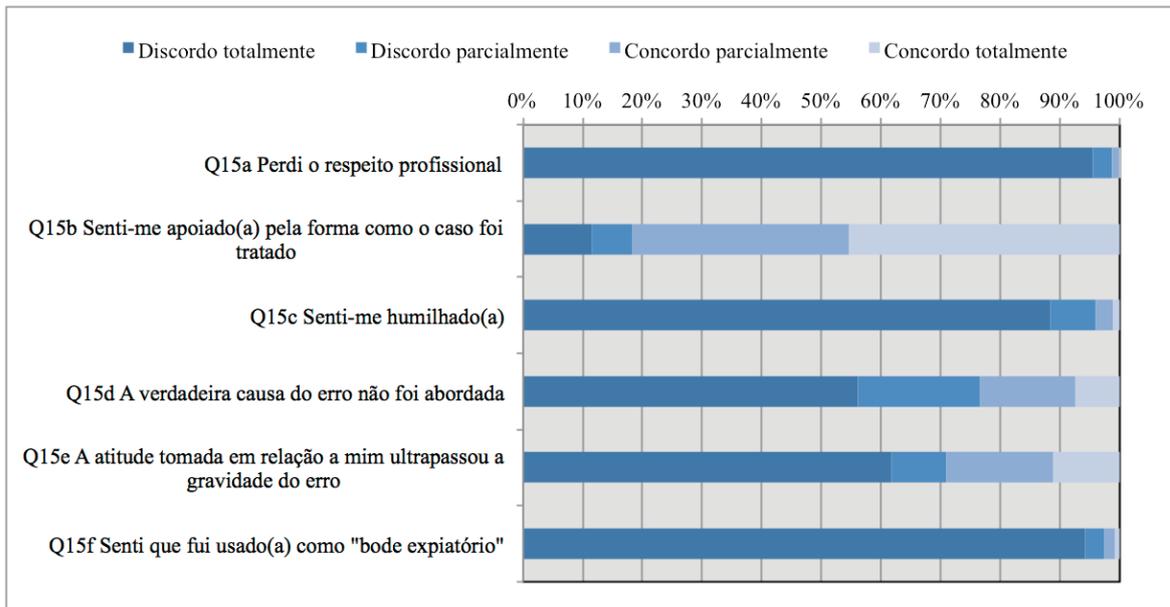


Gráfico 6. Implicações da discussão do erro com a equipa clínica

Pela leitura da Tabela 49 verificamos que apenas foram observadas correlações moderadas entre a humilhação e a perda do respeito profissional (.325), e o sentir-se ter sido usado como *bode expiatório* (.305).

Tabela 49

Mínimo, máximo, média, desvio-padrão e mediana do grau de concordância com as afirmações sobre as implicações da discussão do erro com a equipa clínica

	Mínimo	Máximo	Média	DP	Mediana	Q15a	Q15b	Q15c	Q15d	Q15e	Q15f
Q15a Perdi o respeito profissional	1	4	1.06	0.29	1	1.00					
Q15b Senti-me apoiado(a) pela forma como o caso foi tratado	1	4	3.15	0.98	3	-.120**	1.00				
Q15c Senti-me humilhado(a)	1	4	1.17	0.52	1	.325**	-.128**	1.00			
Q15d A verdadeira causa do erro não foi abordada	1	4	1.75	0.98	1	.096*	-.095*	.115**	1.00		
Q15e A atitude tomada em relação a mim ultrapassou a gravidade do erro	1	4	1.78	1.09	1	.099*	.057	.138**	.147**	1.00	
Q15f Senti que fui usado(a) como "bode expiatório"	1	4	1.09	0.41	1	.274**	-.137**	.305**	.132**	.195**	1.00

*p<0.05 **p<0.01

6.1.7 - Mudanças no exercício da enfermagem devido ao erro

Para avaliar o tipo e intensidade de mudança ocorrida no exercício da enfermagem como consequência direta do erro foram apresentadas aos participantes 10 afirmações com as quais deveriam expressar o seu grau de concordância numa escala de 4 pontos (1. *Discordo totalmente*; 4. *Concordo totalmente*).

Pode constatar-se, através da apreciação do Gráfico 7, que a maior discordância foi observada nos itens “Tenho mais tendência para guardar um erro para mim próprio(a), se for possível” e “Sinto-me menos confiante no meu trabalho”. Maior concordância foi expressa relativamente aos itens “Presto mais atenção aos pormenores” e “Tento ler com mais cuidado o registo/plano de cuidados do doente”.

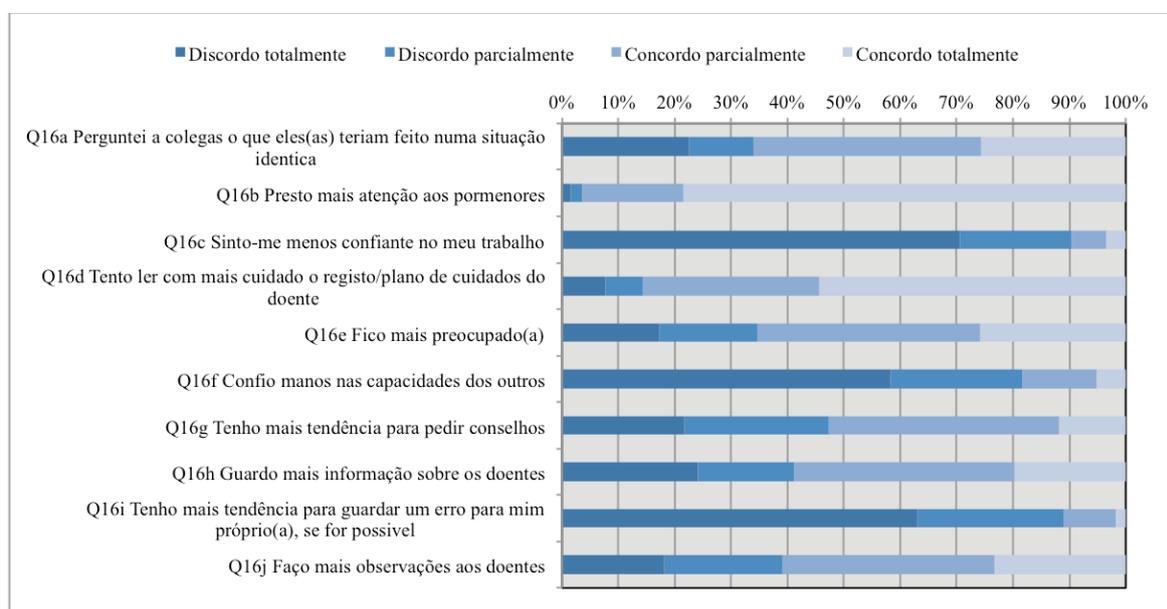


Gráfico 7. Implicações do erro na prática da enfermagem

Pela análise da Tabela 50 verificamos que a mudança no exercício de enfermagem obteve a média mais elevada nos itens “Presto mais atenção aos pormenores” com (3.73, DP=0.58) e “Tento ler com mais cuidado o registo/plano de cuidados do doente” com uma média (3.32) e desvio padrão (0.91). A média mais baixa foi registada na resposta aos seguintes itens “Sinto-me menos confiante no meu trabalho” com (1.42), desvio padrão (0.76) e “Tenho mais tendência para guardar um erro para mim próprio(a), se for possível” com uma média (1.50).

Tabela 50

Mínimo, máximo, média, desvio-padrão e mediana da frequência de utilização

	Mínimo	Máximo	Média	DP	Mediana
Q16a Perguntei a colegas o que eles (as) teriam feito numa situação idêntica	1	4	2.69	1.09	3
Q16b Presto mais atenção aos pormenores	1	4	3.73	0.58	4
Q16c Sinto-me menos confiante no meu trabalho	1	4	1.42	0.76	1
Q16d Tento ter com mais cuidado o registo/plano de cuidados do doente	1	4	3.32	0.91	4
Q16e Fico mais preocupado(a)	1	4	2.74	1.03	3
Q16f Confio menos nas capacidades dos outros	1	4	1.65	0.90	1
Q16g Tenho mais tendência para pedir conselhos	1	4	2.43	0.96	3
Q16h Guardo mais informação sobre os doentes	1	4	2.54	1.06	3
Q16i Tenho mais tendência para guardar um erro para mim próprio(a), se for possível	1	4	1.50	0.74	1
Q16j Faço mais observações aos doentes	1	4	2.66	1.03	3

6.1.7.1 - Fatores subjacentes às mudanças efetuadas em consequência do erro

Nas consequências do erro foi efetuada uma ACP com o objetivo de reduzir o número de variáveis em estudo. Na ACP o KMO obteve um valor de .804 e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ($\chi^2(45)=1329.15, p=.000$). Da ACP com rotação *varimax* emergiram 2 fatores com valores próprios superiores a 1 e que explicam 45.1% da variância.

Verificamos na Tabela 51 que as comunalidades oscilaram entre .301 e .514, com uma média de .451.

O primeiro componente obteve um valor próprio de 3.09 e explica 30.92% da variância. No primeiro componente saturam itens que reportam mudanças construtivas no sentido de evitar o erro, nomeadamente redobrando a atenção ou solicitando suporte de superiores ou pares. Este componente obteve um nível de consistência interna razoável (valor de alfa de Cronbach de .742). O segundo componente obteve um valor próprio de 1.42 e uma variância explicada de 14.18%. No segundo componente saturaram três itens que se referem a mudanças defensivas expressando uma retração da confiança do enfermeiro em si e nos outros. O nível de consistência interna deste fator é relativamente baixo, pois o alfa de Cronbach foi de .528. Contudo, os itens obtiveram saturações elevadas e correlações corrigidas entre .33 e .35. Devemos levar em consideração que o alfa de Cronbach é sensível ao número de itens em análise, e que um reduzido número de itens tende a deprimir o seu valor.

Tabela 51

Distribuição dos itens da questão 16 pelos componentes (ordenados pela magnitude de saturação fatorial), saturações fatoriais, comunalidades, valores próprios, variância explicada e alfa de Cronbach (ACP, rotação varimax)

Componente Item	1	2	comunalidades
Q16d Tento ler com mais cuidado o registo/plano de cuidados do doente	.711	.027	.506
Q16j Faço mais observações aos doentes	.628	.228	.446
Q16b Presto mais atenção aos pormenores	.621	-.142	.406
Q16h Guardo mais informação sobre os doentes	.608	.264	.440
Q16e Fico mais preocupado(a)	.583	.378	.482
Q16g Tenho mais tendência para pedir conselhos	.582	.397	.496
Q16a Perguntei a colegas o que eles (as) teriam feito numa situação idêntica	.541	-.090	.301
Q16i Tenho mais tendência para guardar um erro para mim próprio(a), se for possível	-.036	.716	.514
Q16f Confio menos nas capacidades dos outros	.115	.676	.470
Q16c Sinto-me menos confiante no meu trabalho	.078	.665	.448
Valor próprio	3.09	1.42	-
Variância explicada	30.92	14.18	-
Alfa de Cronbach	.742	.528	

6.1.7.2 - Mudanças adicionais no exercício da profissão

Para análise da questão aberta “Fiz outras mudanças no exercício da minha profissão - Especifique” utilizámos a análise de conteúdo de Bardin (2009), a qual conjuga a metodologia qualitativa e quantitativa.

As estratégias para mudar o exercício da profissão tiveram maior expressão nas categorias Atitude preventiva, Formação e Processo de enfermagem.

Na Tabela 52 a categoria Atitude preventiva, que já foi anteriormente definida do ponto de vista operacional, integra dois indicadores sendo que o primeiro “Maior atenção no desempenho das ações de enfermagem” se evidencia com 61.19% (82) e o segundo “Confirmar todas as ações de enfermagem” com 38.81% (52).

Tabela 52

Mudanças no exercício da minha profissão- Atitude preventiva

Categoria	Indicador	n	%
Atitude preventiva	Maior atenção no desempenho das ações de enfermagem	82	61.19
	Confirmar todas as ações de enfermagem	52	38.81
		134	100

Quanto à categoria Formação (cf. Tabela 53), também anteriormente definida do ponto de vista operacional, integra dois indicadores sendo o primeiro “Atualizar os conhecimentos científicos” que se evidência com 69.23% (18) e o segundo “Aprender com os erros” com 30.77 % (8).

Tabela 53

Mudança no exercício da minha profissão- Formação

Categoria	Indicador	n	%
Formação	Atualizar os conhecimentos científicos	18	69.23
	Aprender com os erros	8	30.77
		26	100

O Processo de enfermagem é definido operacionalmente do seguinte modo: “O processo de enfermagem é um processo em cinco passos: 1- Avaliação inicial 2- Diagnostico/Análise 3- Planeamento 4- Implementação 5- Avaliação final”(Doenges & Moorhouse, 2010, p.3).

Na Tabela 54 a categoria Processo de Enfermagem integra três indicadores sendo o primeiro “ Realizar a elaboração de um plano de cuidados e estabelecer prioridades” com 21.74% (10), o segundo “Execução do plano de cuidados com maior exigência profissional” 43.48% (20) e o terceiro “Melhorar a avaliação efetuada aos doentes antes dos procedimentos” 34.78% (46).

Tabela 54

Mudança no exercício da minha profissão- Processo de enfermagem

Categoria	Indicador	n	%
Processo de enfermagem	Realizar a elaboração de um plano de cuidados e estabelecer prioridades	10	21.74
	Execução do plano de cuidados com maior exigência profissional	20	43.48
	Melhorar a avaliação dos doentes (juízo clínico) antes dos procedimentos	16	34.78
		46	100

6.1.7.2 - Intensidade do erro reportado no exercício da profissão

Quando questionados sobre o impacto do erro no exercício da sua atividade profissional (cf. Tabela 55), 16% dos inquiridos assinalaram a opção “nada” e 49.8% a opção “um pouco”. Em conjunto 65.8% dos inquiridos atribuem pouco ou nenhum impacto ao erro relatado na sua prática profissional. Assinalaram a opção “muito” 24.6% dos enfermeiros e “muitíssimo” 9.7%. O erro foi reconhecido como importante na sua prática profissional por 34.3% dos inquiridos.

Tabela 55

Impacto do erro no exercício da enfermagem

	Nada		Um pouco		Muito		Muitíssimo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Teve um efeito profundo no seu exercício da enfermagem	128	15.96	399	49.75	197	24.56	78	9.73

6.1.8 - Sugestões para a prevenção do erro

Para efetuarmos a análise da questão aberta “Agradecemos quaisquer outros comentários/sugestões para a prevenção do erro” utilizamos a análise de conteúdo de Bardin (2009) que conjuga a metodologia qualitativa e quantitativa. As sugestões dos enfermeiros para a prevenção do erro tiveram maior expressão nas categorias de Formação e nas Competências psicossociais. Segue-se com menor expressão mas de igual relevância para reflexão, as categorias Dotações seguras⁶³, Ambiente seguro, Atitude preventiva, Responsabilidade profissional/advocacia do doente-Outros assuntos, Notificação dos erros, Stresse, Processo de enfermagem e Documentação.

Na Tabela 56 a categoria Formação, que já foi anteriormente definida do ponto de vista operacional integra três indicadores sendo que o primeiro “Aprender com os erros” se evidencia com 48.15% (26), o segundo “Formação contínua” com 31.48% (17) e o terceiro “Supervisão” igualmente com 20.37% (11).

Tabela 56

Sugestões para a prevenção do erro – Formação

Categoria	Indicador	n	%
Formação	Aprender com os erros	26	48.15
	Formação contínua	17	31.48
	Supervisão	11	20.37
		48	100

A categoria Competências psicossociais é definida operacionalmente do seguinte modo: A competência é considerada “como um conjunto de comportamentos que englobam os conhecimentos, as habilidades e os atributos pessoais essenciais para prestarem cuidados de qualidade” (Freitas e Parreira, 2013, p. 172). Psicossociais, como o próprio nome indica, conjugam dimensões do foro psicológico

63 Dotações seguras consistem em “estabelecer de forma quantitativa e qualitativa, as necessidades de pessoal de enfermagem, para prestar cuidados a um determinado grupo de clientes” (Frederico & Leitão 1999, p.113). Isto é, as dotações seguras em enfermagem devem ter em consideração a quantidade (número de enfermeiros ou equivalentes em tempo integral) e a qualidade (experiência/ formação dos enfermeiros) relativamente às necessidades dos doentes sendo condições favoráveis para a qualidade de cuidados em enfermagem (Freitas & Parreira, 2013).

e social. Esta categoria foi, então, designada de Competências psicossociais porque se refere a um conjunto de conhecimentos, habilidades e atributos essenciais do âmbito psicossocial considerados relevantes para prestação de cuidados de enfermagem com qualidade.

Conforme podemos constatar na Tabela 57 a categoria Competências psicossociais integra três indicadores sendo o primeiro “Comunicação” com 48.72% (19), o segundo “Trabalho em equipa” com 33.33% (13) e o terceiro “Liderança” com 17.95% (7).

Tabela 57
Sugestões para a prevenção do erro – Competências psicossociais

Categoria	Indicador	n	%
Competências psicossociais	Comunicação	19	48.72
	Trabalho em equipa	13	33.33
	Liderança	7	17.95
		39	100

De seguida procedemos à caracterização descritiva das categorias com menor expressão mas que achámos pertinentes para análise.

Da categoria Dotações seguras emergiu um indicador “Necessidade de mais enfermeiros no serviço” que integra 34 unidades de registo que são caracterizadas pelo seguinte exemplo *“Tudo isto poderia ter sido evitado, se houvesse menos stresse nas Medicinas, mais pessoal, e que nós profissionais de saúde não fizéssemos coisas mecanizadas, tivéssemos mais tempo para estar com o doente”*(Q31).

Relativamente à categoria Ambiente seguro emerge o indicador “Solicitar instalações/equipamentos funcionais para o trabalho” que integra 18 unidades de registo que são caracterizadas pelo seguinte exemplo *“Ter instalações/equipamentos que permitam a melhor organização de material”* (Q198).

Quanto à categoria Atitude preventiva, que já foi anteriormente definida do ponto de vista operacional, emergiu um indicador “Maior atenção” que integra 15 unidades de registo que são caracterizadas pelo seguinte exemplo *“Estar atenta aos pormenores numa perspectiva de personalização e individualização de cuidados”* (Q60).

A categoria Responsabilidade profissional/advocacia do doente-Outros assuntos, que já foi anteriormente definida do ponto de vista operacional (cf. Capítulo V), emerge com um indicador “Certificar a identidade do doente” que integra 15 unidades de registo que se caracteriza pelo seguinte exemplo *“Nunca esquecer de verificar a identidade dos doentes antes de administrar medicação”* (Q100).

Relativamente à categoria Notificação do erro emerge com um indicador “Reportar o erro para reflexão em equipa” que integra 14 unidades de registo caracterizando-se pelo seguinte exemplo *“Incentivar os enfermeiros a declararem o erro, para poderem refletir antes, durante e após a ação-erro. Fomentar uma relação de confiança na equipa de enfermagem e equipa de saúde”*(Q72).

Da categoria Stresse emerge um indicador “Trabalhar sem stresse” que integra 10 unidades de registo que são caracterizadas pelo seguinte exemplo *“A melhor prevenção do erro que se pode fazer é trabalhar sem stresse” (Q23).*

Quanto à categoria Processo de enfermagem emerge um indicador “Melhorar a avaliação dos doentes” que integra 9 unidades de registo que se caracteriza pelo seguinte exemplo *“Avaliar melhor as queixas do utente, porque grande parte das vezes as queixas são com razão de existência e não utilizadas como “chantagem” para um levante, por exemplo, queixando-se com dores fortes” (Q61).*

Da categoria Documentação emerge um indicador “Registos de enfermagem” que integra 5 unidades de registo caracterizando-se pelo seguinte exemplo *“(…)Antes de executar o penso confirmar registos ou confirmar com o médico do doente” (Q 282).*

6.2 - DISCUSSÃO

Neste ponto são apresentados e discutidos os principais resultados sobre as causas do erro na prática de enfermagem e a tomada de decisão com a finalidade de atingir os objetivos propostos. Assim, tendo subjacente a revisão da literatura efetuada os resultados obtidos procurámos refletir sobre o tipo de erro que ocorreu com mais frequência e a respetiva caracterização, bem como a perceção dos enfermeiros relativamente à causa do erro, às reações emocionais face ao mesmo, às estratégias utilizadas para lidar com ele e às mudanças no exercício da enfermagem devido ao erro cometido. A discussão decorre da comparação entre os resultados encontrados e outras investigações efetuadas no âmbito da temática em estudo.

Relativamente à caracterização do erro podemos referir que o erro de Administração Segura da Medicação se evidenciou como sendo o mais frequente (63.95%). É interessante averiguar que a maioria da literatura faz referência a erros de medicação e não a outros tipos de erro de forma tão evidente (Anselmi et al., 2007; Belela et al., 2011; Carvalho, Cassiani, Chiericato & Miasso, 1999; Cassiani & Ueta, 2004; Evans, 2009; Flynn et al., 2012; Jones, 2009). As possíveis razões pelo facto de enfermeiros neste estudo reportarem maioritariamente erros de medicação encontram-se descritas no Capítulo V. Destaca-se que os enfermeiros preferencialmente relataram erros que ocorreram há quatro ou mais anos (47.41%) sendo que em 57.71% dos casos, o doente tinha mais de 65 anos. O serviço indicado que comporta a maior percentagem de erros (36.38%) foi no internamento-medicina e em 40.82% dos casos o enfermeiro tinha mais de 6 anos de serviço. Quanto à categoria profissional os enfermeiros na sua maioria tinham (ou ainda têm) a categoria de enfermeiro graduado. Isto, efetivamente, acontece porque em termos globais os enfermeiros graduados são em maior número nas enfermarias do que os enfermeiros especialistas. No que respeita à atividade global e ao impacto do erro verificou-se que, relativamente ao primeiro aspeto, em 34.29% dos casos era completa, o que se aproxima do estudo efetuado por Meurier et al., (1997) e quanto ao segundo verificou-se que o erro não teve qualquer impacto sobre o doente em 60.54% dos casos reportados, o que atinge uma percentagem mais elevada relativamente ao estudo anteriormente referido (Meurier et al., 1997).

Quanto à percepção dos enfermeiros face às causas do erro cometido, estas podem ser multifatoriais (Meurier et al., 1997; Wu, Folkman, McPhee & Lo, 1991). As causas percebidas do erro evidenciadas na análise estatística descritiva foi “decidi depressa demais o que fazer”, “estava desatento”, “tomei a decisão errada”, “avalei mal a situação” e “o ambiente da enfermaria/serviço era particularmente stressante”. Alguns destes resultados corroboram o que está reportado na literatura especializada, nomeadamente a elaboração de um juízo clínico errado (“tomei a decisão errada”, “avalei mal a situação”) e o facto de o ambiente da enfermaria ser stressante (Meurier et al., 1997; Wu et al., 1991).

Contudo, a relação verificada entre as afirmações “não estar familiarizado com os procedimentos naquela altura” e “não tinha a informação que devia ter” bem como com “a supervisão do pessoal mais experiente foi inadequada” corroboram os estudos de Meurier et al., (1997) e Wu et al., (1991), que salientam a falta de informação procedimental como um dos fatores mais importantes. Possivelmente, o facto de “não estar familiarizado com os procedimentos” poderá ficar a dever-se à falta de conhecimentos e/ou também a uma inadequada supervisão por parte dos profissionais mais experientes.

Salientamos, igualmente, que “tomar a decisão errada” está associada a uma “má avaliação” e esta está associada à “não compreensão dos sinais de alerta”. “Tomar a decisão errada” está, ainda, associada a “dar informação incorreta/inadequada”, bem como a “agir para além das competências”. Nesta situação o juízo clínico é colocado em causa devido a défices de conhecimento que implicam a não compreensão dos sinais de alerta e, conseqüentemente, o profissional realiza uma má avaliação culminando numa tomada de decisão errada. Estes aspetos são igualmente salientados no estudo de Meurier et al., (1997). Consideramos que o juízo clínico referenciado por Benner et al. (2006) e Benner et al., (2010) é utilizado de uma forma deficiente, podendo causar dano aos doentes. É fundamental que os enfermeiros realizem um correto juízo clínico da situação do doente de modo a elaborar um diagnóstico de enfermagem adequado e, subseqüentemente, delinear as intervenções mais ajustadas de forma a contribuir para a segurança do doente.

Como já referido anteriormente, “o ambiente da enfermaria/serviço era particularmente stressante” foi considerado pelos enfermeiros como uma possível causa da ocorrência de erro que confirma o estudo de (Meurier et al., 1997).

No entanto, constatamos, igualmente, que a associação entre o ambiente stressante do serviço com a existência da hostilidade ou de promoção de práticas inseguras (fazer de qualquer maneira ou encurtar caminho), embora estatisticamente significativa, é de baixa magnitude. Já a relação entre a existência de um ambiente hostil e a promoção de práticas inseguras apresenta valores moderados. Embora, felizmente, a maior parte dos enfermeiros não se identifique com a existência de um ambiente hostil e com a promoção, por parte do pessoal, de práticas inseguras, a associação entre estas circunstâncias altamente desfavoráveis à prática profissional com qualidade é relativamente elevada. Isto, constitui um sinal de alerta que nos indica que quando existe hostilidade entre os profissionais, o trabalho é efetuado de forma pouco cuidada e não se aplicam as boas práticas de enfermagem na prestação dos cuidados.

Os fatores subjacentes às causas individuais que levaram à ocorrência do erro foram identificados através da Análise em Componentes Principais (ACP) com rotação *varimax*, a qual evidenciou uma estrutura fatorial com quatro fatores. O primeiro fator remete para erros de julgamento e apresenta um

coeficiente Alfa de Cronbach com um valor razoável (.665). Do segundo fator emergiram causas devidas a falhas de supervisão, e apresenta um coeficiente de Alfa de Cronbach com um valor razoável (.677). O terceiro fator evidência causas de erro na execução da prática clínica e apresenta um coeficiente Alfa de Cronbach com um valor baixo (.532). Por fim, o quarto fator remete para um déficit das funções executivas e apresenta um coeficiente Alfa de Cronbach com um valor baixo (.506).

Podemos considerar que os fatores *Erros de julgamento* e *Défice das funções executivas* estão mais relacionados com o profissional. Relativamente ao primeiro fator poderá dever-se à falta de conhecimentos e/ou inexperiência e o segundo fator poderá deve-se a falhas de atenção e de memória que conseqüentemente deram origem a falhas ativas (cf. Capítulo I) no decurso dos cuidados clínicos. Quanto aos fatores de falhas de supervisão e erro na execução da prática clínica poderão ser consideradas falhas latentes (cf. Capítulo I), isto é falhas existentes a montante no sistema que, ao se alinharem, conforme a metáfora do “Queijo Suíço”, culminaram em falhas ativas. Estas situações poderiam ser prevenidas através da autoformação, da formação ao longo da vida e da formação académica e com uma exímia liderança, contribuindo para uma cultura de segurança (cf. Capítulo II) que beneficia tanto os profissionais como os doentes.

Relativamente às reações emocionais face ao erro evidência-se, pela estatística descritiva dois tipos de emoções, as internas (dirigidas ao próprio indivíduo) e as externas (dirigidas ao exterior). No primeiro tipo encontramos a raiva e a culpa e relativamente ao segundo tipo, deparamos com o medo de represálias e com a raiva de outra pessoa. Quanto às emoções internas (raiva e culpa), a evidência demonstra que estão mais associadas com o facto de o profissional se sentir responsável pelo erro, levando-o a aprender com o mesmo, sendo consideradas estratégias adaptativas que podem levar a mudanças construtivas nas práticas profissionais, no entanto, as emoções externas colocam a responsabilidade nos outros ou no sistema, sendo consideradas estratégias pouco adaptativas, em que os enfermeiros podem adotar mudanças defensivas na prática clínica, ficando menos confiantes e mais ansiosos no trabalho. Os resultados por nós agora encontrados corroboram os estudos de Karga et al., (2011), Meurier et al., (1997) e Wu et al., (1993).

A associação entre emoções evidência que as emoções de raiva consigo próprio estão associadas à incompetência, medo e culpa. Por outro lado, o facto da emoção culpa estar presente no enfermeiro, indica-nos que se sentiu culpado pela ocorrência do erro, tendo gerado em si emoções de raiva, sentindo-se incompetente e com medo de possíveis represálias. Claramente se compreende que pelo facto de o profissional se encontrar envolvido numa situação de erro clínico pode ajudar a desencadear uma resposta emocional intensa, o que está em acordo com alguma literatura em que os autores estudaram o impacto emocional face ao erro cometido (Karga et al., 2011; Kirsten, Rosenthal & Suycliffe, 2006; Meurier et al., 1997; Meurier et al., 1998; Santos & Padilha, 2005; Santos, Silva, Munari & Miasso, 2007; Schwappach & Boluarte, 2008; Sirriyeh, Lawton, Gardner & Armitage, 2010; Treiber, & Jones, 2010; White, Waterman, McCotter, Boyle & Gallagher, 2008; Wu et al., 1991). Consideramos pertinente que estas respostas emocionais sejam reconhecidas e tratadas adequadamente, pois de contrário podem afetar a autoconfiança do enfermeiro e inibir o seu processo de aprendizagem, conforme é referido por Meurier et al., (1997) e White et al., (2008). Nestas circunstâncias, consideramos apropriado o

aconselhamento para apoiar os profissionais de saúde na interpretação das suas emoções como parte de um processo de desenvolvimento com a finalidade de superar o sentimento de incompetência e medo de humilhação ou repercussões, entre outros aspetos, o que vai ao encontro das observações de (Karga et al., 2011; White et al., 2008).

Face a esta perturbação emocional conseguimos compreender que os enfermeiros falaram maioritariamente com alguém acerca do erro, nomeadamente com os colegas depois, por ordem decrescente, com o médico, enfermeiro chefe e por fim, com o enfermeiro mais experiente, estando estes resultados de acordo com os estudos realizados por Meurier et al., (1997) e White et al., (2008). Isto indica-nos que uma cultura institucional punitiva não promove o diálogo, nem existe a abertura necessária com os colegas e superiores para que possam obter o apoio desejado e para que não se perpetue o ciclo do erro.

Apesar das perturbações emocionais acima referidas os enfermeiros conseguiram obter a média mais elevada nos itens “Sabia o que tinha que ser feito, por isso redobrei o meu esforço para que as coisas resultassem”, seguido de “Tentei impedir que as minhas emoções interferissem demasiado com as outras coisas”, o que mostra a capacidade dos enfermeiros em utilizarem estratégias de resolução de problemas e de autocontrolo face à situação de erro, indo ao encontro dos resultados do estudo realizado por Meurier et al., (1997).

Os fatores subjacentes às estratégias utilizadas para lidar com o erro foram verificados através da Análise em Componentes Principais (ACP) com rotação *varimax*, com uma estrutura fatorial de quatro fatores.

O primeiro se reporta a estratégias de atribuição interna do erro associada a uma ausência de externalização emocional, com um Alfa de Cronbach razoável de (.628), o segundo remete para estratégias de negação e/ou evitamento do acontecimento, com um razoável Alfa de Cronbach (.613), o terceiro apela a estratégias de suporte social, com um Alfa de Cronbach razoável de (.657), e no quarto está expressa a ideia da utilização de uma estratégia de resolução de problemas com um Alfa de Cronbach razoável de (.615).

Relativamente às estratégias de atribuição interna pressupõe-se que os profissionais se sintam responsáveis pelo erro e, conseqüentemente, esta perceção pode constituir um requisito para que ocorram mudanças nas práticas de enfermagem. As estratégias de negação e/ou evitamento do acontecimento são estratégias negativas de lidar com o erro e que não favorecem a aprendizagem, estando em consonância com o estudo de Meurier et al., (1997). As estratégias de suporte social e de resolução de problemas são fundamentais porque são consideradas estratégias adaptativas para lidar com o erro e que também vão ao encontro dos estudos realizados por Karga et al., (2011) e Meurier et al., (1997).

Os enfermeiros, na questão aberta “*Outras estratégias usadas para lidar com o erro*”, reportaram outras estratégias adicionais para lidar com o erro, as quais identificámos utilizando a análise de conteúdo de Bardin (2009). Desta análise emergiu a categoria Comunicação, em que se evidencia na sua maioria o indicador “aceitar o apoio e refletir com a equipa multidisciplinar para compreender o erro”. Uma outra estratégia considerada relevante foi a categoria formação na qual se evidencia o indicador “aprender com o erro”. Por fim, a categoria Atitude preventiva da qual se sobressai o indicador “Confirmar sempre

as ações de enfermagem” seguindo-se o indicador “maior atenção” e “Observar e monitorizar os sinais vitais”. De uma forma sintética, existe uma preocupação dos enfermeiros no sentido de lidarem construtivamente com o erro, nomeadamente na relevância dada ao suporte social, ao aprender com o erro, ao confirmar sempre as ações de enfermagem, bem como no prestar maior atenção. Todas estas estratégias foram igualmente identificadas no estudo de Meurier et al., (1997).

Quanto à discussão do erro com a equipa clínica evidenciaram-se algumas dimensões, tais como, discussão do erro com o pessoal mais experiente e o facto de terem sido aconselhados acerca do mesmo, resultados estes que se aproximam do estudo efetuado por Meurier et al., (1997). No que se refere às consequências pessoais da discussão do erro com a equipa evidencia-se “senti-me apoiado(a) pela forma como o caso foi tratado”, o que manifesta uma mudança de tanto de atitude como do comportamento dos profissionais face ao erro.

A utilização de estratégias pessoais e interpessoais adaptativas são consideradas fundamentais para impedir o perpetuar do erro. Face a estes resultados, indicadores de uma maior abertura relativamente ao erro, pensamos ser relevante solicitar às Direções de Enfermagem, nomeadamente aos enfermeiros diretores, enfermeiros supervisores e enfermeiros chefes que sejam líderes facilitadores da mudança de uma cultura institucional tradicional mais punitiva para uma mais aberta ao diálogo entre os pares e superiores, sendo considerada uma cultura institucional mais justa contribuindo para a segurança do doente e para uma maior satisfação profissional.

No que respeita às mudanças no exercício da enfermagem devido ao erro evidenciam-se alguns aspetos, tais como, “presto mais atenção aos pormenores” e “tento ter mais cuidado com o registo/plano de cuidados do doente” tal como no estudo efetuado por Meurier et al., (1997).

Os fatores subjacentes às mudanças efetuadas em consequência do erro foram verificados através da Análise em Componentes Principais (ACP) com rotação *varimax*, em que se evidenciou uma estrutura fatorial de dois fatores. O primeiro fator emerge da saturação de itens que reportam mudanças construtivas para prevenir o erro, como o redobrar a atenção ou a solicitação de suporte por parte de superiores ou pares. O segundo fator surge pela saturação de três itens que se referem a mudanças defensivas, demonstrando uma retração da confiança do enfermeiro em si e nos outros.

Existem também mudanças adicionais no exercício profissional identificadas nas respostas dadas pelos enfermeiros à questão aberta, as quais foram objeto da análise de conteúdo proposta por Bardin (2009). Desta análise emergiram as seguintes categorias Atitude preventiva, Formação e Processo de enfermagem. Relativamente à primeira evidencia-se os indicadores “maior atenção no desempenho de enfermagem” seguido de “confirmar todas as ações de enfermagem”, na segunda os indicadores “Atualizar os conhecimentos científicos” seguido de “Aprender com os erros” e na terceira os indicadores “Execução do plano de cuidados com maior exigência profissional”, seguido de “Melhorar a avaliação dos doentes (juízo clínico) antes dos procedimentos” e de “Realizar a elaboração de um plano de cuidados e estabelecer prioridades”. Estes resultados demonstram mudanças construtivas no desempenho profissional através da formação autodirigida, que pode ser complementada com a formação ao longo da vida, no sentido de se cumprir com as boas práticas da profissão e, deste modo, atenuar os erros contribuindo para segurança do doente.

Quanto à intensidade do erro reportado no exercício da profissão evidencia-se que 65.7% dos inquiridos atribuem pouco ou nenhum impacto do erro relatado na sua prática profissional. No entanto, houve enfermeiros (24.6%) que assinalaram as opções “muito” e (9.7%) “muitíssimo” quanto ao impacto do erro na sua prática de enfermagem. É, ainda, relevante mencionar que o erro foi reconhecido como importante na sua prática profissional em 34.3% dos inquiridos. Apesar de tudo, existe um grupo alargado que não reconhece o erro como importante na sua prática profissional. Neste sentido, consideramos necessário haver uma mudança de cultura institucional tradicional para uma cultura de segurança, sendo esta mais aberta à discussão do erro e promotora dos processos de aprendizagem.

Os enfermeiros, na questão aberta *“Agradecemos quaisquer outros comentários/sugestões para a prevenção do erro”*, reportaram alguns comentários/ sugestões para prevenção do erro, tendo sido as respostas a esta questão objeto da análise de conteúdo proposta por Bardin (2009). Desta análise emergiram duas categorias relevantes, nomeadamente, as categorias de Formação e Competências psicossociais. De seguida apareceram as categorias que obtiveram uma menor frequência mas de interesse tais como as categorias Dotações seguras, Ambiente seguro, Atitude preventiva, Responsabilidade profissional/advocacia do doente-Outros assuntos, Notificação do erro, Stresse, Processo de enfermagem e Documentação.

Relativamente à categoria de Formação evidencia-se o indicador “Aprende com os erros”, seguido de “Formação contínua” e de “Supervisão”. Os enfermeiros consideram a formação como essencial, nomeadamente para aprender com os erros, para melhorar o conhecimento dos profissionais através da formação no serviço de acordo com as necessidades e para se discutir em equipa casos clínicos, no sentido de se refletir sobre as práticas de enfermagem. A literatura científica faz referência a estes aspetos, nomeadamente à aquisição de mais conhecimento pela discussão multiprofissional dos assuntos, bem como pela realização de simulações de determinados cuidados de saúde. No que respeita à supervisão, os enfermeiros pensaram que seria importante para diminuir o erro a existência de supervisão no início da atividade profissional e, consideraram igualmente relevante, a existência de supervisão quando se inicia a execução de funções de enfermagem num serviço diferente daquele em que anteriormente era exercida a atividade profissional. Apesar de serem poucos os enfermeiros que salientaram a sua relevância, a supervisão é considerada um aspeto importante porque a literatura evidencia a supervisão dos profissionais juniores como sendo uma atividade relevante a considerar nas instituições de saúde, no sentido de atenuar o erro e contribuir para a segurança do profissional e do próprio doente (Meurier et al., 1997).

Para além da formação realça-se a categoria Competências psicossociais que integra o indicador “Comunicação”, seguido do “Trabalho em equipa” e por fim a “Liderança”. Os enfermeiros, relativamente ao indicador “Comunicação” consideram importante clarificar as dúvidas bem como a consulta de informação escrita como uma forma de ultrapassar as barreiras comunicativas e prevenir o erro. Consideraram, igualmente, relevante a comunicação eficaz na passagem de turno, para assegurar que o processo de comunicação não seja enviesado e, assim, tentar diminuir os erros, aspetos que também são referidos na literatura. No que respeita ao indicador “Trabalho em equipa” os enfermeiros consideram que se deve trabalhar mais em equipa de modo a criar-se um ambiente inter-relacional propício à aceitação do erro, assunto mencionado na literatura. Quanto ao indicador “Liderança” apesar

da sua pouca expressividade, os enfermeiros realçaram o facto de melhorar o envolvimento dos enfermeiros chefes à equipa. Estes devem contribuir para criar um ambiente propício ao reporte dos erros e no desenvolvimento de uma cultura de segurança no seio da própria equipa multiprofissional, tal como preconiza a literatura.

As lideranças, nomeadamente, os enfermeiros chefes apelam várias vezes à hierarquia superior por mais enfermeiros de modo a obter dotações seguras. Estas são expressas por 34 enfermeiros como situação relevante, para a prevenção do erro e é algo que falha em diversas instituições de saúde colocando em causa a segurança do doente. O facto de haver défices nas dotações pode contribuir para que haja, por exemplo, fadiga, stresse, trabalho realizado com pouco envolvimento, entre outros, situação que conduz a que os cuidados de enfermagem não sejam cumpridos com rigor científico (Garrett, 2008; Ludwick & Silva, 2003; Silva & Ludwick, 2001). A literatura também nos refere que as dotações seguras são essenciais para que haja cuidados de enfermagem com qualidade, usando boas práticas e, deste modo, não causar dano aos doentes conforme preconizava nos primórdios Florence Nightingale.

As dotações seguras não bastam para prevenir o erro, mas trabalhar num ambiente seguro, conforme expressam 18 enfermeiros na categoria “Ambiente seguro”, pode contribuir para a prevenção do mesmo, isto é, um ambiente construído em prol da segurança profissional e do doente, tendo subjacente a prevenção do erro, damos os seguintes exemplos referentes a solicitar instalações/equipamentos funcionais para o trabalho, mudança de local do cloreto de potássio (KCl) e soro fisiológico para não se misturar com a outra medicação, sinalização de fármacos perigosos, correção de rótulos semelhantes por parte dos laboratórios, comprimidos não deveriam ter formato e cor igual, não interrupção aquando da preparação da medicação, uso de colete vermelho na preparação da mesma, não administração de medicação preparada por outro enfermeiro, entre outros.

Para além de se obter um ambiente seguro, os enfermeiros consideram relevante ter-se uma atitude preventiva com a finalidade de prevenir o erro. A categoria “Atitude Preventiva” é mencionada por 15 enfermeiros, que consideraram como premente no desempenho das suas funções o desenvolvimento do processo executivo da atenção no sentido de diminuir os erros. Partindo das evidências apresentadas na literatura especializada, estes por vezes, acontecem porque os enfermeiros mais experientes ficam mais automatizados nas suas funções e, por lapsos de memória ou de atenção, os erros podem ocorrer (Fragata & Martins, 2004; Rubin & Zoloth, 2000). Daí a importância expressa pelos enfermeiros de se concentrarem em desenvolver a capacidade de atenção. O uso de tecnologias com dispositivos de alerta também poderá servir para ultrapassar a barreira da fragilidade humana de atenção e, deste modo, atenuar o erro. Isto é, a sinalização sonora dos aparelhos tecnológicos despertam a atenção para a situação de perigo que poderá estar eminente e sem a qual a situação poderia passar despercebida podendo ser fatal para o doente.

Relativamente à categoria “Responsabilidade profissional/advocacia do doente - Outros assuntos”, evidência que 15 enfermeiros mostraram ser relevante a certificação da identidade do doente, no sentido da prevenção do erro. De acordo com a literatura, o facto de efetivamente não haver identificação do doente pode ser propício à ocorrência de trocas, por exemplo de doentes, de camas, de medicação, entre outros, que podem conduzir a consequências nefastas para os doentes e comprometer a sua segurança (Jones, 2009; Sheu et al., 2008).

Todas as categorias de erros mencionadas são relevantes para a prevenção do erro mas a categoria “Notificação do erro” é deveras interessante porque se compreende que os 14 enfermeiros que a manifestam consideram pertinente refletir em equipa antes, durante e após a ocorrência do erro, no sentido de a equipa aprender com o mesmo. Em consonância com a literatura podemos depreender que, pelo facto de ainda existir uma cultura punitiva, há uma limitação efetiva ao reporte do erro mas, se esta cultura for substituída por outra cultura mais justa, os enfermeiros poderão tornar-se mais confiantes na discussão do erro com a equipa e esta ficar mais forte e coesa, contribuindo para a satisfação dos profissionais no trabalho de enfermagem.

Relativamente à categoria “Stresse”, 10 enfermeiros manifestam que trabalhar sem stresse é considerado como circunstância ideal para a prevenção do erro. Em diversos serviços hospitalares trabalha-se sob stresse e, deste modo, considera-se importante que os enfermeiros adquiram competências para o gerirem, facto que, de acordo com a literatura, se enquadra nas competências não técnicas (cf. Capítulo III).

No que respeita à categoria “Processo de enfermagem”, 9 enfermeiros consideraram muito relevante desenvolver a competência de avaliação dos doentes. Referem que é importante avaliar e valorizar as queixas do doente, que por vezes são ignoradas, continuando o doente em sofrimento, situação que poderia ser evitada.

Quanto à categoria “Documentação”, 5 enfermeiros revelaram que os registos de enfermagem deveriam ser objetivos. Aquando da elaboração dos registos de enfermagem, os enfermeiros não deveriam ser interrompidos e deveriam confirmá-los antes da execução dos cuidados de enfermagem e se, efetivamente isto acontecesse os erros seriam atenuados.

CAPÍTULO VII

COMPARAÇÃO ENTRE OS DIFERENTES TIPOS DE ERROS E A PERCEÇÃO ACERCA DOS MESMOS EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS CONTEXTUAIS

Neste capítulo pretendemos analisar a existência de diferenças entre os vários tipos de erros reportados e a percepção acerca dos mesmos em função de variáveis contextuais, tais como a altura em que ocorreu o erro (tempo), o serviço, a idade do doente, tempo de serviço do enfermeiro, categoria profissional do mesmo, nível de atividade global, impacto sobre o doente, causas do erro, estratégias adotadas pelos enfermeiros, ambiente da enfermaria/serviço, reações emocionais, consequências da comunicação e o impacto do erro no exercício da profissão de enfermagem. Pretendemos também averiguar se existem diferenças entre os outros tipos de erro e os de Administração Segura de Medicação (ASM) e a percepção dos enfermeiros relativamente às causas dos erros, se existem diferenças significativas quanto às estratégias adotadas entre os diferentes tipos de erro e os erros de ASM e, ainda se existem diferenças significativas entre os outros tipos de erro e os erros de ASM relativamente ao impacto do erro no exercício profissional de enfermagem.

Tendo em vista o alcance destes objetivos utiliza-se a estatística descritiva como as medidas de tendência central (média, mediana, desvio padrão) e inferenciais como o Qui-Quadrado para perceber a existência de dispersão ou não existente entre os erros de ASM e os outros tipos de erro em função com as variáveis contextuais. A ANOVA também é utilizada para averiguar se existem diferenças entre médias, nomeadamente entre os erros de ASM e os outros tipos de erro.

7.1 - ANÁLISE DOS RESULTADOS

No âmbito do Capítulo V os erros foram classificados em 14 categorias, através de análise de conteúdo de procedimentos abertos. A tipologia resultante já foi apresentada nesse capítulo, integrando esta as seguintes categorias: Administração Segura de Medicação, Intervenção - Técnica e procedimentos, Intervenção - Comunicação, Intervenção - Alimentação, Intervenção - Respiração, Intervenção - Eliminação vesical e Intervenção - Eliminação intestinal, Responsabilidade profissional/advocacia do doente - Ética do cuidar, Responsabilidade/advocacia do doente - Outros assuntos, Prevenção, Juízo clínico, Documentação, Interpretação de ordens prescritas por outros e Atenção e vigilância.

Neste capítulo analisa-se a relação do tipo de erro com as variáveis contextuais descritas no Capítulo VI (altura em que aconteceu o erro, serviço, idade do doente, categoria profissional, nível de atividade global, impacto do erro sobre o doente, a causa do erro entre outras). É no tipo de erro de ASM que a maior parte dos enfermeiros (63.95%) selecionaram o erro que quiseram relatar (cf. Capítulo V) e proceder à reflexão ao longo da sua resposta ao questionário. Uma tão expressiva incidência neste tipo de erro permite-nos acreditar ser este o tipo de erro mais frequente e/ou mais acessível à memória. Nesse caso, deve merecer uma atenção particular na análise dos resultados.

A dispersão dos resultados pelos restantes 13 tipos de erro não permite uma caracterização tão completa de cada um destes tipos, como acontece com a Administração Segura da Medicação. Nos 13 tipos de erro a incidência é, em todos eles, inferior a 10%, e em três tipos é mesmo inferior a 1%. Assim, optámos por manter a análise descritiva da relação entre as variáveis em estudo e os diversos tipos de erro, mas a análise inferencial é focada no primeiro tipo de erro (ASM) *versus* os restantes, os quais foram agrupados para esse efeito. Tal significa perceber em que aspeto a Administração Segura da Medicação se distingue dos restantes tipos de erro. Para cada variável em estudo passamos a apresentar duas tabelas. Uma primeira, em que a distribuição dos níveis da variável em estudo é apresentada para cada tipo de erro. Uma segunda tabela, com base na qual é calculada a estatística inferencial (Qui-quadrado), em que são considerados apenas dois tipos de erros: ASM vs. outros.

O cálculo das percentagens reporta-se sempre a cada tipo de erro. Por exemplo, para o erro de ASM qual a proporção de respostas em “nos últimos 6 meses”, “no último ano”, etc.

7.1.1 - Tempo *versus* tipo de erro

Verificamos que 47.41% dos inquiridos selecionaram erros que ocorreram há quatro ou mais anos. Essa tendência é transversal a todos os tipos de erro (cf. Tabela 58). Apenas no tipo responsabilidade profissional/ advocacia do doente - outros assuntos a proporção de sujeitos que assinalam uma ocorrência mais recente é expressiva (43.24%).

Tabela 58

Tempo decorrido vs. tipo de erro (em percentagem)

Tipo de erro (grandes categorias)	n	Nos últimos 6 meses (%)	No último ano (%)	Nos últimos 2 anos (%)	Nos últimos 3 anos (%)	Nos últimos 4 anos ou mais (%)	Total (%)
administração segura de medicação	511	14.93	9.23	14.93	9.23	51.67	100
intervenção técnica e procedimentos	59	28.81	8.47	22.03	6.78	33.90	100
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - outros	38	43.24	5.41	18.92	8.11	24.32	100
prevenção	35	22.86	8.57	20.00	2.86	45.71	100
intervenção comunicação	30	30.00	3.33	10.00	16.67	40.00	100
juízo clínico	24	29.17	4.17	16.67	4.17	45.83	100
documentação	20	15.00	30.00	5.00	15.00	35.00	100
interpretação de ordens prescritas por outros	20	25.00	10.00	10.00	5.00	50.00	100
intervenção alimentação	17	11.76	11.76	17.65	0.00	58.82	100
atenção / vigilância	16	25.00	0.00	25.00	6.25	43.75	100
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - ética do cuidar	16	12.50	31.25	6.25	6.25	43.75	100
intervenção respiração	5	20.00	0.00	20.00	20.00	40.00	100
intervenção eliminação vesical	5	40.00	20.00	20.00	20.00	0.00	100
intervenção eliminação intestinal	3	0.00	0.00	0.00	0.00	100	100

Para sabermos se os erros de ASM se distinguem dos outros tipos de erro relativamente ao tempo decorrido entre a ocorrência e o relato, recorreremos ao teste estatístico Qui-quadrado.

Na tabela de contingência (cf. Tabela 59) encontramos para cada tipo de erro a proporção de sujeitos que responderam desde “nos últimos 6 meses” até “nos últimos 4 anos ou mais”. Nas duas categorias de erro em análise, os enfermeiros escolheram maioritariamente erros ocorridos há 4 ou mais anos. Isto aconteceu para 51.67% daqueles que relataram erros de administração segura da medicação e para 40.20% daqueles que relatam outro tipo de erro. É ainda de realçar a maior proporção de erros recentes (nos últimos 6 meses) entre aqueles que relatam outro tipo de erros (25.91%) comparados com os que relataram erros de ASM. A diferença na distribuição do momento de ocorrência pelo tipo de erro foi estatisticamente significativa ($\chi^2(4)=17.847, p=.001$). Isto é, existe uma diferença significativa entre os erros de ASM e os outros tipos de erro em função do tempo em que ocorreu o erro.

Tabela 59

Distribuição do tempo decorrido após o erro em função do tipo de erro (ASM versus outro tipo de erro)

Quando aconteceu o erro	Outro erro		Erro de ASM		$\chi^2(g), p$
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Nos últimos 6 meses	78	25.91	76	14.93	$\chi^2(4)=17.847, p=.001$
No último ano	29	9.63	47	9.23	
Nos últimos 2 anos	49	16.28	76	14.93	
Nos últimos 3 anos	24	7.97	47	9.23	
Nos últimos 4 anos ou mais	121	40.20	263	51.67	
Total	301	100.00	509	100.00	

7.1.2 - Enfermaria versus tipo de erro

Constatamos pela leitura da Tabela 60 que o internamento-medicina é o serviço onde foi relatada uma maior proporção de erros (36.86%) seguido de internamento-especialidades cirúrgicas (18.43%). Na análise por tipo de erro a conclusão é idêntica, isto é a percentagem associada aos diferentes tipos de erro mostra-nos que não existem grandes variações em função destes dois serviços.

Tabela 60

Enfermaria vs. tipo de erro (em percentagem)

Tipo de erro (grandes categorias)	n	Internamento-Medicina (%)	Internamento-Especialidades cirúrgicas (%)	Urgência (%)	Cuidados intensivos (%)	Bloco operatório (%)	Ambulatório (%)	Outra (%)	Total
administração segura de medicação	511	36.86	18.43	9.22	2.55	3.14	2.55	27.25	100
intervenção técnica e procedimentos	59	23.73	27.12	11.86	1.69	6.78	8.47	20.34	100
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - outros assuntos	38	24.32	16.22	10.81	8.11	18.92	5.41	16.22	100
prevenção	35	51.43	14.29	11.43	0	2.86	5.71	14.29	100
intervenção comunicação	30	36.67	16.67	20.00	3.33	0	0	23.33	100
juízo clínico	24	45.83	16.67	4.17	4.17	0	4.17	25.00	100
documentação	20	40.00	20.00	0	0	0	0	40.00	100
interpretação de ordens prescritas por outros	20	35.00	20.00	15.00	0	0	0	30.00	100
intervenção alimentação	17	29.41	23.53	0	5.88	0	5.88	35.29	100
atenção / vigilância	16	37.50	12.50	0	0	6.25	12.5	31.25	100
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - ética do cuidar	16	31.25	25.00	6.25	0	0	6.25	31.25	100
intervenção respiração	5	100.00	0	0	0	0	0	0	100
intervenção eliminação vesical	5	40.00	40.00	0	0	0	0	20.00	100
intervenção eliminação intestinal	3	0	66.67	33.33	0	0	0	0.00	100

Ao considerarmos a dicotomia erro de ASM vs. outro tipo de erro na distribuição pelos serviços, verificamos não serem as diferenças observadas estatisticamente significativas (cf. Tabela 61), isto é, não existe dispersão entre os erros de ASM e os outros tipos de erro em função do serviço onde os erros reportados ocorreram.

Tabela 61

Distribuição do serviço em função do tipo de erro (ASM versus outro tipo de erro)

Serviço	Outro erro		Erro de ASM		$\chi^2(gl). p$
	n	%	n	%	
Internamento-Medicina	107	35.55	188	36.86	$\chi^2(6)=4.860, p=.562$
Internamento-Especialidades Cirúrgicas	61	20.27	94	18.43	
Urgência	28	9.30	47	9.22	
Cuidados intensivos	8	2.66	13	2.55	
Bloco operatório	13	4.32	16	3.14	
Ambulatório	14	4.65	13	2.55	
Outra	70	23.26	139	27.25	
Total	301	100	510	100	

7.1.3 - Idade do doente versus tipo de erro

Como podemos averiguar através da análise da Tabela 62 a ocorrência de erros é mais frequente em doentes com mais de 65 anos (57.71%). Por si só este resultado não é informativo de uma maior suscetibilidade de ocorrência do erro nesta faixa etária, porque, proporcionalmente estes são também os que mais frequentemente ocorrem aos serviços de saúde.

Tabela 62

Idade do doente vs. tipo de erro

Tipo de erro (grandes categorias)	n	Menos de 16 anos	Entre 16 e 64 anos	Mais de 65 anos	Total
administração segura de medicação	511	11.55	32.88	55.58	100
intervenção técnica e procedimentos	59	6.78	32.20	61.02	100
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - outros assuntos	38	2.70	37.84	59.46	100
prevenção	35	0	22.86	77.14	100
intervenção comunicação	30	0	36.67	63.33	100
juízo clínico	24	4.17	29.17	66.67	100
documentação	20	10.00	15.00	75.00	100
interpretação de ordens prescritas por outros	20	15.00	25.00	60.00	100
intervenção alimentação	17	31.25	6.25	62.50	100
atenção / vigilância	16	18.75	31.25	50.00	100
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - ética do cuidar	16	6.25	50.00	43.75	100
intervenção respiração	5	0	60	40	100
intervenção eliminação vesical	5	0	80	20	100
intervenção eliminação intestinal	3	0	66.67	33.33	100

A idade do doente não é relevante para explicar o tipo de erro (cf. Tabela 63; $\chi^2(2)=5.131, p=.077$), isto é, os doentes podem estar propensos a qualquer tipo de erro independentemente da idade (Tabela 63). Verifica-se em doentes com mais de 65 anos maior percentagem de erros reportados, tanto nos erros de ASM como nos outros tipos de erro.

Tabela 63

Distribuição da idade do doente em função do tipo de erro (administração segura da medicação versus outro tipo de erro)

Idade do paciente	Outro erro		Erro de ASM		$\chi^2(g), p$
	n	%	n	%	
Menos de 16 anos	21	7.00	59	11.55	$\chi^2(2)=5.131, p=.077$
Entre 16 e 64 anos	95	31.67	168	32.88	
Mais de 65 anos	184	61.33	284	55.58	
Total	301	100	510	100	

7.1.4 - Tempo de serviço versus tipo de erro

Pela análise da Tabela 64 não encontramos um padrão de distribuição do tempo de serviço relativamente ao tipo de erro. Pelo contrário, aparentemente o erro, seja qual for o seu tipo, pode ocorrer em qualquer momento da carreira. Não podemos concluir que uma menor experiência esteja associada a uma maior probabilidade de ocorrência de erro, nem tão pouco o seu contrário. Não nos podemos esquecer que o erro relatado na resposta a este questionário é escolhido pelo enfermeiro entre os que recorda ter cometido no decurso da sua longa ou curta carreira.

Tabela 64

Tempo de serviço vs. tipo de erro

Tipo de erro (grandes categorias)	n	<1 ano	[1- 3[	[3- 6[	[6- 13[	≥13	Total
administração segura de medicação	511	16.93	26.10	17.33	18.92	20.72	100
intervenção técnica e procedimentos	59	12.50	28.57	19.64	23.21	16.07	100
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - outros assuntos	38	2.70	24.32	27.03	16.22	29.73	100
prevenção	35	8.82	17.65	29.41	26.47	17.65	100
intervenção comunicação	30	7.69	26.92	26.92	23.08	15.38	100
juízo clínico	24	25.00	37.50	12.50	20.83	4.17	100
documentação	20	5.00	15.00	15.00	30.00	35.00	100
interpretação de ordens prescritas por outros	20	30.00	25.00	5.00	30.00	10.00	100
intervenção alimentação	17	11.76	23.53	35.29	17.65	11.76	100
atenção / vigilância	16	12.50	25.00	12.50	25.00	25.00	100
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - ética do cuidar	16	13.33	20.00	26.67	13.33	26.67	100
intervenção respiração	5	0	0	0	80.00	20.00	100
intervenção eliminação vesical	5	20.00	20.00	20.00	40.00	0	100
intervenção eliminação intestinal	3	0	33.33	0	66.67	0	100

Como podemos constatar na Tabela 65 o tempo de serviço foi medido em anos e foi posteriormente categorizado em 5 níveis. Para verificar a relação do tempo de serviço com a ocorrência do erro começámos por verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre as médias. O teste de Levene não foi significativo, de onde concluímos existir homogeneidade de variâncias ($F(1,787)=1.139, p=.286$). O resultado da ANOVA permite-nos concluir não existirem diferenças estatisticamente significativas entre as médias do tempo de serviço em função do tipo de erro (outro erro vs. ASM) (cf. Tabela 65).

Para testarmos a possibilidade de uma ocorrência não linear do erro ao longo do tempo de serviço usámos as cinco categorias criadas e descritas atrás. O teste de Qui-quadrado não foi estatisticamente significativo ($\chi^2(4)=6.561, p=.161$). Não foram encontradas evidências de qualquer relação entre o tipo de erro e o tempo de serviço. Isto é, o tempo de serviço do enfermeiro aquando da ocorrência do erro não é indicador do tipo de erro, pois pode acontecer qualquer tipo de erro independentemente do tempo de serviço.

Tabela 65

Distribuição do tempo de serviço em função do tipo de erro (ASM vs. outro tipo de erro)

Tempo de serviço	Outro erro		Erro de ASM		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Tempo de serviço (em anos)	6.95	7.18	6.81	7.44	$F(1,787)=0.072, p=.789$
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<1 ano	35	12.20	85	16.93	$\chi^2(4)=6.561, p=.161$
[1- 3[	70	24.39	131	26.10	
[3- 6[	59	20.56	87	17.33	
[6- 13[	69	24.04	95	18.92	
>13	54	18.82	104	20.72	
Total	287	100.00	502	100.00	

7.1.5 - Categoria profissional versus categoria profissional quando ocorre o erro

Os enfermeiros foram questionados relativamente à categoria profissional que tinham na altura em que ocorreu o erro e qual a categoria profissional atual. Antes de relacionarmos o tipo de erro com estas variáveis quisemos saber como é que elas se relacionam entre si.

Têm atualmente a categoria profissional⁶⁴ de enfermeiro de nível 1, 376 enfermeiros (47%). O erro ocorreu quando eram estudantes apenas em 2.66% dos casos e nos restantes já na categoria de enfermeiro de nível 1. Os enfermeiros graduados (321), que consistiram em 40% da amostra total, relataram erros ocorridos na atual categoria profissional em 53.27% dos casos e ocorridos na categoria de enfermeiro de nível 1 em 47.73% dos casos (cf. Tabela 66).

Responderam ao questionário 24 enfermeiros-chefes, o que corresponde a 3% da amostra total. Entre os enfermeiros chefe, 33.33% relataram erros ocorridos na atual categoria profissional, 25.00% erros ocorridos quando eram enfermeiros especialistas, 12.50% quando eram enfermeiros graduados, e 29.17% quando eram enfermeiros de nível 1. Portanto, existem mais enfermeiros a trabalhar nos serviços com as categorias profissionais de nível I e de enfermeiros graduados do que enfermeiros especialistas, enfermeiros chefes e supervisores. Assim, podemos referir que o erro pode acontecer em qualquer categoria profissional do enfermeiro que esteja na prática clínica a desempenhar as suas funções.

64 As categorias da profissão de enfermagem em contexto hospitalar são as seguintes: Enfermeiro de nível 1, Enfermeiro Graduado, Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Supervisor e Enfermeiro Diretor.

Tabela 66

Categoria profissional atual vs. categoria profissional quando ocorreu o erro

Categoria profissional quando se deu o erro	Categoria profissional atual						Total
	nível 1	graduado	especialista	chefe	supervisor		
Estudante	10	0	0	0	0	10	
Enf. nível 1	366	150	29	7	1	553	
Nível Enf. graduado	-	171	12	3	0	186	
Enf. especialista	-	-	37	6	0	43	
Enf. chefe	-	-	-	8	0	8	
Total	376	321	78	24	1	800 ^a	

^a 15 sujeitos não responderam a pelo menos uma das questões

Na Tabela 67 podemos observar que existe uma percentagem mais elevada nos diversos tipos de erro na categoria atual do enfermeiro, nomeadamente nas categorias do enfermeiro de nível 1 e enfermeiro graduado relativamente às outras categorias de enfermagem. Isto poderá acontecer porque, efetivamente, existem mais enfermeiros de nível I e enfermeiros graduados nos serviços hospitalares do que profissionais inseridos em outras categorias profissionais.

Relativamente à categoria profissional quando ocorreu o erro também verificamos que existe uma percentagem mais elevada nos diversos tipos de erro, nomeadamente nas categorias de enfermeiro de grau 1 e enfermeiro graduado nos serviços hospitalares do que profissionais inseridos em outras categorias profissionais. Portanto, predomina em ambas as situações os enfermeiros de grau I e enfermeiros graduados.

Tabela 67

Categoria profissional vs. tipo de erro

Tipo de erro (grandes categorias)	Categoria profissional atual					Categoria profissional quando se deu o erro				
	Enf. nível I	Enf. graduado	Enf. especialista	Enf. chefe	Enf. supervisor	Estudante	Enf. nível I	Enf. graduado	Enf. especialista	Enf. chefe
administração segura de medicação	47.34	41.62	7.89	3.16	0.00	1.38	69.57	22.13	6.32	0.59
documentação	30.00	55.00	15.00	0.00	0.00	0.00	40.00	55.00	5.00	0.00
intervenção técnica e procedimentos	53.45	25.86	18.97	1.72	0.00	3.51	70.18	21.05	5.26	0.00
intervenção comunicação	37.93	48.28	13.79	0.00	0.00	0.00	65.52	27.59	6.90	0.00
intervenção alimentação	47.06	41.18	11.76	0.00	0.00	0.00	58.82	41.18	0.00	0.00
intervenção respiração	20.00	60.00	20.00	0.00	0.00	0.00	40.00	40.00	20.00	0.00
intervenção eliminação vesical	80.00	20.00	0.00	0.00	0.00	0.00	80.00	20.00	0.00	0.00
intervenção eliminação intestinal	0.00	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00	0.00	0.00	0.00
prevenção	48.57	42.86	8.57	0.00	0.00	0.00	70.59	29.41	0.00	0.00
interpretação de ordens prescritas por outros	40.00	50.00	10.00	0.00	0.00	0.00	70.00	30.00	0.00	0.00
atenção / vigilância	43.75	25.00	18.75	6.25	6.25	0.00	62.50	18.75	18.75	0.00
juízo clínico	65.22	30.43	4.35	.00	0.00	4.17	79.17	16.67	0.00	0.00
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - ética do cuidar	37.50	43.75	12.50	6.25	0.00	0.00	75.00	18.75	0.00	6.25
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - outros assuntos	50.00	28.95	7.89	13.16	0.00	0.00	65.79	15.79	7.89	10.53

Para estudar a existência de diferenças no tipo de erro em função da categoria profissional não consideramos as categorias com baixa frequência. O teste de Qui-quadrado requer que as frequências esperadas não sejam inferiores a cinco e esta assunção foi cumprida.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na distribuição da categoria profissional pelo tipo de erro (cf. Tabela 68). Podemos afirmar que o erro pode acontecer a qualquer enfermeiro independentemente da sua categoria profissional.

Tabela 68

Distribuição da categoria profissional atual e na altura do erro em função do tipo de erro (ASM vs. outro tipo de erro)

	Categoria profissional	Outro erro		Erro de ASM		$\chi^2(g), p$
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Atual	Enf. nível I	143	49.31	237	48.27	$\chi^2(2)=2.878, p=.237$
	Enf. graduado	112	38.62	211	42.97	
	Enf. especialista	35	12.07	43	8.76	
	<i>Total</i>	290	100	491	100	
Na altura do erro	Enf. nível I	201	69.79	354	71.37	$\chi^2(2)=1.591, p=.451$
	Enf. graduado	74	25.69	112	22.58	
	Enf. especialista	13	4.51	30	6.05	
	<i>Total</i>	288	100	496	100	

7.1.6 - Nível de atividade global por tipo de erro

Na Tabela 69 o erro de juízo clínico é aquele que em média ocorreu com o nível de atividade global mais comprometida, seguido do erro de prevenção. Um menor comprometimento da atividade global surge nos erros de atenção / vigilância e de documentação.

O comprometimento da atividade global é significativamente inferior no caso do erro de ASM comparativamente com os outros tipos de erro ($U=68017.00, p=.014$). Isto é, os doentes permanecem mais autónomos/independentes nas suas atividades de vida diária quando sofrem o impacto de erro de ASM do que nos outros tipos de erro.

Tabela 69

Médias, desvios-padrão e mediana do nível de atividade global por tipo de erro (ordenação decrescente)

	Nível de atividade global		
	Média	DP	Mediana
Tipo de erro (grandes categorias)			
juízo clínico	2.88	0.85	3
prevenção	2.77	0.88	3
intervenção alimentação	2.63	1.20	3
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - ética do cuidar	2.56	0.96	3
intervenção respiração	2.40	1.14	2
intervenção técnica e procedimentos	2.31	1.07	2
interpretação de ordens prescritas por outros	2.25	1.07	2
intervenção eliminação vesical	2.20	1.30	2
administração segura de medicação	2.16	1.10	2
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - outros assuntos	2.16	1.09	2
intervenção comunicação	2.10	1.06	2
intervenção eliminação intestinal	2.00	1.00	2
documentação	1.95	1.05	2
atenção / vigilância	1.87	0.99	2
ASM vs. outro			
outro erro	2.34	1.05	2
administração segura da medicação	2.16	1.10	2

7.1.7 - Impacto sobre o doente por tipo de erro

Apenas cinco enfermeiros relataram erros dentro do tipo intervenção-respiração, mas são estes que são relatados como tendo uma maior gravidade para o doente (cf. Tabela 70), seguido do erro de atenção vigilância.

Os erros de ASM são os tipos de erro predominantes nos relatos dos enfermeiros e são aqueles que estão associados a um menor impacto no doente. A gravidade com que o doente foi afetado pelo erro foi significativamente inferior nos erros de ASM relativamente a outros tipos de erro ($U=52233.00$, $p=.000$), ou seja os doentes são menos afetados em termos de saúde aquando dos erros cometidos por ASM do que nos outros tipos de erro.

Tabela 70

Médias, desvios-padrão e mediana do impacto sobre o doente por tipo de erro

	Como foi o doente afetado pelo erro		
	Média	DP	Mediana
Tipo de erro (grandes categorias)			
intervenção respiração	3.00	1.73	4
atenção / vigilância	2.86	1.23	3
intervenção eliminação intestinal	2.67	1.53	3
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - ética do cuidar	2.42	1.31	3
prevenção	2.31	1.23	2
juízo clínico	2.25	0.85	3
intervenção comunicação	2.22	1.25	2
intervenção eliminação vesical	1.80	0.84	2
intervenção técnica e procedimentos	1.78	0.80	2
intervenção alimentação	1.59	0.94	1
interpretação de ordens prescritas por outros	1.45	0.76	1
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - outros assuntos	1.41	0.8	1
documentação	1.40	0.68	1
administração segura de medicação	1.38	0.67	1
ASM vs. outro			
outro erro	1.91	1.06	2
administração segura da medicação	1.38	0.67	1

7.1.8 - Diferenças na percepção das causas do erro em função do tipo de erro

Sempre que analiticamente possível e teoricamente pertinente utilizámos a Análise de Componentes Principais (ACP) para aumentar a compreensão do fenómeno em estudo e reduzir o número de variáveis a cruzar com o tipo de erro.

Dos cálculos efetuados para as causas do erro (Questões 7 e 8 do questionário), estratégias adotadas para lidar com o erro (Questão 13 do questionário) e consequências diretas do erro (Questão 16 do questionário) emergiram novas variáveis (os componentes ou fatores) que serão agora considerados no cruzamento com o tipo de erro. As pontuações obtidas pelos sujeitos nas novas variáveis resultam dos *fator score* e o seu cálculo é efetuado pelo software de análise estatística (SPSS 19.0). Os *fator score* resultam da composição linear dos pesos otimizados das variáveis observadas. A alternativa seria o *fator-based score* que resulta do somatório das pontuações observadas dos itens selecionados em cada fator. A estratégia escolhida permite uma maior precisão da medida. A métrica das variáveis assim obtidas não tem uma interpretação direta, mas permite a análise comparativa com menor erro de medida e pode ser assumido um nível de mensuração intervalar.

Estando face a uma amostra considerável ($n=815$) podemos assumir que a distribuição destas variáveis tende para a normalidade considerando o teorema do limite central ou teorema de Lindberg-Levy, que nos diz que para amostras grandes a distribuição tende para a normalidade (Murteira, Ribeiro, Silva & Pimenta, 2001). A presença de *outliers* foi estudada. Foram considerados valores *outliers* aqueles que se distanciassem $\pm 3.5DP$ da média. Não foi identificado qualquer *outlier* múltiplo. Foram identificados um reduzido número de *outliers* superiores nos fatores Erros na execução da prática clínica (Q7Q8_F3), Défice das funções executivas (Q7Q8_F4), Estratégias de atribuição interna do erro associada a uma ausência de externalização emocional (Q13_F1), Estratégias de negação e/ou evitamento do acontecido (Q13_F2), Mudanças defensivas (Q16_F2), e inferiores no fator mudanças construtivas (Q16_F1). Estes valores *outliers* foram acomodados com recurso a *winsorização*.

Na Tabela 71 no fator Erro de julgamento (Q7Q8_F1) foi observada heterocedasticidade (Levene: $F(1,707)=15.231, p=.000$) e o teste de Brown-Forsythe foi considerado. A média obtida nos erros de ASM foi significativamente inferior à média dos outros tipos de erro (B-F (1, 484.27)=13.048, $p=.000$), isto é, os erros de julgamento são significativamente mais elevados nos outros tipos de erro do que nos erros do domínio da ASM.

No fator Falhas de supervisão (Q7Q8_F2) (Levene: $F(1,707)=1.578, p=.209$) também a média obtida na ASM foi significativamente inferior à média dos outros tipos de erro ($F(1, 707)=4.236, p=.040$), isto é, as falhas de supervisão são significativamente superiores nos outros tipos de erro do que nos erros de ASM.

No fator Erros na execução da prática clínica (Q7Q8_F3) (Levene: $F(1,707)=7.765, p=.005$) a média obtida nos erros de ASM foi significativamente inferior à média dos outros tipos de erro (B-F(1, 503.51)=10.439, $p=.000$), ou seja os erros na execução da prática clínica são significativamente superiores nos outros tipos de erro do que nos erros de ASM.

No fator Défice das funções executivas (Q7Q8_F4) (Levene: $F(1,707)=2.147, p=.143$) a média obtida nos erros de ASM foi significativamente superior à média dos outros tipos de erro ($F(1, 707)=25.674, p=.000$). O défice das funções executivas nomeadamente as falhas de memória e de atenção, entre outros, são significativamente superiores aquando dos erro de ASM do que nos outros tipos de erro.

Tabela 71

Médias, desvios-padrão e mediana dos fatores das causas do erro em função do tipo de erro

	Q7Q8_F1		Q7Q8_F2		Q7Q8_F3		Q7Q8_F4	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Tipo de erro (grandes categorias)								
administração segura de medicação	-11	.91	-06	.98	-10	.93	.15	.96
documentação	-.54	.95	-.36	.52	-.28	.53	.10	.91
intervenção técnica e procedimentos	.09	1.00	.25	1.19	.05	1.07	-.05	1.00
intervenção comunicação	.18	1.22	.24	.90	.11	1.00	-.46	1.13
intervenção alimentação	-.15	1.09	.30	1.13	-.15	.85	-.25	.78
intervenção respiração	.27	.42	1.71	1.10	-.55	1.11	-.25	.40
intervenção eliminação vesical	-.85	1.04	.56	1.31	.08	.75	-.35	1.11
intervenção eliminação intestinal	1.26	.95	-.03	2.25	.00	.94	.14	1.13
prevenção	.44	1.02	-.10	.98	.11	1.09	-.70	.85
interpretação de ordens prescritas por outros	.09	1.12	-.13	.66	.38	1.08	-.66	.74
atenção / vigilância	.66	1.13	.26	1.03	.19	1.40	.14	1.29
juízo clínico	1.31	.86	.08	.79	-.35	.55	-.39	1.09
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - ética do cuidar	.42	1.14	-.12	.83	.91	1.34	-.38	1.05
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - outros assuntos	-.22	.86	-.24	.85	.34	1.07	-.06	.97
ASM vs. outro								
outro erro	.18	1.11	.10	1.02	.16	1.07	-.24	1.01
administração segura da medicação	-11	.91	-06	.98	-10	.93	.15	.96

Fator 1 (F1)- Erro de julgamento

Fator 2 (F2)- Falhas de supervisão

Fator3 (F3)- Erros na execução da prática clínica

Fator 4 (F4)- Déficit das funções executivas

Q7a Não estava familiarizado/a com os procedimentos naquela altura

Q7b Não supervisionei e a pessoa cometeu o erro

Q7c Não tinha a informação que deveria saber

Q7d Estava distraído/a por ter demasiadas preocupações na vida

Q7f A supervisão do pessoal mais experiente foi inadequada

Q8a Estava desatento

Q8b Tive um lapso de memória

Q8c Tomei a decisão errada

Q8d Avaliei mal a situação

Q8e Não compreendi os sinais de alerta

Q8 f Dei informação incorreta

Q8 g Confiei no parecer de outra pessoa

Q8h Agi para além das minhas competências

7.1.9 - Diferenças nas estratégias adotadas em função do tipo de erro

Foi observada homocedasticidade nos quatro fatores considerados: F1- Estratégias de atribuição interna do erro associada a uma ausência de externalização emocional (Q13_F1: $F(1,764)=0.367$, $p=.545$); F2- Estratégias de negação e/ou evitamento do acontecido (Q13_F2: $F(1,764)=0.000$, $p=.997$); F3-Estratégias de suporte social (Q13_F3: $F(1,764)=1.370$, $p=.242$); e F4- Estratégias de Resolução de problemas (Q13_F4: $F(1,764)=3.257$, $p=.072$).

Como podemos constatar na Tabela 72 não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas médias em qualquer das estratégias utilizadas para lidar com o erro, isto é as Estratégias de atribuição interna do erro associada a uma ausência de externalização emocional (Q13_F1: $F(1,765)=2.103, p=.147$); as Estratégias de negação e /ou evitamento do acontecido (Q13_F2: $F(1,765)=0.001, p=.981$); as Estratégias de suporte social (Q13_F3: $F(1,765)=0.114, p=.736$) e as Estratégias de Resolução de problemas (Q13_F4: $F(1,765)=3.400, p=.066$) não diferem entre os outros tipos de erro e os erros de ASM.

Em seguida procedemos à análise das mudanças construtivas e defensivas associadas aos tipos de erro (outro erro vs ASM). Foi observada homocedasticidade nos dois fatores tais como F1- Mudanças construtivas⁶⁵(Q16_F1: $F(1,768)=2.605, p=.107$); e F2- Mudanças defensivas⁶⁶ (Q16_F2: $F(1,768)=0.173, p=.678$).

65 O fator mudança construtiva refere-se a mudanças no exercício profissional consideradas como um esforço para atenuar o erro como redobrando a atenção ou solicitando suporte de superiores ou pares.

66 O fator mudança defensiva refere-se a mudanças no exercício profissional menos positivas como uma retração da confiança do enfermeiro em si e nos outros.

Tabela 72

Médias e desvios-padrão dos fatores das estratégias adotadas em função do tipo de erro

	Q13_F1		Q13_F2		Q13_F3		Q13_F4	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Tipo de erro (grandes categorias)								
administração segura de medicação	.04	.98	-.01	.97	-.01	1.02	.05	.97
documentação	-.50	1.09	-.22	.79	-.12	.62	-.18	.84
intervenção técnica e procedimentos	-.07	.74	.17	1.12	-.03	.90	.03	1.10
intervenção comunicação	.11	1.11	.11	1.00	-.04	1.17	-.21	.98
intervenção alimentação	-.14	.91	-.14	.70	.02	.68	-.14	.81
intervenção respiração	.14	.45	.17	.56	-.14	.99	.10	1.05
intervenção eliminação vesical	-.63	1.03	-.68	.32	.33	1.32	-.04	1.45
intervenção eliminação intestinal	.26	.58	-.39	.80	.39	.52	.84	.29
prevenção	-.22	1.12	-.10	.91	-.21	1.02	-.08	.97
interpretação de ordens prescritas por outros	-.10	1.05	.04	1.00	.29	.96	-.38	1.06
atenção / vigilância	.77	1.50	.05	1.13	.20	1.10	-.59	.91
juízo clínico	.02	1.01	.01	.53	.15	1.00	.04	.85
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - ética do cuidar	.13	.91	.17	1.36	.01	.80	-.37	1.28
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - outros assuntos	-.47	.94	-.13	1.18	.01	1.10	.21	1.23
ASM vs. outro								
outro erro	-.07	1.02	-.01	.99	.02	.97	-.09	1.04
administração segura da medicação	.04	.98	-.01	.97	-.01	1.02	.05	.97

Fator 1 (F1) - Atribuição interna do erro associada a uma externalização externa emocional

Fator 2 (F2) – Negação e /ou evitamento do acontecido

Fator 3 (F3) – Suporte Social

Fator 4 (F4) – Resolução de problemas

Q13 a Critiquei-me ou censurei-me a mim próprio/a

Q13b Continuei como nada tivesse acontecido

Q13c Tentei guardar as emoções só para mim

Q13d Aceitei a solidariedade e a compreensão da outra pessoa

Q13e Tentei esquecer tudo

Q13f Elaborei um plano de ação

Q13g Não deixei que me afetasse: recusei-me a pensar demasiado nele

Q13h Pedi conselho a um familiar ou amigo que respeitava

Q13i Escondi dos outros que as coisas estavam mal

Q13j Falei com alguém sobre o que estava a sentir

Q13k Sabia o que tinha quer ser feito, por isso redobrei o meu esforço para que as coisas resultassem

Q13l Tentei impedir que as minhas emoções interferissem demasiado com as outras coisas

Q13m Desejei que a situação desaparecesse ou que de algum modo passasse

Q13n Imaginei como as coisas poderiam vir a ser

Como podemos verificar na Tabela 73 não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas médias do tipo de mudanças decorrentes do erro cometido, ou seja, não existem diferenças entre as mudanças construtivas (Q16_F1: $F(1,768)=0.602, p=.438$) e as mudanças defensivas (Q16_F2: $F(1,768)=0.433, p=.511$) nos dois tipos de erro que foram globalmente analisados.

Tabela 73

Médias e desvios-padrão dos fatores de mudanças (construtivas e defensivas) no exercício profissional em função do tipo de erro

	Q16_F1		Q16_F2	
	M	DP	M	DP
Tipo de erro (grandes categorias)				
administração segura de medicação	.02	.97	.02	.98
documentação	-.36	1.02	-.38	.52
intervenção técnica e procedimentos	.08	1.02	-.03	.94
intervenção comunicação	-.42	1.12	.00	.87
intervenção alimentação	.02	1.01	-.53	.64
intervenção respiração	.08	1.04	.37	.99
intervenção eliminação vesical	-.03	1.54	-.28	.63
intervenção eliminação intestinal	.71	.44	.18	.16
prevenção	-.12	1.01	-.14	.84
interpretação de ordens prescritas por outros	.15	.81	.02	1.13
atenção / vigilância	.36	.69	.68	1.42
juízo clínico	.14	.94	-.15	1.05
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - ética do cuidar	-.26	1.28	-.19	1.08
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - outros assuntos	.13	.95	-.28	.89
ASM vs. outro				
outro erro	-.04	1.04	-.03	1.01
administração segura da medicação	.02	.97	.02	.98

Fator 1 (F1) - Mudanças construtivas

Fator 2 (F2) - Mudanças defensivas

Q16 a- Perguntei a colegas o que eles/elas teriam feito numa situação idêntica

Q16b- Presto mais atenção aos pormenores

Q17c- Sinto-me menos confiante no meu trabalho

Q17d Tento ler com mais cuidado o registo/plano de cuidados do doente

Q17e Fico mais preocupado/a

Q17f Confio menos nas capacidades dos outros

Q17g Tenho mais tendência para pedir conselhos

Q17h Guardo mais informação sobre os doentes

Q17i Tenho mais tendência para guardar um erro para mim próprio/a, se for possível

Q 17j- Faço mais observações aos doentes

7.1.10 - Ambiente da enfermaria/serviço em função do tipo de erro

Pela leitura da Tabela 74 verificamos que não foram obtidas diferenças estatisticamente significativas entre os erros de ASM e os outros tipos de erro na concordância com as afirmações acerca do ambiente na enfermaria / serviço (Q9a: $U=56183.50$, $p=.086$; Q9b: $U=58846.510$, $p=.356$; Q9c: 59620.50 , $p=.608$; Q9d: 59392.50 , $p=.539$). Portanto, tanto a ocorrência de erros de ASM como de outros tipos de erro depende das condições desfavoráveis do ambiente da enfermaria/serviço, isto porque existe por vezes, nas enfermarias excesso de trabalho, muito ruído (telefones e telemóveis a tocar), profissionais a conversarem num elevado tom de voz, os aparelhos a tocarem sistematicamente, entre outros aspetos que perturbam o funcionamento da enfermaria e o processo de cuidados. Isto caracteriza um ambiente de enfermaria bastante stressante que pode com facilidade induzir situações de erro por distrações, falhas de atenção e memória.

Tabela 74

Médias, desvios-padrão e medianas do grau de concordância relativamente à descrição do ambiente da enfermaria/serviço em função do tipo de erro

	Q9 a			Q9 b			Q9 c			Q9 d		
	M	DP	Md	M	DP	Md	M	DP	Md	M	DP	Md
Tipo de erro (grandes categorias)												
administração segura de medicação	2.85	1.11	3	1.34	.71	1	1.36	.76	1	1.39	.77	1
documentação	2.84	1.01	3	1.37	.90	1	1.16	.69	1	1.00	.00	1
intervenção técnica e procedimentos	2.79	1.07	3	1.33	.61	1	1.41	.86	1	1.43	.84	1
intervenção comunicação	2.93	1.00	3	1.26	.59	1	1.11	.32	1	1.44	.85	1
intervenção alimentação	2.67	1.11	3	1.13	.35	1	1.40	.63	1	1.13	.52	1
intervenção respiração	3.50	.58	4	1.00	.00	1	1.25	.50	1	1.00	.00	1
intervenção eliminação vesical	2.60	1.34	2	1.40	.89	1	2.20	1.64	1	1.60	.89	1
intervenção eliminação intestinal	3.33	1.15	4	1.00	.00	1	1.67	1.15	1	2.00	1.00	2
prevenção	2.00	1.11	2	1.20	.61	1	1.30	.75	1	1.47	.97	1
interpretação de ordens prescritas por outros	2.47	1.28	3	1.35	.86	1	1.29	.77	1	1.47	.87	1
atenção / vigilância	3.00	1.15	3	1.13	.34	1	1.31	.70	1	1.31	.60	1
juízo clínico	3.10	1.04	3	1.14	.36	1	1.29	.56	1	1.24	.54	1
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - ética do cuidar	2.20	1.21	2	1.33	.82	1	1.60	1.12	1	1.67	1.11	1
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - outros assuntos	2.72	1.28	3	1.10	.41	1	1.14	.52	1	1.17	.54	1
ASM vs. outro												
outro erro	2.71	1.14	3	1.29	.68	1	1.34	.77	1	1.37	.78	1
administração segura da medicação	2.85	1.11	3	1.34	.71	1	1.36	.76	1	1.39	.77	1

Q9a O ambiente na enfermaria/serviço era particularmente stressante

Q9b Havia um sentimento de hostilidade entre o pessoal da enfermaria/serviço

Q9c O pessoal mais experiente esperava que fizesse o seu trabalho de qualquer maneira

Q9d "Encurtar caminho" era quase a norma na enfermaria/serviço

7.1.11- Reações emocionais em função do tipo de erro

Através da análise da Tabela 75 podemos observar que os enfermeiros que relataram erros de ASM assinalaram, em média, um maior grau de raiva consigo próprios do que aqueles que relataram outro tipo de erro ($U=52606.00$, $p=.000$). As emoções de raiva relativamente a outras pessoas e de incompetência não diferiram significativamente entre os que relataram erros de ASM e os que relataram outros tipos de erro (Q10b: 64202.50 , $p=.366$; Q10c: 62632.50 , $p=.196$).

Os erros de ASM obtiveram uma média significativamente superior aos outros tipos de erro no medo das repercussões e nos sentimentos de culpa (Q10d: $U=55754.50$; $p=.000$; Q10e: 52486.50 , $p=.000$). Portanto, os enfermeiros em relação aos erros de ASM apresentam mais emoções de raiva consigo próprios, de medo e de culpa.

Tabela 75

Médias, desvios-padrão e medianas do grau de concordância das reações emocionais em função do tipo de erro

	Q10a			Q10b			Q10c			Q10d			Q10e		
	M	DP	Md	M	DP	Md	M	DP	Md	M	DP	Md	M	DP	Md
Tipo de erro (grandes categorias)															
administração segura de medicação	3.45	.75	4	1.31	.63	1	2.26	1.00	2	2.09	.96	2	2.94	.95	3
documentação	2.94	1.00	3	1.28	.75	1	1.94	.94	2	1.61	.85	1	2.39	1.14	2
intervenção técnica e procedimentos	3.09	.89	3	1.36	.68	1	2.08	.79	2	1.84	.74	2	2.51	.86	2
intervenção comunicação	3.18	.94	3	1.46	.92	1	2.32	.94	2	1.61	.79	1	2.50	1.04	2
intervenção alimentação	2.88	.81	3	1.21	.54	1	1.96	.81	2	1.75	.86	2	2.38	.96	2
intervenção respiração	3.25	.50	3	1.00	.00	1	2.75	.96	3	2.50	1.29	3	3.00	.82	3
intervenção eliminação vesical	3.20	.45	3	1.00	.00	1	2.00	1.00	2	1.40	.89	1	2.00	.71	2
intervenção eliminação intestinal	3.00	.00	3	1.00	.00	1	3.00	1.00	3	2.00	.00	2	3.00	1.00	3
prevenção	3.16	.88	3	1.34	.75	1	2.03	1.00	2	1.75	.92	2	2.69	.93	2
interpretação de ordens prescritas por outros	3.10	.91	3	1.85	1.14	1	2.07	.89	2	2.05	.94	2	2.40	1.05	3
atenção / vigilância	3.69	.48	4	1.56	.81	1	2.75	1.13	3	2.25	.93	2	3.06	1.00	3
juízo clínico	3.33	.73	3	1.19	.40	1	2.38	1.07	2	1.90	.89	2	2.67	.86	3
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - ética do cuidar	3.13	.99	3	1.33	.82	1	2.07	.96	2	1.67	.98	1	2.87	1.06	3
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - outros assuntos	2.97	1.02	3	1.34	.81	1	1.87	1.07	2	1.67	.93	1	2.43	1.18	2
ASM vs. outro															
outro erro	3.13	.87	3	1.39	.77	1	2.16	.98	2	1.82	.87	2	2.57	.99	2
administração segura da medicação	3.45	.75	4	1.31	.63	1	2.26	1.00	2	2.09	.96	2	2.94	.95	3

Q10a Fiquei zangado(a) comigo próprio
 Q10b Fiquei zangado(a) com outras pessoas
 Q10c Senti-me incompetente
 Q10d Fiquei com medo das repercussões
 Q10e Senti-me culpado(a)

7.1.12 - Consequências da comunicação em função do tipo de erro

Pela análise da Tabela 76 verificamos que a maior parte dos enfermeiros falou com alguém sobre o erro, e a diferença relativamente a este tipo de comunicação não foi estatisticamente significativa entre os erros de ASM e outros tipos de erro ($\chi^2(1)=0.257, p=.612$). A discussão do erro com pessoal mais experiente também não foi diferente entre os erros de ASM e os outros tipos de erro ($\chi^2(1)=0.547, p=.460$).

Cerca de metade da amostra foi aconselhada a propósito do erro, mas não foi observada uma diferença estatisticamente significativa entre os erros de ASM e os outros tipos de erro ($\chi^2(1)=0.003, p=.958$).

Um número muito reduzido de enfermeiros foi punido por causa do erro que cometeu, pelo que este aspeto não foi submetido à análise a que temos vindo a proceder neste capítulo.

Podemos, deste modo, perceber que, aquando da ocorrência dos erros de ASM e dos outros tipos de erros, os enfermeiros falam com alguém, discutem com pessoal mais experiente, são aconselhados a propósito do erro e só um número muito pouco expressivo de enfermeiros é que referiu ter sido punido em função do erro cometido.

Tabela 76

Proporção de respostas afirmativas a ter falado com alguém (Q11), o erro ter sido discutido em equipa (Q14a), ter sido aconselhado a propósito do erro (Q14b) e a ter sido punido pelo erro (Q14c)

	Q11		Q14a		Q14b		Q14c	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tipo de erro (grandes categorias)								
administração segura de medicação	450	88.58	289	57.34	254	50.70	2	.40
documentação	19	100.00	9	47.37	7	36.84	0	.00
intervenção técnica e procedimentos	52	89.66	35	60.34	27	46.55	1	1.72
intervenção comunicação	25	83.33	9	31.03	8	27.59	0	.00
intervenção alimentação	17	100.00	12	70.59	10	58.82	0	.00
intervenção respiração	5	100.00	3	60.00	4	80.00	0	.00
intervenção eliminação vesical	4	80.00	2	40.00	3	60.00	0	.00
intervenção eliminação intestinal	3	100.00	3	100.00	3	100.00	0	.00
prevenção	32	91.43	25	71.43	17	51.52	0	.00
interpretação de ordens prescritas por outros	19	95.00	13	65.00	12	60.00	0	.00
atenção / vigilância	12	75.00	9	56.25	9	56.25	1	6.25
juízo clínico	22	91.67	18	75.00	18	75.00	1	4.17
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - ética do cuidar	13	81.25	7	43.75	6	37.50	0	.00
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - outros assuntos	36	94.74	27	71.05	19	51.35	0	.00
ASM vs. outro								
outro erro	271	89.74	180	60.00	150	50.51	3	1.01
administração segura da medicação	450	88.58	289	57.34	254	50.70	2	0.40

Q11 Falou com alguém sobre o erro
Q14a O erro foi discutido com o pessoal mais experiente
Q14b Foi aconselhado(a) a propósito do erro
Q14c Foi punido pelo erro

7.1.13 - Consequências da comunicação em equipa em função do tipo de erro

Na Tabela 77 averiguamos que não foram estatisticamente diferentes as médias dos graus de concordância entre os erros de ASM e outros tipos de erro na perda do respeito profissional ($U=52413.50, p=.827$), no apoio sentido ($U=51708.00, p=.297$), e no sentimento de humilhação ($U=51708.00, p=.603$).

Tabela 77

Médias, desvios-padrão e medianas do grau de concordância as afirmações sobre as consequências da discussão do erro com a equipe

	Q15a			Q15b			Q15c		
	M	DP	Md	M	M	DP	Md	DP	Md
Tipo de erro (grandes categorias)									
administração segura de medicação	1.05	.27	1	3.19	.96	3	1.16	.51	1
documentação	1.00	.00	1	3.25	1.06	4	1.00	.00	1
intervenção técnica e procedimentos	1.02	.14	1	3.25	.88	3	1.17	.47	1
intervenção comunicação	1.04	.20	1	2.50	1.21	3	1.20	.50	1
intervenção alimentação	1.00	.00	1	3.43	.76	4	1.07	.27	1
intervenção respiração	1.00	.00	1	2.60	1.14	3	1.00	.00	1
intervenção eliminação vesical	1.00	.00	1	3.60	.55	4	1.00	.00	1
intervenção eliminação intestinal	1.00	.00	1	3.67	.58	4	1.33	.58	1
prevenção	1.03	.18	1	3.23	.96	3	1.03	.18	1
interpretação de ordens prescritas por outros	1.12	.49	1	3.24	.75	3	1.13	.35	1
atenção / vigilância	1.00	.00	1	3.14	.86	3	1.29	.47	1
juízo clínico	1.10	.44	1	3.09	1.15	4	1.38	.80	1
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - ética do cuidar	1.14	.53	1	3.13	1.06	3	1.40	1.06	1
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - outros assuntos	1.03	.17	1	3.23	1.00	4	1.03	.17	1
ASM vs. outro									
outro erro	1.06	.31	1	3.10	1.01	3	1.18	.53	1
administração segura da medicação	1.05	.27	1	3.19	.96	3	1.16	.51	1

Q15a Perdi o respeito profissional

Q15b Senti-me apoiado(a) pela forma como o caso foi tratado

Q15c Senti-me humilhado(a)

Constatamos que através da leitura da Tabela 78, relativamente à afirmação “A verdadeira causa do erro não foi abordada” não foi observada uma diferença estatisticamente significativa ($U=50441.00$, $p=.737$) entre os erros de ASM e os outros tipos de erro.

A média foi estatisticamente superior nos outros tipos de erro para as afirmações “a atitude tomada em relação a mim ultrapassou a gravidade do erro” ($U=43988.00$, $p=.001$) e “senti que fui usado como bode expiatório” ($U=49208.50$, $p=.018$), ou seja, a atitude dos outros (colegas ou superiores) em relação ao enfermeiro que cometeu o erro foi mais gravosa nos outros tipos de erro do que nos erros de ASM.

Tabela 78

Médias, desvios-padrão e medianas do grau de concordância as afirmações sobre as consequências da discussão do erro com a equipa (cont.)

	Q15d			Q15e			Q15f		
	M	DP	Md	M	M	DP	Md	DP	Md
Tipo de erro (grandes categorias)									
administração segura de medicação	1.73	.96	1	1.66	1.03	1	1.06	.33	1
documentação	1.75	1.06	1	1.67	1.18	1	1.00	.00	1
intervenção técnica e procedimentos	1.69	.99	1	2.21	1.18	3	1.08	.34	1
intervenção comunicação	1.88	1.12	1	1.92	1.13	1	1.15	.46	1
intervenção alimentação	2.00	.76	2	2.00	1.11	2	1.07	.27	1
intervenção respiração	1.40	.89	1	2.00	1.00	2	1.00	.00	1
intervenção eliminação vesical	1.60	1.34	1	1.80	1.10	1	1.00	.00	1
intervenção eliminação intestinal	2.00	1.00	2	2.00	1.73	1	1.33	.58	1
prevenção	2.03	1.08	2	1.53	1.04	1	1.00	.00	1
interpretação de ordens prescritas por outros	1.69	1.01	1	2.27	1.16	3	1.13	.35	1
atenção / vigilância	2.00	1.18	2	1.86	1.10	1	1.21	.58	1
juízo clínico	1.48	.81	1	1.76	1.14	1	1.30	.73	1
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - ética do cuidar	2.07	1.10	2	2.86	1.35	4	1.33	.90	1
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - outros assuntos	1.52	.94	1	1.83	1.20	1	1.00	.00	1
ASM vs. outro									
outro erro	1.77	1.00	1	1.97	1.17	1	1.13	.50	1
administração segura da medicação	1.73	.96	1	1.66	1.03	1	1.06	.33	1

Q15d A verdadeira causa do erro não foi abordada

Q15e A atitude tomada em relação a mim ultrapassou a gravidade do erro

Q15f Senti que fui usado(a) como "bode expiatório"

7.1.14 - Impacto do erro no exercício profissional de enfermagem

Constatamos que tiveram um efeito profundo no exercício de enfermagem os seguintes tipos de erro: intervenção eliminação vesical, juízo clínico, interpretação de ordens prescritas por outros e documentação (cf. Tabela 79).

Para os erros de ASM foi observado, em média, um efeito mais profundo do erro no exercício da enfermagem ($U=67266.50, p=.008$) relativamente aos outros tipos de erro.

Tabela 79

Médias, desvios-padrão e mediana do impacto do erro no exercício da enfermagem

	Teve um efeito profundo no exercício da enfermagem		
	Média	DP	Mediana
Tipo de erro (grandes categorias)			
intervenção respiração	2.33	0.83	2
atenção / vigilância	2.15	0.88	2
intervenção eliminação intestinal	2.00	0.91	2
responsabilidade profissional/ advocacia do doente -ética do cuidar	2.03	0.67	2
prevenção	2.06	0.66	2
juízo clínico	2.60	0.55	3
intervenção comunicação	2.20	0.84	2
intervenção eliminação vesical	3.00	1.00	3
intervenção técnica e procedimentos	2.26	0.74	2
intervenção alimentação	2.33	0.84	2
interpretação de ordens prescritas por outros	2.56	0.81	2
responsabilidade profissional/ advocacia do doente - outros assuntos	2.13	0.90	2
documentação	2.56	0.81	3
administração segura de medicação	2.03	1.07	2
ASM vs. outro			
outro erro	2.19	0.87	2
administração segura da medicação	2.33	0.83	2

7.2 - DISCUSSÃO

Neste subcapítulo são apresentados e discutidos os principais resultados obtidos relativamente à caracterização do erro cometido, nomeadamente se existem diferenças entre os vários tipos de erros reportados e a perceção acerca dos mesmos em função de variáveis contextuais.

Quanto ao tempo *versus* tipo de erro evidencia-se que 51.67% dos inquiridos reportaram que o erro ocorreu há quatro ou mais anos relativamente aos erros de ASM e 40.20% no que respeita aos outros tipos de erro. Pensamos que o facto de relatarmos um erro que ocorreu há quatro ou mais anos poderá ser devido ao impacto emocional que os profissionais obtiveram com as emoções de raiva, culpa, medo, entre outras, fatores que possivelmente, ajudaram a desencadear a lembrança do erro reportado. Isto é, ficaram registados na memória a longo prazo estes erros reportados pelos enfermeiros porque possivelmente, a situação então experienciada, foi de tal modo emocionalmente perturbadora que após quatro ou mais anos os enfermeiros ainda se lembram desse mesmo erro.

Relativamente à enfermaria *versus* tipo de erro, distinguem-se os serviços de Internamento-Medicina em que o erro de ASM apresenta uma frequência relativa de 36.86%, sendo de 35.55% para os outros tipos de erro e o serviço de Internamento - Especialidades Cirúrgicas em que o erro de ASM apresenta

uma frequência relativa de 18.43%, sendo de 20.27% para os outros tipos de erro. Estes dois serviços são os que mais se salientam no relato de erros efetuado pelos enfermeiros, porquanto foram transversais a todos os hospitais participantes neste estudo, contrariamente aos outros serviços hospitalares cuja existência era mais variável.

No que respeita à idade *versus* o tipo de erro demonstra-se que no erro de ASM (55.58%) dos enfermeiros reportaram o erro cometido em doentes com mais de 65 anos, tendo acontecido o mesmo para os outros tipos de erro (61.33%). Estes resultados são justificados porque os serviços de Internamento-Medicina e Internamento- Especialidades Cirúrgicas são aqueles onde, de uma forma global, existem mais internamentos de doentes com idades superiores a 65 anos. Isto vai ao encontro dos dados da Direção Geral da Saúde (2011), reportados num relatório que indica que os valores médios de internamento são mais elevados nos grupos etários acima dos 65 anos. Com base nestes dados podemos referir que, pelo facto de os idosos permanecerem mais tempo internados, poderão estar mais propensos à ocorrência de erros, o que poderá justificar os resultados neste estudo que efetuámos.

Relativamente à associação entre o tempo de serviço e o tipo de erro averiguou-se, através do resultado da ANOVA, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias em tempo de serviço em função do tipo de erro (outro erro *vs.* ASM). Contudo, evidencia-se nos erros de ASM que 26.10% dos inquiridos tinha entre 1 e 3 anos de serviço, o que pode dever-se a falta de experiência, falta de conhecimentos e por vezes falta de supervisão por um profissional mais experiente. Por outro lado, também se verifica que nos erros de ASM, 20.72% dos inquiridos tinha mais de 13 anos de serviço, o que nos pode indicar que os profissionais mais experientes se tornam mais automatizados e, por falhas de atenção ou de memória, podem cometer erros em situações para as quais têm conhecimento e experiência (Fragata & Martins, 2004; Reason, 1990).

Na categoria profissional aquando da ocorrência do erro *versus* categoria profissional atual, evidenciou-se que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na distribuição da categoria profissional pelo tipo de erro (outro erro *vs.* ASM). De acordo com a literatura, o facto de se errar faz parte da condição humana e, deste modo, podemos afirmar que o erro pode acontecer independentemente da categoria profissional de quem o comete (Kohn et al., 2000; Reason, 1990).

No que respeita ao nível de atividade global por tipo de erro, evidência-se que o erro de juízo clínico foi o que ocorreu quando o doente tinha uma atividade global mais comprometida, seguido da prevenção. Contudo, o comprometimento da atividade global é significativamente inferior no caso de erro de ASM comparativamente com os outros tipos de erro.

Quanto ao impacto sobre o doente em função do tipo de erro cometido podemos referir que nos erros de ASM foi inferior relativamente aos outros tipos de erros. Possivelmente, isto poderá dever-se ao facto de que quando acontece um erro de ASM, o enfermeiro informa imediatamente o médico e o enfermeiro-chefe, existindo muito rapidamente uma intervenção médica que prescreve o antídoto com a finalidade de reduzir o dano no doente. Nos outros tipos de erro não existe nenhum antídoto que funcione de imediato, por exemplo, um erro de atenção/vigilância em que o enfermeiro não está

atento ou não vigia um doente com dificuldades respiratórias e que se agrava no período de ausência do enfermeiro, pode ter consequências nefastas para o doente, conduzindo mesmo à morte, caso o enfermeiro não o observe atempadamente. Em situações semelhantes a esta, o impacto será menor nos erros de ASM do que nos outros tipos de erro. Com alguma frequência, o dano causado ao doente pelos diferentes tipos de erro poderá ser reversível, pois conforme nos refere a literatura, o organismo humano tem a capacidade de se defender até determinado limite dos danos que lhes são causados (Kohn et al., 2000; Page, 2004).

Em relação às causas do erro em função do tipo de erro evidênciam-se que incorreções de julgamento são em média significativamente mais elevadas nos outros tipos de erro do que nos erros de ASM. Isto acontece porque relativamente aos outros tipos de erro possivelmente o enfermeiro avaliou de forma inadequada a situação do doente e, conseqüentemente, realizou um diagnóstico de enfermagem errado e por fim, as intervenções de enfermagem também não foram as mais ajustadas, podendo ter causado dano ao doente. Nas falhas de supervisão verifica-se que as médias são significativamente superiores nos outros tipos de erro do que nos erros de ASM. De acordo com a literatura a supervisão dos enfermeiros menos experientes é considerada relevante porquanto estes são mais propensos à ocorrência de erros (Meurier et al., 1997; Page, 2004). Relativamente aos erros na execução da prática clínica, confirma-se que a média obtida nos erros de ASM foi significativamente inferior à média dos outros tipos de erro. Este facto vem por em evidência que nos outros tipos de erro estes ocorreram, na sua maioria, por falhas na execução da prática clínica, colocando em causa as boas práticas da profissão de enfermagem, o que contribui para diminuição da segurança do doente. Quanto ao défice das funções executivas constata-se que ele é significativamente superior nos erros de ASM do que nos outros tipos de erro. Consegue-se perceber que tanto na preparação da medicação como na administração da mesma podem ocorrer falhas nas funções executivas da atenção e da memória que facilmente podem induzir a práticas pouco adequadas no desempenho profissional (Fragata & Martins, 2004; Reason, 1990).

Relativamente às estratégias adotadas em função do tipo de erro não houve diferenças estatisticamente significativas entre os erros de ASM e os outros tipos de erro. Tanto nestes como nos erros de ASM os enfermeiros utilizaram as estratégias de atribuição interna do erro associadas a uma ausência de externalização emocional, estratégias de negação e/ou evitamento do acontecimento, estratégias de suporte social e estratégias de resolução de problemas. Assim, compreende-se que na sequência de ambos os tipos de erro houve tanto mudanças construtivas como defensivas por parte dos profissionais.

Quanto ao ambiente da enfermaria/serviço em função do tipo de erro não houve diferença estatisticamente significativas, pois facilmente se compreende que tanto os outros tipos de erro como os de ASM dependeram das condições do ambiente da enfermaria/serviço. Estes erros acontecem devido a falhas no sistema que podem ser evitáveis utilizando estratégias adequadas, por exemplo através da reflexão em equipa sobre o ambiente vivenciado na enfermaria podem emergir estratégias que visem atenuar o ambiente stressante, o sentimento de hostilidade entre os profissionais, a realização pouco cuidada do trabalho e o “encurtar caminho” na realização dos cuidados de enfermagem. Nesta situação, será importante que os profissionais adquiram competências não-técnicas, como o saber

gerir o stresse, trabalhar em equipa, saber comunicar de forma assertiva, entre outras, mas também se considera deveras relevante trabalhar com profissionalismo, evitando realizar o trabalho de forma pouco cuidada sendo relevante “não encurtar caminho” nos procedimentos a realizar ao doente.

Nas reações emocionais em função do tipo de erro evidenciou-se que existiram diferenças estatisticamente significativas entre os erros de ASM e os outros tipos de erro, isto é, nos primeiros os enfermeiros apresentaram-se com mais emoções de raiva, medo e culpa. Claramente os enfermeiros não pretendem cometer erros de forma deliberada pois seriam considerados negligentes e, possivelmente, não seriam estas as emoções manifestadas. Contudo, quando se comentem erros honestos a emoção de raiva de si próprio surge devido à frustração sentida por não ter conseguido realizar de forma correta o ato de enfermagem. A existência de uma cultura punitiva na instituição desencadeia no profissional a emoção de medo por receio de vir a sofrer represálias. Neste tipo de cultura também predomina nos profissionais a emoção de culpa pelo erro cometido, isto é a culpa é atribuída pelos outros ao profissional que cometeu o erro, não analisando a raiz causal do erro. Estas emoções tanto internas (raiva e culpa) como externas (medo) podem trazer consequências nefastas para os profissionais dando origem, por exemplo, ao desenvolvimento de quadros de ansiedade e depressão, para os quais e, frequentemente, solicitado tratamento. Para atenuar estas situações pretende-se que haja uma pedagogia do erro tanto para os profissionais de enfermagem como para a própria equipa. Possivelmente, isto aconteceu porque no sistema, à semelhança da metáfora do *queijo suíço*, os buracos alinharam-se e uma sucessão de falhas foi ocorrendo sem que existisse uma barreira, de modo a culminar num acidente que surge de sucessivos erros.

Contudo, os dados também mostram que relativamente às consequências da comunicação em função do tipo de erro, tanto no caso dos outros tipos de erro como no caso dos erros de ASM, os enfermeiros falam com alguém, discutem com o pessoal mais experiente, são aconselhados a propósito do erro e só um número pouco expressivo é que referiu ter sido punido relativamente ao erro que cometeu. Possivelmente, poderá estar a ocorrer, embora de forma ténue, uma mudança de cultura institucional tradicional para uma cultura mais justa e de abertura relativamente ao erro. Tal mudança poderá favorecer a comunicação acerca do erro para que os profissionais não sejam punidos mas, possivelmente, continuam a não reportar todas as dificuldades sentidas, ainda com algum receio de represálias. Portanto, parece-nos que os hospitais estão num processo de transição porque os enfermeiros já falam de forma aberta sobre o erro mas, por outro lado, ainda existem enfermeiros que são efetivamente punidos, ou seja provavelmente tiveram sanções jurídicas devido ao erro cometido.

Relativamente às consequências da comunicação em equipa em função do tipo de erro, comprovou-se que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os outros tipos de erro e os erros de ASM no que respeita à afirmação “A verdadeira causa do erro não foi abordada”. Isto vai ao encontro ao que foi referido anteriormente, ou seja, numa cultura institucional de transição, possivelmente a verdadeira causa do erro não é averiguada e, assim sendo, o enfermeiro que cometeu o erro é considerado culpado e sancionado e, face a esta situação, propaga-se o ciclo do erro. Numa cultura institucional totalmente aberta à discussão do erro, tal como foi referido anteriormente, analisa-se a raiz causal do mesmo e, após esta, estratégias para o ultrapassar são implementadas de modo a atenuar o mesmo.

Em relação ao impacto do erro no exercício profissional de enfermagem, este teve um efeito em média mais profundo nos erros de ASM do que nos outros tipos de erro, provavelmente porque é uma ação de enfermagem interdependente e a atenuação deste tipo de erro exige mudanças pessoais, interpessoais e de contexto que se tornam mais viáveis nos erros de ASM do que nos outros tipos de erro. Efetivamente, os profissionais vivenciaram uma experiência dolorosa e tendem, de uma forma global, para a formação autodirigida, nomeadamente, no prestar mais atenção, adquirir mais conhecimento, melhorar a comunicação, confirmar sempre as ações de enfermagem, entre outras, o que também indica a importância do desenvolvimento de competências não técnicas como a comunicação, o trabalho em equipa, a tomada de decisão, a tomada de consciência da situação, a liderança, a gestão do stresse e da fadiga (cf. Capítulo III).

CAPÍTULO VIII

OS FACTORES QUE INFLUENCIAM O IMPACTO DA MUDANÇA RELATIVAMENTE NA PRÁTICA PROFISSIONAL

Este capítulo tem como finalidade identificar os fatores que influenciam as mudanças na prática profissional após a ocorrência do erro, isto é, qual o impacto da mudança avaliada através de um indicador que expressa a percepção do seu impacto na prática profissional. Os fatores que são utilizados como variáveis preditoras são os seguintes: o tempo de serviço aquando do erro, as causas do erro, as circunstâncias da enfermagem, as estratégias de *coping*, emoções internas e externas. A variável critério, como referimos, consiste no impacto da mudança efetuada na prática profissional, através do indicador anteriormente referido. Os fatores subjacentes às mudanças efetuadas em consequência do erro foram as mudanças construtivas e defensivas (cf. Capítulo VI).

Por fim, pretendemos compreender o impacto dos diferentes fatores no exercício de enfermagem. Estes fatores dizem respeito aos resultantes das Análises de Componentes Principais (ACP) efetuadas anteriormente (cf. Capítulo VI), tais como, erros de julgamento, falhas de supervisão, erros de execução da prática clínica, défice das funções executivas, estratégias de atribuição interna do erro associada a uma ausência de externalização emocional, estratégias de negação e/ou evitamento do acontecimento, estratégia de suporte social, estratégia de resolução de problemas.

Para a concretização destes objetivos utilizaram-se estatísticas paramétricas como as correlações de Pearson, a ANOVA e a Regressão múltipla e não-paramétricas com a correlação de Spearman.

8.1 - ANÁLISE DOS RESULTADOS

8.1.1 - Tempo de serviço aquando das ações e decisões inadequadas/erros versus tipo de mudança

Pretendemos analisar se existe algum tipo de associação entre o tempo de serviço aquando da ocorrência do erro e o tipo de mudança (construtiva ou defensiva). Para esta verificação utilizou-se a correlação de Pearson, porque tanto o tempo de serviço como as pontuações nos fatores de mudança têm nível de mensuração intervalar. Não foram encontradas correlações significativas entre o tempo de serviço na altura do erro e as mudanças resultantes do erro (cf. Tabela 80). De facto, verifica-se que não há relação entre os anos de experiência profissional e os tipos de mudanças construtivas ou defensivas.

Tabela 80

Correlação entre o tempo de serviço quando se deu o erro e as mudanças construtivas e defensivas

	tempo de serviço quando se deu o erro
mudanças construtivas	-.052 ^{ns}
mudanças defensivas	-.004 ^{ns}

^{ns} p>.05.

8.1.2 - Percepção das causas do erro reportado *versus* o tipo de mudança

Neste ponto pretendemos compreender se existe algum tipo de relação entre a percepção das causas do erro reportado e o tipo de mudança (construtiva ou defensiva), ou seja, consideramos relevante perceber se a percepção acerca das causas do erro cometido está associado ao tipo de mudanças que os profissionais efetuaram após a sua ocorrência. Para averiguarmos se existe este tipo de relação utilizou-se a correlação de Pearson, pois as pontuações em ambas as variáveis têm um nível de mensuração intervalar. A partir dos resultados obtidos, verifica-se que existem relações significativas entre os diferentes tipos de percepção das causas com as mudanças construtiva e defensivas (cf. Tabela 81).

Foram encontradas 7 correlações significativas ($p < .01$), porém sabemos que a correlação é sensível ao tamanho da amostra e com amostras grandes como é o caso, tendem a ser significativas correlações de baixa magnitude.

Os erros de julgamento estão mais associados a mudanças construtivas (.204) seguindo-se as falhas de supervisão (.177) e o déficit das funções executivas (.128). Relativamente às mudanças defensivas encontram-se associados os erros na execução da prática clínica (.142), seguindo-se as falhas de supervisão (.136), erros de julgamento (.115) e déficit das funções executivas (.103).

Tabela 81

Correlação entre os fatores de causas do erro e os fatores de mudanças

	mudanças construtivas	mudanças defensivas
Erros de julgamento	.204**	.115**
Falhas de supervisão	.177**	.136**
Erros na execução da prática clínica	.062	.142**
Deficit das funções executivas	.128**	.103**

** $p < .01$; ^{ns} $p > .05$.

8.1.3 - As circunstâncias do contexto de enfermaria/serviço *versus* o tipo de mudanças (construtivas e defensivas) a implementar na prática profissional subsequentemente ao erro

Neste ponto do trabalho pretendemos averiguar se existem diferenças no grau de concordância e discordância relativamente às circunstâncias do contexto enfermaria aquando da ocorrência do erro,

tanto no caso das mudanças construtivas como no caso das mudanças defensivas, já identificadas anteriormente neste trabalho (cf. Capítulo VI).

8.1.3.1 - Diferenças no grau de concordância e discordância relativamente às circunstâncias do contexto enfermagem aquando da ocorrência do erro no que concerne às mudanças construtivas

As circunstâncias da enfermagem/serviço estão operacionalizadas em quatro questões que utilizam uma escala de resposta do tipo Likert com 4 níveis. Foi efetuada a transformação da questão 9 através da junção das alternativas de resposta *c* e *d*, pelo facto de estas representarem a prática do exercício de enfermagem menos adequada na enfermagem/serviço.

Se dicotomizarmos as respostas à questão 9 (circunstâncias) obtemos dois níveis: discordância *versus* concordância podendo, neste caso, ser utilizada a ANOVA para verificar eventuais diferenças nas mudanças (construtivas e defensivas) efetuadas na prática profissional subsequente ao erro reportado em função das circunstâncias contextuais do serviço onde esse erro ocorreu. Para obter a pontuação na questão 9 transformada foi considerada concordância se, em pelo menos uma das alíneas (*c* ou *d*), tivesse sido registada concordância com a afirmação por parte dos participantes.

Na circunstância *a* “o ambiente na enfermagem/serviço era particularmente stressante” foi observada heterocedasticidade (Levene: $F(1,703)=14.037, p=.000$) e o teste de Brown-Forsythe foi considerado. Podemos observar na Tabela 82 que a média obtida na concordância foi significativamente superior à média registada na discordância ($B-F(1, 377.41)=10.461, p=.001$). Isto é, os enfermeiros que concordam com a afirmação que “o ambiente na enfermagem/serviço era particularmente stressante” relatam mais mudanças construtivas que os seus colegas que discordam.

Na circunstância *b* (havia um sentimento de hostilidade entre o pessoal da enfermagem/serviço) foi observada homocedasticidade (Levene: $F(1,705)=2.375, p=.124$). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre a concordância e a discordância ($F(1, 706)=2.624, p=.106$) (cf. Tabela 82). Apenas um pequeno número de enfermeiros referiram que “havia um sentimento de hostilidade entre o pessoal da enfermagem/serviço”, logo esta variável não se revela importante na explicação das mudanças construtivas.

Na circunstância *c+d* “o pessoal mais experiente esperava que fizesse o seu trabalho de qualquer maneira / “Encurtar caminho” era quase a norma na enfermagem / serviço” foi observada heterocedasticidade (Levene: $F(1,768)= 7.561, p=.006$) e o teste de Brown-Forsythe foi considerado. Verificamos (cf. Tabela 82) que a média obtida na concordância foi significativamente superior à média registada na discordância ($B-F(1, 201.19)= 9.186, p=.003$). Os enfermeiros que concordaram com a afirmação “o pessoal mais experiente esperava que fizesse o seu trabalho de qualquer maneira / “Encurtar caminho” era quase a norma na enfermagem/serviço” relatam mais mudanças construtivas que os seus colegas que discordam.

Tabela 82

Média, desvios-padrão e ANOVA do grau de concordância e discordância relativamente com as circunstâncias do contexto enfermaria no que concerne às mudanças construtivas

Circunstâncias do contexto de enfermaria	discordância		concordância		F / B-F	p
	Média	DP	Média	DP		
O ambiente na enfermaria/serviço era particularmente stressante	-0.21	1.14	0.07	0.91	10.461	.001**
Havia um sentimento de hostilidade entre o pessoal da enfermaria/serviço	-0.04	1.01	0.18	0.88	2.624	.106 ^{ns}
O pessoal mais experiente esperava que fizesse o seu trabalho de qualquer maneira. / "Encurtar caminho" era quase a norma na enfermaria / serviço	-0.04	1.03	0.21	0.80	9.186	.003**

** p<.01; * p<.05; ^{ns} p>.050

8.1.3.2 - Diferenças no grau de concordância e discordância relativamente às circunstâncias do contexto enfermaria aquando da ocorrência do erro no que concerne às mudanças defensivas

Todo o procedimento para a concretização da ANOVA é o mesmo daquele que foi referido anteriormente.

Na circunstância a "o ambiente na enfermaria/serviço era particularmente stressante" foi observada heterocedasticidade (Levene: $F(1,703)=9.363, p=.002$) e o teste de Brown-Forsythe foi considerado. Constatamos na Tabela 83 que a média obtida na concordância foi significativamente superior à média registada na discordância ($B-F(1, 536.72)=12.258, p=.001$). Isto é, os enfermeiros que concordam com a afirmação de que "o ambiente na enfermaria/serviço era particularmente stressante" relatam mais mudanças defensivas que os seus colegas que discordam.

Na circunstância b "havia um sentimento de hostilidade entre o pessoal da enfermaria/serviço" foi observada homocedasticidade (Levene: $F(1,705) = 0.315, p=.575$). Observamos na Tabela 83 que a média obtida na concordância foi significativamente superior à média registada na discordância ($F(1,706) = 5.014, p=.025$). Isto é, os enfermeiros que concordam com a afirmação de que "havia um sentimento de hostilidade entre o pessoal da enfermaria/serviço" relatam mais mudanças defensivas que os seus colegas que discordam.

Na circunstância c+d "o pessoal mais experiente esperava que fizesse o seu trabalho de qualquer maneira. "Encurtar caminho" era quase a norma na enfermaria / serviço" foi observada heterocedasticidade (Levene: $F(1,768) = 6.931, p=.009$) e o teste de Brown-Forsythe foi considerado. Na Tabela 83 averiguamos que a média obtida na concordância foi significativamente superior à média dos na discordância ($B-F(1, 153.85)=10.066, p=.002$). Os enfermeiros que concordam com a afirmação "o pessoal mais experiente esperava que fizesse o seu trabalho de qualquer maneira. "Encurtar caminho" era quase a norma na enfermaria/serviço" relatam mais mudanças defensivas que os seus colegas que discordam.

Tabela 83

Média, desvios-padrão e ANOVA do grau de concordância e discordância relativamente com as circunstâncias do contexto enfermagem no que concerne às mudanças defensivas

Circunstâncias do contexto da enfermagem	discordância		concordância		F/B-F	p
	Média	DP	Média	DP		
O ambiente na enfermagem/serviço era particularmente stressante	-0.21	1.14	0.07	0.91	12.258	.001**
Havia um sentimento de hostilidade entre o pessoal da enfermagem/serviço	-0.04	1.01	0.18	0.88	5.014	.025*
O pessoal mais experiente esperava que fizesse o seu trabalho de qualquer maneira. /"Encurtar caminho" era quase a norma na enfermagem / serviço	-0.04	1.03	0.21	0.80	10.066	.002**

** p < .01; * p < .05

8.1.4 - Estratégias de coping versus fatores de mudança construtiva e defensiva

Pretendemos averiguar se existe algum tipo de relação entre as estratégias de coping (estratégias de atribuição interna do erro associada a uma ausência de externalização emocional, estratégias de negação e/ou evitamento do acontecido, estratégias de suporte social e estratégia de resolução de problemas) e os fatores de mudanças construtiva e defensiva. Para verificarmos se existe esta relação utilizou-se a correlação de Pearson, tendo em consideração que as pontuações em ambas as variáveis têm nível também de mensuração intervalar.

Constatamos através da leitura da Tabela 84 que as estratégias de atribuição interna do erro associada a uma ausência de externalização emocional estão mais associadas a mudanças defensivas (.311) do que a mudanças construtivas (.293), à semelhança das estratégias de negação e/ou evitamento do acontecido (.229), sendo que entre estas últimas e as mudanças construtivas se verifica uma correlação negativa de baixa magnitude (-.112). As estratégias de suporte social apenas se correlacionam com as mudanças construtivas (.362), acontecendo o mesmo com as estratégias de resolução de problemas (.299). Neste âmbito, existem mais mudanças construtivas no exercício de enfermagem quando os enfermeiros solicitam suporte por parte de superiores ou pares, bem como quando utilizam estratégias de resolução de problemas.

Tabela 84

Correlação entre os fatores das estratégias de coping e os fatores de mudanças

Estratégias	mudanças construtivas	mudanças defensivas
Estratégias de atribuição interna do erro associada a uma ausência de externalização emocional	.293**	.311**
Estratégias de negação e/ou evitamento do acontecido	-.112**	.229**
Estratégias de suporte social	.362**	-.063 ^{ns}
Estratégia de resolução de problemas	.299**	.002 ^{ns}

** p < .01; * p < .05; ^{ns} p > .05.

8.1.5 - Emoções internas e externas *versus* fatores de mudança construtiva e defensiva

Pretendemos averiguar se existe alguma associação entre as emoções internas e o tipo de mudança (construtiva ou defensiva) e também se existe alguma associação entre as emoções externas e o tipo de mudança (construtiva ou defensiva). As respostas emocionais internas correspondem aos itens *a*, *c* e *e* da questão 10 do questionário que utilizámos: “Fiquei zangado/a comigo próprio”, e “Senti-me incompetente” e “Senti-me culpado/a”. As repostas emocionais externas correspondem aos itens *b* e *d* da mesma questão, isto é, os itens correspondentes são “Fiquei zangado/a com outras pessoas” e “Fiquei com medo das repercussões. Para verificarmos a existência de alguma associação utilizou-se a correlação de Spearman.

Através da análise da Tabela 85 podemos constatar que as estratégias emocionais internas de raiva (.249), culpa (.265) e de incompetência (.283) estão mais fortemente associadas a mudanças construtivas do que às mudanças defensivas.

Tabela 85

Correlação de Spearman entre as repostas emocionais internas e os fatores de mudanças

Estratégias	mudanças construtivas	mudanças defensivas
Senti-me incompetente	.283**	.154**
Fiquei zangado(a) comigo próprio	.249**	.091*
Senti-me culpado(a)	.265**	.087*

** $p < .01$; * $p < .05$; ^{ns} $p > .05$.

Relativamente às respostas emocionais externas verificamos, a partir da leitura da Tabela 86, que o medo (.262) está mais associado a mudanças construtivas do que propriamente a mudanças defensivas. A raiva dirigida às outras pessoas (0.36) está mais associadas a mudanças defensivas.

Podemos, deste modo, inferir através da Tabela 85 que as estratégias emocionais internas dos enfermeiros estão mais associadas a mudanças construtivas como redobrar a atenção e solicitar suporte por parte dos superiores ou pares, enquanto pela análise da Tabela 86, as estratégias externas como o medo está mais associado a mudanças construtivas e a raiva está mais associada a mudanças defensivas do que com mudanças construtivas.

Tabela 86

Correlação de Spearman entre as repostas emocionais externas e os fatores de mudanças

Estratégias	mudanças construtivas	mudanças defensivas
Fiquei com medo das repercussões	.262**	.169**
Fiquei zangado(a) com outras pessoas	.036 ^{ns}	.149**

** $p < .01$; * $p < .05$; ^{ns} $p > .05$.

8.1.6 - Impacto dos diferentes fatores no exercício de enfermagem

Consideramos importante averiguar qual o impacto dos diferentes fatores no exercício de enfermagem. Isto é, pretendemos compreender o impacto dos diferentes fatores (erros de julgamento, erros na execução da prática clínica, deficit das funções executivas, estratégias de atribuição interna do erro associada a uma ausência de externalização emocional, estratégias de negação e/ou evitamento do acontecido, estratégias de suporte social, estratégia de resolução de problemas) no exercício de enfermagem, subseqüentemente à ocorrência do erro reportado. Para verificarmos este impacto foi levada a cabo uma análise de regressão múltipla, tendo o impacto da mudança na prática profissional como variável critério, e os fatores referidos anteriormente como variáveis preditoras.

Para efetuar a análise de regressão múltipla, Tabachnik e Fidell (2007) enumeram várias assunções cujo cumprimento é demonstrado ao longo da apresentação dos resultados. O número de sujeitos por preditor é de cerca de 80, o que largamente supera os critérios apresentados por Tabachnik e Fidell (2007). Dois aspetos igualmente importantes a considerar são a normalidade e a ausência de *outliers*. Para todas as variáveis a entrar na regressão foi calculada a prova Kolmogorov-Smirnov, que testa se a distância da distribuição observada relativamente à distribuição normal é estatisticamente significativa. De facto, oito das 11 variáveis em causa obtiveram valores estatisticamente significativos (cf. Tabela 87). Contudo, este teste é sensível ao tamanho da amostra, e para amostras grandes pequenos desvios na distribuição obtêm valores significativos (Sheng, 2008).

Foi também calculada a assimetria padronizada (assimetria/erro da assimetria) na qual um valor inferior a 2 tem associado um valor de $p < .05$ e indica que a distribuição não se afasta significativamente da curva normal. Estas análises foram complementadas com a observação do histograma e do normal Q-Q plot.

A variável *erros na execução da prática clínica*, apesar de obter um valor significativo no Kolmogorov-Smirnov (cf. Tabela 87), regista uma assimetria padronizada inferior a 2 ($AE=1.42$). A análise dos gráficos aponta, igualmente, para uma proximidade da distribuição desta variável à curva normal suficiente para prosseguirem os cálculos.

Na variável *estratégias de resolução de problemas* o teste Kolmogorov-Smirnov não foi significativo (cf. Tabela 87), porém AE supera o valor crítico 2. Também da análise dos gráficos nos pareceu ter esta variável condição para entrar na equação de regressão.

Nas restantes variáveis foram obtidos valores de AE bastante superiores a 2, tendo sido então considerada a transformação das variáveis. Após transformação as variáveis *Erros de julgamento*, *Deficit das funções executivas*, *Estratégias de atribuição interna do erro associada a uma ausência de externalização emocional*, *Estratégias de negação e/ou evitamento do acontecido*, *Estratégias de suporte social* e *Mudanças construtivas*, apresentaram assimetrias padronizadas inferiores a 2 (cf. Tabela 87).

Para as variáveis *Falhas de supervisão* e *Mudanças defensivas* a assimetria inicial era elevada e teve um visível decréscimo após a transformação, mantendo-se no entanto uma AE superior a 2. Estas variáveis entraram na regressão mas uma atenção particular foi dada aos resíduos (cf. Tabela 87).

Por fim, a variável critério após transformação reduziu a sua assimetria mas ainda com um valor de assimetria padronizada superior a 2 (cf. Tabela 87). Dado o elevado tamanho da amostra não é esperado um impacto relevante nos resultados.

Tabela 87

Estudo da distribuição das variáveis

	Kolmogorov-Smirnov (<i>gl</i> =766)	Assimetria padronizada	Assimetria Após transformação
Erros de julgamento	,078**	4.45	0.68 (log ₁₀)
Falhas de supervisão	,140**	13.05	3.34 (IN)
Erros na execução da prática clínica	,189**	1.42	-
Deficit das funções executivas	,051**	4.30	-1.35 (log ₁₀)
Estratégias de atribuição interna do erro associada a uma ausência de externalização emocional	,038*	4.52	0.08 (SQRT)
Estratégias de negação e/ou evitamento do acontecido	,089**	11.73	0.48 (IN)
Estratégias de suporte social	,028 ^{ns}	2.77	-0.33 (SQRT)
Estratégia de resolução de problemas	,031 ^{ns}	-2.35	-
Mudanças construtivas	,062**	-8.10	0.08 (SQRT)
Mudanças defensivas	,083**	9.91	3.18 (SQRT)
Mudanças na prática profissional	,291**	4.57	2.91 (SQRT)

** $p < .01$; ^{ns} $p < .05$, IN – transformação inversa; SQRT – transformação com raiz quadrada.

Após a transformação foi efetuada a correlação das variáveis observadas com as variáveis originais. Como pode ser observado na Tabela 88, todas as correlações entre as variáveis originais e as transformadas obtiveram magnitude elevada.

Tabela 88

Correlação entre as variáveis originais e as variáveis transformadas

	EJ	FS	DFE	EAI	EN	ESS	MC	MD	EPEE
Erros de julgamento	.990**								
Falhas de supervisão		.967**							
Deficit das funções executivas			.989**						
Estratégias de atribuição interna do erro associada a uma ausência de externalização emocional				.996**					
Estratégias de negação e/ou evitamento do acontecido					.962**				
Estratégias de suporte social						.997**			
Mudanças construtivas							.982**		
Mudanças defensivas								.987**	
Teve um efeito profundo no seu exercício da enfermagem									.985**

** $p < .01$

A matriz de correlações entre as variáveis em estudo faz parte da comunicação de resultados da regressão e é apresentada na Tabela 89. As correlações entre as variáveis são genericamente de baixa magnitude. A variável critério apresenta o valor mais elevado de correlação com as *mudanças construtivas* (.352)

Tabela 89
Matriz de correlações entre as variáveis

	EJ	FS	EEPC	DFE	EAI	EN	ESS	ERP	MC	MD	EPEE
Erros de julgamento	1										
Falhas de supervisão	-.045	1									
Erros na execução da prática clínica	-.012	-.034	1								
Deficit das funções executivas	-.006	-.035	-.029	1							
Estratégias de atribuição interna do erro associada a uma ausência de externalização emocional	.233**	.051	.026	.213**	1						
Estratégias de negação e/ou evitamento do acontecido	.062	.043	.073	.059	.137**	1					
Estratégias de suporte social	.119**	.089*	.092*	.005	.137**	-.146**	1				
Estratégia de resolução de problemas	.066	.028	.086*	.056	.177**	-.015	.210**	1			
Mudanças construtivas	.204**	.150**	.064	.102**	.284**	-.133**	.375**	.296**	1		
Mudanças defensivas	.113**	.122**	.146**	.089*	.305**	.236**	-.064	-.003	.002	1	
Teve um efeito profundo no seu exercício da enfermagem	.153**	.079*	.061	.065	.345**	-.177**	.240**	.218**	.352**	.151**	1

** p<.01; * p<.05.

Verificamos, através da leitura da Tabela 90, que o modelo de regressão foi estatisticamente significativo ($F(10, 683)=21.967, p=.000$).

O teste de Durbin-Watson apresentou um valor próximo de dois (1.915), o que é indicador de ausência de autocorrelação. Existe multicolinearidade se duas ou mais variáveis predictoras têm uma elevada intercorrelação (>.90), mas tal não acontece com qualquer das variáveis em estudo (Tabachnik & Fidell, 2007).

Tabela 90

Sumário dos preditores na análise de regressão múltipla tendo o efeito no exercício da enfermagem como variável critério

Variáveis	B [#]	Erro padrão [#]	β ^{##}	t	p
Erros de julgamento	.207	.121	.061	1.717	.086
Falhas de supervisão	.170	.234	.025	.728	.467
Erros na execução da prática clínica	.009	.013	.024	.702	.483
Deficit das funções executivas	-.062	.118	-.018	-.522	.602
Estratégias de atribuição interna do erro associada a uma ausência de externalização emocional	.343	.058	.226	5.914	.000**
Estratégias de negação e/ou evitamento do acontecido	-1.324	.231	-.202	-5.729	.000**
Estratégias de suporte social	.114	.055	.076	2.078	.038*
Estratégia de resolução de problemas	.044	.013	.119	3.333	.001**
Mudanças construtivas	.200	.041	.188	4.817	.000**
Mudanças defensivas	.124	.041	.112	3.042	.002**
R=.496					
R ² =.246					
F(683)= 21.967, p=.000					

Coeficientes não estandardizados; ## Coeficiente estandardizado; ** p<.01; * p<.05.

O modelo testado explica 25% da variância total na ocorrência de mudanças no exercício da enfermagem subsequente ao erro reportado pelos participantes. Constatamos, a partir da leitura da (Tabela 89), que constituem preditores positivos da ocorrência de mudanças na prática da enfermagem as estratégias de atribuição interna do erro associada a uma ausência de externalização emocional ($\beta=.226$), as estratégias de suporte social ($\beta=.076$), as estratégia de resolução de problemas ($\beta=.119$), as mudanças construtivas ($\beta=.188$), e defensivas ($\beta=.112$). As estratégias de negação e/ou evitamento do acontecido aparecem como preditor negativo da ocorrência de mudanças na prática profissional subsequente ao erro reportado ($\beta=-.202$).

8.2 - DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados e discutidos os principais resultados acerca da análise dos fatores (o tempo de serviço aquando do erro, as causas do erro, as circunstâncias da enfermagem, as estratégias de *coping*, emoções internas e externas, erros de julgamento, erros na execução da prática clínica, deficit das funções executivas, estratégias de atribuição interna do erro associada a uma ausência de externalização emocional, estratégias de negação e/ou evitamento do acontecido, estratégias de suporte social, estratégia de resolução de problemas que influenciam a ocorrência de mudanças na prática profissional, tendo em vista a sua interpretação e eventual utilização no processo de formação inicial e contínua dos profissionais de enfermagem).

Relativamente ao tempo de serviço aquando da ocorrência do erro em função do tipo de mudança verificamos que não existe uma associação significativa entre os anos de experiência profissional e

os tipos de mudança (construtiva ou defensiva). Este resultado não está de acordo com o estudo de Meurier et al., (1997), que demonstrava que os anos de experiência dos enfermeiros estavam associados a mudanças construtivas.

Quanto à percepção das causas do erro reportado e a sua relação com o tipo de mudança efetuada (construtiva ou defensiva) verificamos que existem associações significativas. As que mais se evidenciam são os erros de julgamento que estão mais associados a mudanças construtivas (.204). Os erros na execução da prática clínica (.142), por sua vez, estão mais associados a mudanças defensivas. Neste âmbito, por exemplo, os erros de julgamento podem estar associados a mudanças construtivas como o redobrar da atenção ou mesmo solicitar apoio de superiores ou pares, confirmar todas as ações de enfermagem, atualizar conhecimentos, entre outros. Por outro lado, os erros na execução da prática clínica podem estar associados a mudanças defensivas como a uma retração da confiança do enfermeiro em si e nos outros. No que respeita aos erros de julgamento, os resultados não corroboram o estudo realizado por Meurier et al., (1997), pois estes autores referem que estes erros estão associados a mudanças defensivas. Contudo, relativamente aos erros de execução da prática clínica, os resultados deste estudo estão de acordo com os resultados do estudo dos autores, em que estes referem que estes erros estão associados a mudanças defensivas. Parece-nos relevante referir que o facto de os erros de julgamento estarem associados a mudanças construtivas, implica que os enfermeiros estavam sensibilizados para a mudança de comportamento, com a finalidade de atenuar a ocorrência do erro e para o conseguirem, possivelmente, fizeram apelo à autoformação e também à formação contínua. Por outro lado, parece-nos preocupante o facto de os erros de execução da prática clínica estarem associados a mudanças defensivas, o que nos mostra que os enfermeiros utilizam estratégias de negação ou de evitamento do acontecido. Estes mecanismos de defesa dificultam as mudanças de comportamento nas práticas de enfermagem contribuindo para perpetuar do ciclo do erro. Para haver mudanças neste domínio será relevante a sensibilização dos profissionais para a reflexão sobre a temática do erro no âmbito da segurança do doente, a qual poderá ser conseguida através da formação inicial e contínua.

Em relação às circunstâncias do contexto de enfermaria/serviço em função do tipo de mudança (construtivas e defensivas) analisámos num primeiro momento o grau de concordância e discordância relativamente às circunstâncias do contexto enfermaria aquando da ocorrência do erro no que respeita às mudanças construtivas e num segundo momento no que respeita às mudanças defensivas.

Em ambos os momentos as respostas à questão 9 (circunstâncias) foram dicotomizadas em dois níveis, discordância e concordância, tendo sido utilizado o teste ANOVA para verificar eventuais diferenças nos tipos de mudanças em função das circunstâncias contextuais do serviço aquando da ocorrência do erro. Neste sentido, consideramos relevante evidenciar os resultados que obtém mais concordância do que discordância em ambos os tipos de mudanças (construtiva e defensiva).

Quando analisamos as diferenças no grau de concordância e discordância relativamente às circunstâncias do contexto enfermaria aquando da ocorrência do erro no que concerne às mudanças construtivas, verificou-se que na circunstância *a* "o ambiente na enfermaria/serviço era particularmente stressante" a média obtida na concordância foi significativamente superior à média registada na discordância. Neste

sentido, parece haver acordo de que o ambiente stressante da enfermaria é propício à ocorrência de erro. Contudo, após a ocorrência de erro são efetuadas pelos enfermeiros mudanças construtivas da prática profissional. Estes resultados não vão ao encontro do estudo realizado por Meurier et al., (1997), porque o ambiente stressante da enfermaria está sobretudo associado a mudanças defensivas. Na circunstância *c+d* "o pessoal mais experiente esperava que fizesse o seu trabalho de qualquer maneira/"Encurtar caminho" era quase norma na enfermaria/serviço" verificamos que a média obtida na concordância foi significativamente superior à média registada na discordância. Isto indica-nos que relativamente a esta circunstância existe acordo para que haja mudanças construtivas. Este tipo de práticas de enfermagem inseguras é propício à ocorrência de erro, colocando em causa a segurança do doente. O facto de os enfermeiros estarem recetivos para ocorrência de mudanças construtivas é fundamental para que haja mudanças de comportamento e melhorar as práticas de enfermagem.

Por outro lado, quando analisamos as diferenças no grau de concordância e discordância relativamente às circunstâncias do contexto enfermaria aquando da ocorrência do erro no que concerne às mudanças defensivas, verificou-se que na circunstância *a* "o ambiente na enfermaria/serviço era particularmente stressante" a média obtida na concordância foi significativamente superior à média registada na discordância. Na circunstância *b* "Havia um sentimento de hostilidade entre o pessoal da enfermaria/serviço" a média obtida na concordância foi significativamente superior à média registada na discordância. Na circunstância *c+d* "o pessoal mais experiente esperava que fizesse o seu trabalho de qualquer maneira/"Encurtar caminho" era quase norma na enfermaria/serviço" averiguamos que a média obtida na concordância foi significativamente superior à média registada na discordância. Na circunstância *a* "o ambiente na enfermaria/serviço era particularmente stressante" e na circunstância *c+d* "o pessoal mais experiente esperava que fizesse o seu trabalho de qualquer maneira/"Encurtar caminho" era quase norma na enfermaria/serviço" encontramos que em ambas existem mudanças defensivas.

Relativamente ao primeiro momento existe acordo dos enfermeiros relativamente ao ambiente da enfermaria para mudanças construtivas nos dois casos acima abordados e, é de realçar que a formação e a supervisão recomendam que estas mudanças têm mais benefício não apenas a curto prazo mas também a longo prazo.

Quanto ao segundo momento existe acordo dos enfermeiros relativamente ao ambiente enfermaria para mudanças defensivas nos três casos acima referidos. As mudanças defensivas podem de facto resolver a situação no imediato, sendo no entanto mais passíveis de contribuir para o eternizar dos problemas a longo prazo. Estas mudanças defensivas tornam-se preocupantes porque os enfermeiros tendem a ter comportamentos de retração, isto é, negam ou mesmo evitam lidar com o acontecimento da ocorrência do erro. Este tipo de comportamentos defensivos podem dever-se a diversas razões, mas o facto de os enfermeiros percecionarem os colegas mais experientes como insensíveis face à situação ou à falta de apoio aquando da ocorrência do erro, conduz a que os enfermeiros que cometeram o erro não confiem que os colegas possam tratá-los de uma forma mais justa e aberta. No sentido de desmistificar este tipo de comportamentos, de modo a serem modificados, achamos relevante introduzir nos currículos da formação inicial diversas temáticas, nomeadamente refletir com

os estudantes uma situação problema em que ocorrem erros, possivelmente, devido a erros humanos ou do sistema. Consequentemente, sensibilizá-los para a relevância de aprenderem com os mesmos e, deste modo, modificar as práticas profissionais com a finalidade de prevenir os danos causados ao doente e contribuir para a sua segurança.

Relativamente à associação verificada entre as estratégias de *coping* e os fatores de mudança construtiva e defensiva averiguamos que as *estratégias de atribuição interna do erro associada a uma ausência de externalização emocional* estão mais associadas a *mudanças defensivas* (.311), acontecendo o mesmo às *estratégias de negação e/ou evitamento do acontecido* (.229). As *estratégias de suporte social* apenas se correlacionam com as *mudanças construtivas* (.362), ocorrendo o mesmo com as *estratégias de resolução de problemas* (.299). Existem mais mudanças construtivas no exercício de enfermagem quando os enfermeiros solicitam suporte por parte de superiores ou pares, bem como quando utilizam estratégias de resolução de problemas, resultados que vão na mesma linha do estudo realizado por Meurier et al., (1997), no qual são identificados como preditores de mudanças construtivas as estratégias de resolução de problemas e as estratégias da procura de suporte social. Relativamente às *estratégias de atribuição interna do erro associada a uma ausência de externalização emocional* e as *estratégias de negação e/ou evitamento do acontecido* associadas a mudanças defensivas, os resultados agora encontrados vão igualmente ao encontro do estudo realizado por Meurier et al., (1997), no qual os autores referem que estas estratégias são predictoras de mudanças defensivas.

Quanto à associação entre as emoções internas e externas e os fatores de mudança construtiva e defensiva evidência-se que as estratégias emocionais internas de raiva (.249), culpa (.265) e incompetência (.283) estão mais associadas a mudanças construtivas do que às defensivas, estando estes resultados de acordo com o estudo de Meurier et al., (1997). No que respeita às respostas emocionais externas verifica-se que o medo (.262) está mais associado a mudanças construtivas do que a mudanças defensivas e que a raiva dirigida às outras pessoas (.149) está mais associada a mudanças defensivas do que construtivas. Estes resultados não vão encontro do estudo efetuado por Meurier et al., (1997), no âmbito do qual é referido que o medo das repercussões está mais associado a mudanças defensivas mas, por outro lado, existe concordância relativamente à raiva dirigida às outras pessoas, a qual está mais associada a este mesmo tipo de mudanças. As emoções internas estão mais associadas a mudanças construtivas, possivelmente porque os enfermeiros se sentem responsáveis pela ocorrência do erro, circunstância que os conduz a adotarem comportamentos mais adaptativos. Isto, efetivamente, acontece porque os enfermeiros quando cometem um erro assumem a responsabilidade e sentem-se incomodados com eles próprios, reagindo por terem cometido esse mesmo erro (Meurier et al., 1997). Relativamente às emoções externas verificamos que o medo está mais associado a mudanças construtivas, pois os profissionais de enfermagem, para não sofrerem represálias, têm a necessidade de dialogar acerca do erro, no sentido de obterem suporte dos superiores ou pares. O facto, de haver dialogo acerca do erro demonstra haver abertura perante os pares e superiores hierárquicos, permitindo aumentar a confiança na relação, dispondo o profissional à partilha de informações relativamente ao sucedido. Esta situação pode influenciar a gestão das emoções negativas, isto é, a carga emocional poderá ser atenuada pela partilha de informação, obtendo o profissional apoio relativamente ao acontecimento.

Para se compreender o impacto dos diferentes fatores no exercício de enfermagem, nomeadamente, nas mudanças efetuadas na sequência do erro cometido, efetuou-se a análise de regressão múltipla, cuja variável critério (foi o impacto nas mudanças efetuadas pelo profissional subsequente ao erro). O modelo de regressão múltipla explica 25% da variância total na ocorrência de mudanças no exercício de enfermagem posteriormente ao erro reportado pelos enfermeiros. Evidenciam-se como preditores positivos da ocorrência de mudanças *as estratégias de atribuição interna do erro associada a uma ausência de externalização emocional* ($\beta=.226$), *as estratégias de suporte social* ($\beta=.076$), *as estratégias de resolução de problemas* ($\beta=.119$), *as mudanças construtivas* ($\beta=.188$), e *defensivas* ($\beta=.112$). *As estratégias de negação e/ou evitamento do acontecido* aparecem como preditor negativo da ocorrência de mudanças na prática profissional subsequente ao erro reportado ($\beta=-.202$).

Efetivamente, o impacto nas mudanças efetuadas pelo profissional está relacionado com mudanças construtiva e defensivas, no qual consiste num requisito fundamental para os profissionais estarem recetivos para a formação contínua, com a finalidade de adquirirem conhecimentos e de os mobilizar para os contextos da prática profissional, em prol da segurança do doente e da satisfação profissional. Isto é, as mudanças construtivas e defensivas implicam por parte dos profissionais uma aprendizagem após a ocorrência do erro, a qual é considerada relevante para a prevenção do mesmo. O facto de os enfermeiros lidarem de forma construtiva com o erro envolve mudanças profissionais, no sentido de incrementar as boas práticas de enfermagem. Nesta perspetiva, existe uma mudança centrada na pessoa realizada através da autoformação, nomeadamente, o redobrar a atenção, o confirmar todas as ações de enfermagem, o atualizar conhecimentos, o ter em consideração a elaboração do plano de cuidados, bem como a execução do plano de cuidados com maior exigência profissional, melhorar a avaliação dos doentes antes dos procedimentos e solicitar apoio de superiores ou pares, no sentido, de aperfeiçoar as práticas clínicas de forma a não perpetuar o ciclo do erro. Por outro lado, considera-se preocupante, conforme referido anteriormente, que as estratégias de negação e/ ou evitamento se apresentam como um preditor negativo relativamente às mudanças da prática profissional. Possivelmente, pelo facto de terem medo de represálias, os profissionais de enfermagem poderão utilizar estes mecanismos de defesa de forma a atenuar a ansiedade sentida face à situação de erro. É nossa opinião que através da formação contínua os enfermeiros que utilizam estas estratégias poderão modificar as atitudes face à situação de erro e, conseqüentemente, poderão mudar de comportamento adotando estratégias mais construtivas. É evidente que esta modificação do comportamento que, conseqüentemente, contribuiu para uma mudança de cultura institucional, exige tempo para que haja a ocorrência destas mudanças. Isto é, para que ocorram mudanças é indispensável que os profissionais estejam motivados e, para tal, deve-se proporcionar um ambiente de aprendizagem livre de constrangimentos, tendo efetivamente em consideração o tempo necessário para que surjam as respetivas mudanças dos comportamentos dos profissionais e, conseqüentemente, da cultura institucional.

Contudo, consideramos também relevante a formação no que respeita a conteúdos relacionados com as diferentes dimensões ou tipos de erro que, se não forem prevenidos, colocam em causa a segurança do doente. Julgamos ser também pertinente, após a aprendizagem através da formação inicial e contínua, as intervenções ao nível do sistema de saúde com o intuito de se estabelecerem

barreiras para que não ocorram incidentes ou acidentes devido a erros. Neste âmbito, se houver um aperfeiçoamento tanto ao nível da pessoa como do sistema então certamente existirá uma mudança de cultura institucional punitiva para uma cultura aberta e mais justa em que se incrementa o atenuar do erro contribuindo para a segurança do doente. Esta mudança será possível se os profissionais forem sensibilizados para as circunstâncias do erro através da formação inicial, na qual os estudantes efetuam aprendizagens relevantes sobre as diferentes temáticas que enquadram os diversos tipos de erros, executam simulações possibilitando, deste modo, a aquisição de competências no sentido da prevenção de uma situação de erro e, aquando da ocorrência do mesmo, a sua ultrapassagem de forma assertiva e justa nos contextos da prática profissional. É evidente que com a formação contínua, podendo esta ser enquadrada no paradigma ou modelo de aprendizagem ao longo da vida⁶⁷, torna-se possível a mudança de culturas acima referida, através da formação em serviço, cursos de curta duração, *workshops*, conferências, entre outros. Com a formação inicial e com a aprendizagem ao longo da vida pretende-se contribuir para a segurança do doente, conforme preconizado pela Direção Geral da Saúde (2014), nomeadamente, pelo Departamento da Qualidade na Saúde.

67 A aprendizagem ao longo da vida é definida “como toda e qualquer atividade de aprendizagem, com um objetivo, empreendida numa base contínua e visando melhorar conhecimentos, aptidões e competências” (Comissão Europeia, 2000, p. 3).

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A FORMAÇÃO AO LONGO DA VIDA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

1-Síntese e discussão dos resultados obtidos

As mudanças sociais e tecnológicas características dos finais do século XX e do século XXI refletem-se nas sociedades contemporâneas, das quais Portugal faz parte integrante desse processo de desenvolvimento. Contextualizando, temos uma sociedade envelhecida com o surgimento de diversas doenças crónicas em que as novas tecnologias têm sido uma mais-valia para o seu controlo ou, mesmo, para as mitigar. Com este enquadramento, pretendemos referir que os resultados em cuidados de saúde melhoram significativamente com a medicina moderna mas, conseqüentemente, as organizações de saúde tornaram-se mais complexas, existindo uma maior suscetibilidade para a ocorrência de eventos adversos que são causadores de danos para o doente. Face a esta nova realidade, compreende-se a relevância atribuída à qualidade dos cuidados e a segurança do doente, aspetos que contribuem para o atenuar do erro na prática profissional no âmbito da saúde. É neste contexto que se encontra o desafio do trabalho de investigação, pretendendo constituir-se como um contributo para a comunidade científica, nomeadamente, com o intuito de se compreender a perceção que os enfermeiros têm relativamente às causas dos erros bem como das circunstâncias e das conseqüências na prática profissional, dando resposta às questões de investigação. Procedemos em seguida à conclusão integradora de alguns resultados mais relevantes do estudo e, conseqüentemente, ao debate em torno das suas implicações para a formação ao longo da vida dos profissionais de saúde.

Apesar das dificuldades com que nos confrontamos inicialmente para conseguirmos concretizar esta investigação, podemos concluir que 799 enfermeiros reportaram um erro de forma retrospectiva, constituindo a notificação do erro uma mais-valia para aprender com o mesmo e mudar práticas de enfermagem.

Os erros que mais foram evidenciados integram a categoria “Administração Segura de Medicação”, em que na subcategoria Preparação de Medicação o indicador que mais se evidenciou foi a “inadequada diluição”. Na subcategoria Administração de Medicação o indicador mais evidenciado foi a “seleção errada do doente”. Isto é, os enfermeiros cometeram tantos erros na diluição dos medicamentos como na identificação do doente, pois administravam a medicação a doentes errados. Em ambas as situações colocaram em causa a segurança do doente. Nesta situação considera-se fundamental dominar o cálculo matemático bem como desenvolver a capacidade de atenção aquando da preparação da medicação e certificar os seis procedimentos (via certa, hora certa, doente certo, medicamento certo, dose certa e a razão certa) para evitar erros na identificação do doente (Benner et al., 2010; Evans, 2009).

Os erros que se seguem em termos da frequência com que foram reportados, encontram-se nas categorias de Intervenção - Técnica e Procedimentos, Responsabilidade /Advocacia do doente- Outros assuntos e Prevenção, Intervenção-Comunicação e Juízo Clínico. Relativamente à categoria Intervenção-Técnica e Procedimentos os indicadores que mais se evidenciaram na subcategoria Procedimentos Invasivos foram a “Prática incorreta de colheita de sangue” seguindo-se do indicador “Colocação inadequada de

cateter venoso periférico". Quanto à subcategoria procedimentos Não- Invasivos destaca-se o indicador "Não avaliação de sinais vitais". No que respeita à subcategoria Mobilidade evidência-se o indicador "Posicionamento incorreto do doente". Quanto à categoria Responsabilidade /Advocacia do doente-Outros assuntos na subcategoria Certificação da identidade do doente evidência-se o indicador "Seleção errada do nome do doente", seguindo-se o indicador "errada identificação do doente" e "seleção errada da cama do doente". No que concerne à categoria Prevenção na subcategoria Avaliação do Risco destaca-se o indicador "Queda". Relativamente à categoria Intervenção-Comunicação na subcategoria Comunicação funcional o indicador que mais se evidenciou foi a "falha na comunicação com o doente". Por fim, quanto à categoria Juízo Clínico na subcategoria Avaliação das necessidades de intervenção evidenciou-se o indicador "Avaliação errada das necessidades do doente". Torna-se preocupante quando se verifica que relativamente às categorias mais frequentes emergem indicadores que nos permitem refletir sobre as falhas ocorridas, no sentido de nos consciencializar que efetivamente os erros acontecem na prática clínica podendo causar dano ao doente. Face a esta situação existe a necessidade de formação junto dos profissionais de saúde com o intuito de refletirem sobre as práticas e introduzir medidas preventivas nos serviços que permitam a mudança de comportamento e, deste modo, atenuar os erros melhorando a qualidade da prestação dos cuidados.

Contextualizando, os enfermeiros preferiram relatar os erros que ocorreram há 4 ou mais anos (47.41%) e em 57.71% dos casos o doente tinha mais de 65 anos. Foi no serviço internamento-medicina que ocorreram a maioria dos relatos de erros (36.38%) e em 40.82% dos casos o enfermeiro tinha mais de 6 anos de serviço. A categoria profissional predominante do enfermeiro aquando da ocorrência de erro era de enfermeiro graduado (69.20%). O nível de atividade global do doente era completo em 34.29% dos casos e o erro não teve qualquer impacto sobre o doente em 60.54% dos casos relatados.

Relativamente às causas percebidas do erro pelos enfermeiros, estes evidenciaram com mais frequência o facto de terem decidido com demasiada rapidez relativamente aos procedimentos a efetuar ao doente. Os enfermeiros reportaram como falhas individuais que levaram à ocorrência de erro o facto de se encontrarem desatentos, de efetuarem uma avaliação errónea da situação do doente e de tomarem decisões erradas. Neste sentido, torna-se relevante intervir ao nível individual no sentido de promover o desenvolvimento de competências não técnicas, nomeadamente a nível das competências cognitivas, da tomada de consciência e da tomada de decisão. Quanto aos fatores do contexto profissional que levaram à ocorrência do erro, os profissionais inquiridos salientaram o ambiente stressante da enfermaria. Neste âmbito, a intervenção teria que ser feita ao nível da enfermaria, no sentido de atenuar qualquer ruído mas também ao nível individual, mais propriamente, na gestão do stresse. Os fatores subjacentes às causas individuais que levaram à ocorrência do erro, salientados neste estudo, foram os erros de julgamento, as falhas na supervisão, os erros na execução da prática clínica e os défices de funções executivas.

Face à ocorrência do erro os enfermeiros experienciaram emoções negativas e as que mais se evidenciaram foram a raiva consigo mesmo, seguida da culpa. Estas emoções perturbam o bom funcionamento do profissional e, por vezes, não são consideradas pelos pares, nem pelos superiores hierárquicos. Os profissionais têm que aprender a reconhecer e a regular estas emoções, após

a ocorrência do erro, pois muitas vezes é necessária intervenção especializada. Os enfermeiros também reportaram que depois da ocorrência do erro, maioritariamente falaram com um colega, seguido do médico e o enfermeiro chefe. Compreendemos que nestas circunstâncias, possivelmente, estabeleceram esta relação interpessoal por medo de represálias, isto é, através do ato comunicativo entre os atores a punição poderá ser atenuada. Numa cultura de segurança pretende-se que haja a notificação do erro e que se estabeleça um diálogo no seio da equipa multiprofissional sem pretensão de qualquer tipo de represálias, no sentido, de se conseguir analisar a raiz causal do erro ocorrido. Em todo este processo é importante que o profissional em causa faça parte integrante deste processo de análise.

No que diz respeito às estratégias utilizadas para lidar com o erro comprova-se que o enfermeiro sabia o que deveria ser feito e, conseqüentemente, redobrou o esforço no sentido de atenuar o erro. Os fatores subjacentes às estratégias utilizadas para lidar com o erro foram as estratégias de atribuição interna do erro associadas a uma ausência de externalização emocional, estratégias de negação e/ou evitamento do acontecido e estratégias de suporte social.

Os enfermeiros também identificaram **estratégias adicionais para lidar** com o erro e as que obtiveram maior expressão foram as categorias de Comunicação, Formação e Atitude Preventiva. Isto é, as estratégias a serem implementadas para mitigar o erro consistem em desenvolver a comunicação em equipa e também dialogar com o doente após a ocorrência do erro. Ao nível da formação apelam à autoformação e, no respeitante à atitude preventiva, destaca-se o confirmar as ações de enfermagem, seguida do reforço da atenção. Estas estratégias constituem um contributo para o desenvolvimento de uma cultura de segurança institucional. Relativamente à discussão do erro com a equipa, a maioria dos enfermeiros refere ter discutido o erro com pessoal mais experiente. No que respeita às conseqüências pessoais da discussão do erro na equipa clínica a maioria dos enfermeiros responde que se sentiram apoiados pela forma como lidaram com a situação. Compreendemos que os enfermeiros conseguiram discutir o erro com os profissionais mais experientes sentindo-se apoiados, o que revela já mudança de paradigma institucional.

Quanto às mudanças no exercício da enfermagem devido ao erro os enfermeiros, expressam com maior concordância o facto de prestarem mais atenção aos pormenores e também o terem mais cuidado no registo e plano de cuidados do doente. As mudanças efetuadas em conseqüência do erro foram de dois tipos, nomeadamente, mudanças construtivas e mudanças defensivas.

Acrescentam ainda, outras **mudanças no exercício de enfermagem** que se expressam também nas categorias Atitude Preventiva, Formação e Processo de Enfermagem. No que respeita a esta última categoria os enfermeiros referem, com maior expressividade, que devem executar o plano de cuidados com maior exigência profissional. Evidencia-se que alguns enfermeiros estão predispostos para a mudança de atitudes e comportamentos, interessando-se pelas boas práticas de enfermagem o que implica incrementar a qualidade dos cuidados contribuindo para a segurança do doente e, neste sentido, constata-se a existência de motivação por parte dos enfermeiros para a modificação de comportamentos profissionais, indicador de mudança, embora ténue de paradigma tradicional para um paradigma de aprendizagem e mais justo.

Relativamente ao impacto do erro no exercício de enfermagem os enfermeiros reportaram que o erro foi reconhecido como importante na sua prática profissional por 34.3% dos inquiridos. Por outro lado, 65.8% dos inquiridos atribuem pouco ou nenhum impacto ao erro relatado na sua prática profissional. Neste contexto, perpétua-se o ciclo do erro porque não houve mudança de comportamento profissional nem mesmo ao nível do sistema. O facto de na sua maioria os inquiridos não valorizarem o erro para que ocorra mudança de comportamento nas práticas de enfermagem assenta, ainda, no paradigma tradicional em que a punição é a mais utilizada e o medo de represálias pode estar presente, inibindo a reflexão sobre o mesmo, mas também pode assentar em algum enviesamento relativamente à noção de erro e, conseqüentemente, não mudarem as práticas clínicas.

Alguns enfermeiros reportaram sugestões para a prevenção do erro as quais tiveram maior expressão nas categorias Formação e Competências Psicossociais. No que respeita à formação, evidência-se a relevância de aprender com os erros e a formação contínua para mitigar os mesmos. Quanto às competências psicossociais salientam a importância da comunicação, do trabalho em equipa e da liderança. Todos estes aspetos são fundamentais para a prevenção do erro. Para além de outras categorias, destacamos a categoria Notificação do erro para realçar que foram poucos os enfermeiros que a sugeriram para a prevenção do erro. Compreende-se que os enfermeiros ainda não estavam sensibilizados para a relevância da notificação do erro, porque certamente não tinham o conhecimento de que a notificação é importante para se analisar a raiz causal do acontecimento do erro, isto é para perceber porque é que aconteceu o erro e, conseqüentemente implementar medidas preventivas no sentido de o atenuar.

Relativamente à comparação entre os diferentes tipos de erros e a perceção acerca dos mesmos em função das variáveis contextuais, evidenciamos os resultados mais relevantes relativamente aos erros de ASM e os outros tipos de erro. Quanto ao tempo *versus* tipo de erro salienta-se que em 51.67% dos inquiridos reportaram que o erro ocorreu há quatro ou mais anos relativamente aos erros de ASM e 40.20% no que concerne aos outros tipos de erro. No que respeita à enfermaria *versus* tipo de erro destacam-se dois serviços, nomeadamente, os serviços de Internamento-Medicina em que relativamente aos erros de ASM os enfermeiros reportaram 36.86% dos erros e 35.55% para os outros tipos de erro e os serviços de Internamento - Especialidades Cirúrgicas no que relativamente aos erros de ASM os inquiridos reportaram 18.43% dos erros e 20.27% para os outros tipos de erro. Relativamente à idade do doente *versus* tipo de erro constatou-se a existência de uma percentagem mais elevada de erros reportados, tanto nos erros de ASM como nos outros tipos de erro, em doentes com mais de 65 anos.

Quanto ao tempo de serviço *versus* tipo de erros constatou-se que não foram encontradas evidências entre o tempo de serviço e o tipo de erro. Isto é, pode ocorrer qualquer tipo de erro independente do tempo de serviço do enfermeiro. No que concerne à categoria profissional atual *versus* categoria profissional quando ocorreu o erro, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Isto é, o erro pode acontecer a qualquer enfermeiro independentemente da sua categorial profissional. Relativamente ao nível de atividade global por tipo de erro evidencia-se que o comprometimento da atividade é significativamente inferior nos erros de ASM do que nos outros tipos de erro. No impacto sobre o doente por tipo de erro evidencia-se que os doentes são menos afetados em termos de saúde quando ocorreram erros de ASM do que nos outros tipos de erro.

Quanto às causas do erro em função do tipo de erros podemos concluir que os erros de julgamento, falhas de supervisão e erros na execução clínica são significativamente superiores nos outros tipos de erro do que nos erros de ASM. Contudo, o défice das funções executivas é significativamente superior nos erros de ASM do que nos outros tipos de erro. Neste contexto, seria revelante conhecer o ambiente em que o erro reportado ocorreu porque, por vezes, os enfermeiros aquando da preparação da medicação são frequentemente interrompidos por doentes, familiares, colegas, médicos e outros profissionais, conduzindo-os a distrações que podem comprometer as funções executivas como, por exemplo, a atenção e a memória.

As reações emocionais em função do tipo de erro vêm mostrar que os enfermeiros que relataram erros de ASM assinalaram em média maior grau de raiva consigo próprio do que aqueles que relataram outro tipo de erro. Os erros de ASM obtiveram uma média significativamente superior nas emoções de medo e culpa relativamente aos outros tipos de erro. Parece-nos, por este facto, que as emoções vivenciadas aquando do erro de ASM causaram uma perturbação psicológica mais profunda do que os outros tipos de erro. Esta situação pode dever-se ao facto de se tratar de uma intervenção interdependente, em que quando acontece um erro, este é comunicado ao médico mas, possivelmente, existe o medo de represálias. Numa cultura punitiva o enfermeiro pode ser incriminado emergindo a emoção culpa por ter cometido o erro e, efetivamente, porque pensava que poderia ter sido evitado surge a emoção de raiva de si próprio.

As consequências da comunicação em função do tipo de erro mostram-nos que quando ocorrem erros, independentemente do seu tipo ou categoria, os enfermeiros dialogam com alguém, discutem com pessoal mais experiente, são aconselhados a propósito do erro e só um número pouco expressivo de enfermeiros referiu terem sido punidos em função do erro cometido. Esta situação demonstra-nos que o facto de os enfermeiros estabelecerem um diálogo com os outros relativamente ao erro, assumindo a sua responsabilidade, pode contribuir para que não surjam represálias por parte dos superiores e pares. Deste modo, podemos compreender que poderá estar a emergir uma mudança de paradigma nas instituições de saúde embora ténue.

O impacto do erro no exercido profissional de enfermagem foi maior nos erros de ASM do que, propriamente, nos outros tipos de erro. Por conseguinte, os enfermeiros esforçaram-se por mudar as práticas clínicas aquando da preparação e administração de medicação, contribuindo para mitigar os erros, evidenciando-se maior dificuldade dessa mudança relativamente aos outros tipos de erro contribuindo para o perpetuar o ciclo do erro.

Os fatores que influenciam as mudanças construtivas e defensivas na prática profissional esclarecem-nos acerca da ocorrência de mudança adaptativas ou não no que respeita à prática profissional. Podemos referir que os fatores erros de julgamento, falhas de supervisão e o défice das funções executivas estão mais associados a mudanças construtivas. Contudo, os erros na execução da prática clínica, falhas de supervisão, erros de julgamento e défice das funções executivas encontram-se associados a mudanças defensivas. Conclui-se que as mudanças na prática profissional podem ser tanto mudanças construtivas, em que os enfermeiros estão mais predispostos para as mudanças efetivas das práticas clínicas, como defensivas em que os enfermeiros evitam ou negam a reflexão sobre esses erros o que compromete as mudanças na prática clínica colocando, igualmente em causa a segurança do doente.

Quanto às diferenças no grau de concordância e discordância relativamente às circunstâncias do contexto enfermagem aquando da ocorrência do erro no que concerne às mudanças construtivas, compreendemos que o ambiente stressante da enfermagem é propício à ocorrência de erro e que os enfermeiros pretendem mudar esta situação adotando estratégias mais adaptativas.

No que respeita às diferenças no grau de concordância e discordância relativamente às circunstâncias do contexto enfermagem aquando da ocorrência do erro no que concerne às mudanças defensivas, percebemos que os profissionais reconhecem que existem erros devido ao ambiente da enfermagem ser stressante mas não comunicam o erro e, conseqüentemente, adotam comportamentos pouco assertivos. Para além desta situação os enfermeiros identificaram um sentimento de hostilidade entre a equipa mas adotaram comportamentos defensivos face ao erro ocorrido ocultando-o. De igual modo, os enfermeiros concordam que de facto existem colegas mais experientes que realizam o trabalho de forma pouco cuidada omitindo algumas boas práticas mas, por outro, lado negam a mudança de comportamento face ao erro ocorrido por não o reportarem.

No que concerne às estratégias de *coping versus* os fatores de mudança construtiva e defensiva, depreendemos que as estratégias de atribuição interna do erro associada a uma ausência de externalização emocional e as estratégias de negação e/ou evitamento do acontecido estão mais associadas a mudanças defensivas do que a mudanças construtivas. Por outro lado, as estratégias de suporte social e as estratégias de resolução de problemas estão apenas associadas a mudanças construtivas.

No que se refere às emoções internas e externas *versus* fatores de mudança construtiva e defensiva, as emoções internas de raiva, culpa e incompetência estão mais associadas a mudanças construtivas do que às mudanças defensivas. Relativamente às emoções externas de medo das repercussões e de raiva dirigida a outras pessoas, a primeira está mais associadas a mudanças construtivas e a segunda está associada a mudanças defensivas.

Quanto ao impacto dos diferentes fatores no exercício de enfermagem, podemos salientar que o modelo testado na presente investigação explica 25% da variância total na ocorrência de mudanças no exercício da enfermagem subsequente ao erro reportado pelos participantes. Constituem preditores positivos da ocorrência de mudanças na prática da enfermagem as estratégias de atribuição interna do erro associada a uma ausência de externalização emocional, as estratégias de suporte social, as estratégias de resolução de problemas, as mudanças construtivas e defensivas. Contudo, as estratégias de negação e/ou evitamento do acontecido aparecem como preditor negativo da ocorrência de mudanças na prática profissional subsequente ao erro reportado. Esta última estratégia é considerada deveras preocupante porque consegue ser limitadora para a mudança adaptativa no exercício de enfermagem, porquanto nega ou evita a perceção do erro ou a reflexão cuidada em torno da sua ocorrência. Sendo, assim, perpetua-se o ciclo do erro colocando em causa a segurança do doente.

Com a realização deste estudo respondemos às questões de investigação, tendo igualmente, atingido os objetivos propostos em cada capítulo empírico. Consideramos que esta investigação visa também contribuir para a formação dos estudantes de enfermagem ao nível dos diversos ciclos (1º, 2º e 3º ciclos) com a finalidade de melhorar as práticas profissionais, tomando consciência do erro e,

consequentemente, encontrar estratégias para o atenuar contribuindo para a segurança do doente. Deste modo, procedemos em seguida às implicações de que os resultados do presente estudo se revestem para a formação ao longo da vida dos profissionais de enfermagem.

2-Implicações para a formação ao longo da vida dos profissionais de enfermagem

Esta investigação, através da revisão da literatura inicialmente efetuada e, tendo em consideração a análise e discussão dos resultados, permite-nos retirar algumas implicações para a formação do 1º e 2º ciclos e também para a formação contínua dos enfermeiros. Relativamente ao enquadramento teórico, consideramo-lo relevante porque contextualiza de uma forma sistemática a problemática dos erros através de apresentação de diversos estudos, bem como da relevância de uma cultura de segurança nas instituições saúde, considerando esta uma abordagem mais sistémica e terminando com uma abordagem mais individual, na qual se realçam as competências psicossociais para a gestão do erro clínico. Quanto à componente empírica do estudo, identificamos os erros reportados pelos enfermeiros, as suas causas e consequências e a tomada de decisão, seguindo-se a comparação entre os diferentes tipos de erros e a perceção dos enfermeiros acerca dos mesmos, em função das variáveis contextuais e, por fim, averiguamos quais os fatores que influenciam as mudanças construtivas e defensivas na prática profissional.

Em termos de formação, consideramos relevante a compreensão por parte dos estudantes e profissionais de enfermagem dos aspetos referenciados no enquadramento teórico, de modo a perceberem o processo da ocorrência de erro, a importância de uma cultura de segurança e o modo como os profissionais gerem a situação. Por sua vez, os resultados empíricos vêm mostrar a necessidade de se abordar conteúdos relacionados com a segurança do doente na formação ao longo da vida, no sentido de os enfermeiros adquirirem competências consideradas basilares para o planeamento dos cuidados e refletirem sobre a própria prática e suas experiências de aprendizagem no contexto profissional com a finalidade de executarem boas práticas de enfermagem atenuando o erro.

No âmbito deste tópico realizamos uma abordagem relativamente aos resultados e respetivas reflexões tendo em consideração as implicações para a formação do 1º, 2º e 3º ciclo dos profissionais de enfermagem. De uma forma sintética referimos que na formação do 1º ciclo se compreende uma aprendizagem centrada em assuntos mais conceptuais no que respeita a aulas teóricas, nas aulas teórico-práticas realizam-se dinâmicas de grupo alusivas à temática e nas aulas práticas utiliza-se a simulação como processo de aprendizagem. No 2º ciclo para além desta aprendizagem é importante ter em consideração a experiência profissional podendo-se utilizar a metodologia de aprendizagem baseada na resolução de problemas e, por fim no 3º ciclo de formação consideramos que este deve ser centrado em projetos de investigação, *workshops* e seminários relacionados com a temática do erro.

A formação nos contextos institucionais é considerada estruturante para o desenvolvimento de um país que aposta no conhecimento, no sentido de dinamizar a competitividade económica e a empregabilidade, conforme podemos depreender das mensagens veiculadas no memorando sobre aprendizagem ao longo da vida.

A aprendizagem ao longo da vida tem sido alvo de preocupação das agendas internacionais e mais especificamente na União Europeia. O Conselho Europeu de Lisboa realizado em março de 2000 assinala um momento decisivo na orientação das políticas e ações a adotar na União Europeia, nomeadamente, quando se refere que a Europa entrou na era do conhecimento e que este vai influenciar a vida cultural, económica e social das sociedades (Comissão Europeia, 2000). Depreende-se que os conhecimentos e as competências são considerados aspetos estruturantes para o crescimento económico das sociedades. Neste contexto, as instituições educativas e as empresas devem ter o propósito de interagir de modo a estabelecerem uma cooperação ativa de solidariedade para desenvolverem o capital humano, aumentando a competitividade, a empregabilidade e a adaptabilidade ao trabalho. Em termos individuais torna-se relevante a motivação para aprender, mas também se considera importante a disponibilização de oportunidades de aprendizagem (Comissão Europeia, 2000). É de realçar que os indivíduos são considerados os atores principais das sociedades do conhecimento. A capacidade que o indivíduo tem de construir e de utilizar o conhecimento é valorada num mundo global de profundas mutações económicas e sociais.

Existem três categorias consideradas básicas de atividade de aprendizagem que são a aprendizagem formal, aprendizagem não-formal e aprendizagem informal. Relativamente à aprendizagem formal “decorre em instituições de ensino e formação e conduz a diplomas e qualificações reconhecidas” (Comissão Europeia, 2000, p.9). Esta comissão afirma que a aprendizagem não-formal “decorre em paralelo aos sistemas de ensino e formação e não conduz, necessariamente a certificados formais. A aprendizagem não-formal pode ocorrer no local de trabalho e através de atividades de organizações ou grupos de sociedade civil (...)” (p.9). A mesma comissão refere que a aprendizagem informal “é um conhecimento natural da vida quotidiana. Contrariamente à aprendizagem formal e não-formal, este tipo de aprendizagem não é necessariamente intencional, como tal, pode não ser reconhecida, mesmo pelos próprios indivíduos, como enriquecimento dos seus conhecimentos e aptidões” (p.9).

A aprendizagem ao longo da vida (*lifelong*) perspetiva-se como um processo de aprendizagem contínuo ou periódico e a expressão aprendizagem em todos os domínios da vida (*lifewide*) consiste na disseminação da aprendizagem que pode ocorrer em todas as dimensões e fases da vida dos indivíduos (Comissão Europeia, 2000).

É com este paradigma de aprendizagem ao longo da vida que pretendemos enquadrar as modalidades de formação no âmbito da segurança do doente. Numa perspetiva mais conceptual, referimo-nos aos modelos de competências que são estruturantes para a formação do 1º e 2º ciclos realizando-se também uma abordagem mais na vertente experiencial onde se realçam, por exemplo, as simulações, os estudos de casos, como um processo de aprendizagem tanto dos estudantes como dos profissionais. Nos ensinamentos clínicos os estudantes devem refletir com os professores sobre os erros que ocorrem na prática clínica, sendo que os estudantes se devem sentir responsáveis pelo erro cometido mas, para que ocorra mudança de comportamento por parte destes, apela-se a um comportamento pedagógico por parte do professor, em que a aprendizagem face à ocorrência do erro seja evidenciada, abolindo a adoção de um comportamento punitivo perante o estudante. É importante que o estudante continue motivado para o desenvolvimento da sua aprendizagem adotando boas práticas de enfermagem.

No que respeita à perspetiva mais conceptual salientamos dois modelos relevantes no que concerne à formação no âmbito da segurança do doente. Relativamente ao primeiro modelo, este remete-nos para o livro *Crossing the Quality Chasm- A New Health System for the 21st Century*, no âmbito do qual é enfatizada a ideia de que o sistema de cuidados de saúde tem que ser redesenhado de modo a futuramente funcionar com outro nível de proficiência e assegurar a qualidade dos cuidados em saúde (Committee on Quality of Health Care in América, IOM, 2001). De acordo com o mesmo livro, os seis objetivos de qualidade apontam para que os cuidados de saúde devam ser seguros, efetivos, centrados no doente, realizados em tempo útil, eficientes e equitativos (cf. Capítulo I) e devem, ainda, ser mensuráveis em todo o sistema de saúde, conforme acrescentaram Sherwood & Drenkark (2007). Estas autoras referem que nos serviços de prestação de cuidados de saúde nos Estados Unidos estão a ser reestruturadas os processos de cuidados de modo a serem alcançados resultados mensuráveis de acordo com os objetivos de qualidade acima mencionados. Acrescentam, ainda, que nenhuma visão para o aperfeiçoamento do sistema pode ser implementada sem a preparação do pessoal. Compreendemos a relevância da necessidade de formação do pessoal a nível institucional, mas também a nível das escolas e universidades, com a finalidade de incrementar a qualidade e a cultura de segurança no contexto dos cuidados de saúde.

O sistema de saúde deve servir as necessidades dos doentes, assegurando que estejam devidamente informados, que mantenham o controlo sobre a situação, que participem na prestação de cuidados sempre que possível e que recebam cuidados que respeitem os seus valores e preferências (Greiner & Knebel 2003). Estes autores acrescentam que o sistema deve ser facilitador da aplicação de conhecimento científico na prática, providenciando os profissionais com instrumentos e o apoio necessário para fornecer cuidados baseados na evidência científica. Esta transformação é necessária para incrementar a qualidade dos cuidados e contribuir para a segurança do doente, bem como melhorar a satisfação profissional. Face aos seis objetivos de qualidade acima referidos que se pretende que sejam mensuráveis, os resultados poderão ser futuramente diferentes se o modelo for aplicado nas diversas instituições, nomeadamente em Portugal. Porém, não deverão ser os enfermeiros os únicos a atender a este modelo mas a equipa multiprofissional que cuida do doente.

Para que os profissionais de saúde atinjam os objetivos de qualidade, torna-se premente que devam ser educados para prestar cuidados centrados no doente como membros de uma equipa interdisciplinar, enfatizando a prática baseada na evidência, a melhoria da qualidade, a segurança e informática (Greiner & Knebel, 2003). Estes autores propõem um conjunto de competências estruturantes que os profissionais devem adquirir, independentemente da área disciplinar a que pertencem, para satisfazer as necessidades requeridas para o século XXI no sistema de cuidados de saúde. Estas competências são as que a seguir se elencam:

- 1 - Prestar cuidados centrados no doente - Consiste em identificar, respeitar e cuidar tendo em consideração as diferenças, valores, preferências e necessidades do doente, aliviar a dor e o sofrimento, coordenar os cuidados continuados, ouvir, informar de forma clara e objetiva, comunicar com o doente e educá-lo, partilhar a tomada de decisão e gestão de cuidados e defender continuamente a prevenção da doença, o bem-estar e a promoção de estilos de vida saudáveis, incluindo o foco na saúde da população.

- 2 - Trabalhar em equipas interdisciplinares - Consiste em cooperar, colaborar, comunicar e integrar os cuidados nas equipas para garantir cuidados continuados e fidedignos.
- 3 - Utilizar a prática baseada na evidência - integrar a melhor investigação com a experiência clínica e os valores do doente para um ótimo cuidado e participar em atividades de aprendizagem e de investigação.
- 4 - Melhorar a qualidade - Consiste em identificar os erros e riscos nos cuidados, compreender e implementar princípios básicos de segurança, como a standardização e simplificação; compreender continuamente e avaliar a qualidade dos cuidados em termos de estrutura, processo e resultados das necessidades do doente e da comunidade; desenhar e avaliar intervenções para modificar processos e o sistema de cuidados, com a finalidade de melhorar a qualidade.
- 5 - Utilizar a informática - Consiste em comunicar, gerir o conhecimento, mitigar o erro, apoio na tomada de decisão utilizando a informação tecnológica.

Sherwood e Drenkark (2007) referem que adaptaram de Greiner e Knebel (2003), do *Institute of Medicine*, as cinco competências referidas e, ainda acrescentaram mais uma, que foi a segurança. Esta competência consiste em minimizar o risco de causar dano aos doentes e aos prestadores de cuidados através da efetividade do sistema e do comportamento individual (Cronenwett et al., 2007). Os recém-formados devem iniciar a prestação de cuidados com maior desenvolvimento ao nível do conhecimento, de capacidades e de atitudes adequadas à qualidade e às competências de segurança (Greiner & Knebel 2003 citados por Sherwood & Drenkark 2007).

Quanto ao segundo modelo, o Instituto da Segurança do Doente canadiano, em colaboração com *Royal College of Physicians and Surgeons* do Canadá, juntamente com um grupo de peritos em educação, desenvolveram um quadro de referência intitulado *The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions*, no sentido de providenciar uma prática interprofissional enquadrada no âmbito da segurança do doente que identifique o conhecimento, as competências e as atitudes requeridas pelos profissionais em cuidados de saúde (Frank & Brien, 2009). Acrescentam, ainda, que pelo facto do sistema de saúde ser complexo e de existir uma grande diversidade de profissionais na prestação de cuidados de saúde, o quadro de competências de segurança foi elaborado para ser efetivamente relevante para os diversos profissionais em cuidados de saúde. Frank e Brien (2009) referem que existem seis domínios de competências relevantes para o desenvolvimento no âmbito da formação em segurança do doente tais como:

- Domínio 1- Contribuir para uma cultura de segurança
- Domínio 2- Trabalhar em equipa para a segurança do doente
- Domínio 3- Comunicar de forma eficaz para a segurança do doente
- Domínio 4- Gerir os risco de segurança
- Domínio 5- Otimizar fatores humanos e ambientais
- Domínio 6- Reconhecer, responder e reportar os eventos adversos (p.4).

Estes domínios são organizados num quadro de competências que pretende ser vantajoso para os educadores, profissionais e investigadores.

Os dois exemplos acima referidos servem como sugestões a serem implementadas na elaboração de um novo currículo ao nível da formação do 1º e 2º ciclos de formação. Na formação ao nível do 2º ciclo é importante ter em consideração a experiência profissional dos estudantes, apontada como valiosa para a reflexão crítica perante casos clínicos. A este nível de formação podem-se utilizar metodologias de aprendizagem ativas como a aprendizagem baseada na resolução de problemas.

A Organização Mundial de Saúde (2011) refere que a consequência mais relevante do conhecimento sobre os eventos adversos contribuiu para o desenvolvimento da segurança do doente como uma área especializada para apoiar os profissionais dos cuidados de saúde, os gestores, a organização de cuidados de saúde, os governos a nível mundial e os consumidores que têm o dever de estarem familiarizados com os conceitos e princípios da segurança do doente. Acrescenta, ainda, que as funções dos profissionais nos cuidados de saúde são imensas, requerendo que todos aqueles envolvidos na saúde compreendam a extensão do dano causado aos doentes e da necessidade em mudar os cuidados de saúde para adotarem uma cultura de segurança (cf. Capítulo II). A formação no âmbito da segurança do doente iniciou-se recentemente para que os estudantes em cuidados de saúde, os prestadores de cuidados e os líderes prestassem no futuro cuidados seguros aos doentes (OMS, 2011).

A OMS (2011) apresenta alguns conteúdos com objetivos orientadores no âmbito da segurança do doente, nomeadamente, os que a seguir se referem: compreender o que é a segurança do doente, perceber a importância da aplicação de fatores humanos para a segurança do doente, compreender os sistemas e os efeitos da complexidade nos cuidados ao doente, saber trabalhar em equipa de forma eficaz, aprender com os erros para prevenir o dano, compreender e gerir o risco clínico, utilizar métodos de melhoria da qualidade, reconhecer a importância do envolvimento dos doentes e dos cuidadores, sensibilizar para a prevenção e controlo da infeção, compreender a segurança do doente e os procedimentos invasivos e melhorar a segurança do medicamento. Acrescentaríamos a este conjunto de objetivos as competências não técnicas como as competências cognitivas, emocionais e sociais (cf. Capítulo III). O reconhecer e treinar estas competências psicossociais melhora o comportamento dos profissionais, no sentido de serem mais proficientes no desempenho da prática clínica mitigando o erro.

Pensamos que relativamente à formação do 1º ciclo a aprendizagem seria realizada de uma forma mais concetual para que os estudantes compreendam a relevância dos assuntos acima referidos, interligando-os com uma aprendizagem mais experiencial em que se devem mobilizar os conhecimentos para as aulas teórico-práticas a partir de reflexões de diversos casos, análise e discussão de vídeos alusivos à temática, realização de *role-play*, entre outros e as aulas práticas onde, por exemplo, poderíamos utilizar a simulação de diversas situações suscetíveis de ocasionar erro e outras que comprometem a segurança do doente. A simulação é utilizada em contexto de aprendizagem quando em situações específicas e complexas se tornam impossíveis de praticar na prática clínica com estudantes, profissionais e doentes.

A simulação consiste de uma forma geral em construir um mundo artificial num ambiente simulado (Garber, Gross & Slonim, 2010; Saaranen, Vaajoki, Sormunen, Paakkonen & Tossavainen, 2013). De acordo

com um estudo de Hope et al., (2011) citado por Saaranen et al., (2013), estes autores referem que os estudantes de enfermagem consideram que a aprendizagem pelo método de simulação os ajudou a melhorar na aquisição de competências de resolução de problemas, psicomotoras e tecnológicas. Lewis, Strachan e McKenzie-Smith (2012) citados por Saaranen et al., (2013) acrescentam que a simulação também pode ser utilizada para praticar a comunicação, a colaboração, as competências interativas relacionadas com a segurança do doente, potencializando o desenvolvimento de competências cognitivas como a de tomada de decisão, de pensamento crítico e, acrescentamos ainda, as competências emocionais. A finalidade última da aprendizagem por simulação consiste na capacidade de o aprendiz conseguir combinar ambos os conhecimentos teóricos e práticos.

No processo de simulação considera-se relevante o *briefing* (permite aos estudantes e profissionais a antecipação mental das etapas que vão vivenciar no processo experiencial) e o *debriefing* (análise, interpretação, reflexão com os pares do processo experiencial realizado e a retirada de conclusões com base na grelha conceptual inicialmente fornecida aos estudantes ou profissionais) (cf. Capítulo II). A aprendizagem por simulação poderá estar relacionada com a teoria de Kolb referida por Saaranen et al., (2013), onde a aprendizagem está associada com as experiências práticas e a aquisição de conhecimento. O processo de aprendizagem poderá estar dividido num ciclo que consiste na experimentação, reflexão, conceptualização, experimentação do concreto para o abstrato e experimentação ativa às observações refletidas (Kolb, 1984 citado por Saaranen et al., 2013).

Os ensinamentos clínicos também são ótimos contextos de aprendizagem quando, por exemplo, em situações que comprometem o doente em termos de saúde se pode refletir sobre a importância de não causar dano ao doente, ou sobre a não certificação da medicação, ou mesmo da não certificação dos doentes, apelando, por exemplo, para os conhecimentos das seis certezas. Pretende-se que estas e outras reflexões consideradas estruturantes no âmbito da segurança do doente sejam efetuadas no decurso dos ensinamentos clínicos do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Ao nível do 2º ciclo de formação em enfermagem, tendo em consideração que estes estudantes ainda não adquiriram conhecimento sobre esta temática na formação do 1º ciclo, propomos a mesma abordagem da formação do 1º ciclo mas diferindo na metodologia a utilizar, considerando sempre a experiência profissional dos enfermeiros relevante para a discussão crítico-reflexiva, enriquecedora para a assimilação e consolidação de conhecimentos, isto é remete-nos para uma aprendizagem mais reflexiva utilizando metodologias de aprendizagem ativas. Face a estas reflexões, questões relevantes poderão surgir podendo ser utilizadas para o desenvolvimento de dissertações de mestrado. Posteriormente, quando os profissionais de enfermagem adquirirem os conteúdos na formação do 1º ciclo e concorrerem para o 2º ciclo de formação então deverá ser oportuno reestruturar o programa da unidade curricular a nível do 2º ciclo.

Relativamente, à educação avançada, nomeadamente ao nível do 3º ciclo em enfermagem, poderá haver, por exemplo, seminários ou *workshops* relacionados com a segurança do doente e desenvolver investigação neste âmbito para o desenvolvimento de conhecimento científico, nomeadamente sobre a problemática do erro, tanto no âmbito da enfermagem com da psicologia e mobilizar esse conhecimento para a formação aos diversos níveis. Consideramos também pertinente a publicação de artigos científicos para que a comunidade científica nacional e internacional no sentido de compreenderem o fenómeno em Portugal.

Os modelos atrás referidos, bem como os objetivos orientadores no âmbito da segurança dos doentes preconizados pela OMS, mencionam o desafio de formar os enfermeiros com competências necessárias, para de uma forma contínua, melhorarem a qualidade e a segurança do sistema de cuidados de saúde em que estão inseridos.

Relativamente aos dados empíricos do estudo é de realçar que dos 3475 questionários distribuídos pelos enfermeiros recebemos 1165 mas destes 220 entregaram o questionário em branco dentro de o envelope fechado, 101 referiram não terem cometido qualquer erro e 29 questionários foram anulados. Esta situação deve ser merecedora de uma reflexão aprofundada que nos remete para a falta de consciência do erro quando referem que nunca cometeram erros nas práticas clínicas de enfermagem bem como o medo de reportar o erro e daí, possivelmente, entregarem os questionários em branco no envelope fechado. Consideramos também que os enfermeiros tiveram medo, possivelmente, de represálias quando não respondem à primeira questão aberta do questionário mas responderam às restantes questões. Esta dificuldade em reportar o erro e de o saber gerir pode levantar um problema técnico porque o enfermeiro não está a contribuir para o atenuar mas também ético-deontológico por falta da consciencialização do erro que pode comprometer a saúde do doente.

Parece-nos relevante refletir com os estudantes da formação do 1º ciclo sobre a importância da consciencialização do erro, da adoção de estratégias de ação como, por exemplo, dialogar com os pares, com o enfermeiro chefe e com o médico acerca do erro cometido bem como da respetiva notificação. Ao nível do 2º ciclo, visto que os enfermeiros ainda não foram confrontados com estas temáticas, baseamos-nos nos conteúdos da formação do 1º ciclo tendo em consideração a experiência profissional em que se realça a importância crítico-reflexiva dos enfermeiros sobre estes aspetos contribuindo para uma lógica de aprendizagem contínua utilizando metodologias de aprendizagem ativas.

Os resultados do estudo que efetuámos vêm mostrar a necessidade de valorizar a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes podendo a formação do 1º ciclo e a aprendizagem ao longo da vida ser considerada um grande contributo para a melhoria da segurança do doente.

De acordo com os diversos estudos descritos (cf. Capítulo I) e de uma vasta literatura científica, bem como tendo em consideração a investigação que nos propusemos realizar, torna-se evidente que os erros existem e que causam dano aos doentes com maior frequência do que seria desejado. Na investigação/estudo que agora apresentamos é de realçar que os erros mais reportados pelos enfermeiros se encontram na categoria Administração Segura de Medicação, com 63.95%, sendo que cerca de 36% pertence a outro tipo de erros (cf. Capítulo V). Constatou -se também que os erros afetaram o doente em cerca de 40% (cf. Capítulo VI), o que nos parece uma percentagem ainda elevada.

Perante estes resultados, consideramos relevante refletir em termos de formação, pois os professores devem preparar o estudante, de modo a que este seja encorajado para continuar a aprender e a praticar formas de melhorar a segurança no uso do medicamento, mesmo futuramente na sua vida profissional. A OMS (2011) refere que os estudantes como futuros profissionais de saúde necessitam de compreender a natureza dos erros de medicação, aprender quais os perigos que estão associados à sua utilização e aprender o que poderá ser feito para que o uso do medicamento seja seguro. Deste

modo, preconiza que o estudante deverá saber identificar os erros de medicação, reconhecer que o uso do medicamento está associado a risco, conhecer os tipos de erro mais frequentes, identificar a onde no processo poderá ocorrer um erro, compreender a responsabilidade associada à prescrição e administração de medicação, saber como reconhecer situações perigosas que são comuns, conhecer formas seguras de utilização do medicamento e compreender os benefícios de uma aproximação multiprofissional para a segurança do medicamento. Esta é uma das temáticas relevantes para introduzir no programa no âmbito da segurança do doente nas escolas e/ou universidades.

Tendo em consideração este tópico, podemos refletir sobre os dados do estudo, nomeadamente, no que respeita à preparação da medicação e respetiva administração. No estudo destaca-se na categoria ASM a subcategoria Preparação de Medicação em que o indicador que mais se evidenciou foi “inadequada diluição” e na subcategoria Administração de Medicação o indicador mais evidenciado foi a “seleção errada do doente”. Estas situações remetem para falhas nas competências cognitivas nomeadamente ao nível da tomada de consciência (erros perceptivos, falhas de verificação ou observação) e tomada de decisão (se a perceção for errada possivelmente a tomada de decisão envereda por caminhos erróneos). Isto tem implicações para a formação porque os estudantes de enfermagem, tanto na formação do 1º ciclo como ao nível do 2º ciclo, devem ser sensibilizados de modo a tomarem consciência da ocorrência destes aspetos na prática clínica e, deste modo, a título de precaução medidas preventivas deverão ser implementadas contribuindo para atenuar o erro e incrementar a segurança dos doentes.

Em ensino clínico é necessário refletir sobre as diversas situações que podem ocorrer relativamente aos erros de medicação. Nesta reflexão temos que ter em consideração as lacunas no processamento cognitivo do profissional, a vivência possivelmente de diversas emoções e a falha nas competências sociais (cf. Capítulo III). Consideramos que nos contextos de ensino clínico a supervisão do estudante pelo professor é fundamental, no sentido de atenuar os erros, de o ajudar na reflexão, de o apoiar, de o orientar no processo de aprendizagem, de monitorizar o desenvolvimento do estudante, entre outros.

Através do estudo que realizámos, tomámos consciência que os profissionais de saúde cometem erros de medicação acima referidos e, portanto a aprendizagem ao longo da vida é fundamental através da formação contínua que pode, por exemplo ser realizada nos próprios contextos profissionais, a realização de cursos de curta duração como, por exemplo, do Programa Operacional do Potencial Humano (POPH), de *workshops* ou mesmo através de formação académica.

Uma situação que nos parece preocupante consiste na tomada de decisão errada que está associada a uma avaliação inadequada e à não compreensão dos sinais de alerta (cf. Capítulo VI), o que é também indicador de falhas nas competências cognitivas, nomeadamente, na tomada de consciência e na tomada de decisão (cf. Capítulo III). Estes resultados exigem que os enfermeiros adquiram formação em serviço, no sentido de os sensibilizar para as competências cognitivas e também no âmbito da aplicação do processo de enfermagem e de tomada de decisão para que, posteriormente, consigam realizar adequadamente os diagnósticos de enfermagem, com base num correto juízo clínico, para em seguida estabelecerem um plano de cuidados, executá-lo e, por fim, fazerem as respetivas avaliações para averiguarem, se efetivamente, o doente superou ou não determinadas necessidades que inicialmente

estavam afetadas. Este processo exige rigor, porque qualquer lapso pode causar dano e colocar em causa a segurança do doente e para treino deste processo pode-se enveredar por exercícios de simulação.

A tomada de decisão é um exemplo que interfere no planeamento dos cuidados porque se for realizada de forma adequada o processo de planeamento pode ser ajustado às necessidades do doente, contribuindo para diminuir o impacto que os erros têm no doente, bem como atenuá-los e contribuir para a segurança do mesmo. Consideramos que a situação da prestação de cuidados aos doentes é algo nobre que requer proficiência por parte dos profissionais de saúde e, para que tal aconteça, pretendemos que a lacuna existente na qualidade dos cuidados seja mitigada em favor da segurança do doente. Numa cultura justa apela-se à aprendizagem aquando da ocorrência do erro de modo a modificar o comportamento e o sistema em prol da segurança.

Relativamente a outro resultado da investigação, também se destacam, de entre os fatores subjacentes às causas individuais que conduziram à ocorrência do erro, os que a seguir se enumeram: erros de julgamento, falhas de supervisão, erros na execução da prática clínica e défice nas funções executivas (cf. Capítulo VI). Contudo, é de referir que a média dos erros de julgamento foi significativamente inferior nos erros de ASM do que nos outros tipos de erro, acontecendo o mesmo para as falhas de supervisão e para os erros na execução da prática clínica, pelo contrário, no que se refere ao défice das funções executivas a média obtida nos erros de ASM foi significativamente superior à média dos outros tipos de erro (cf. Capítulo VII).

Estes tópicos devem ser objeto de reflexão em contextos das sessões letivas no âmbito de aulas teóricas, teórico-práticas e práticas enquadradas nos conteúdos programáticos da unidade curricular de segurança do doente. A metodologia a utilizar será à semelhança do referido anteriormente como uma abordagem mais conceptual nas aulas teóricas, análise e reflexão de situações problemáticas, estudo de casos, entre outros a realizar nas aulas teórico-práticas e nas aulas práticas podemos recorrer a exercícios de simulação.

No âmbito das competências sociais o presente estudo, nomeadamente, no que respeita ao item “o ambiente da enfermaria/serviço era particularmente stressante” em função do tipo de erro salienta-se que, tanto nos erros de ASM bem como nos outros tipos de erros, as condições desfavoráveis do ambiente enfermaria poderiam ter contribuído para o erro (cf. Capítulo VII). No sentido da melhoria destas condições seria importante que os enfermeiros expressassem esta preocupação juntos dos líderes (enfermeiros-chefes, enfermeiros supervisores e enfermeiros diretores) para que em conjunto conseguissem encontrar estratégias adequadas para atenuar este ambiente propício à ocorrência de erro, nomeadamente, intervir a nível do sistema com a finalidade de se obterem, por exemplo, dotações seguras de modo a atenuar o stress na enfermaria e também se realizarem formações em serviço relativamente à gestão do stress individual bem como de outras competências não técnicas (cf. Capítulo III).

Os enfermeiros sugerem, para a prevenção do erro, o desenvolvimento de competências psicossociais, nomeadamente, comunicacionais, de trabalho em equipa e de liderança. Isto é, os enfermeiros que reportaram o desenvolvimento destas competências não técnicas como sendo essenciais, compreendem que não só a tecnologia pode contribuir para a segurança, mitigando o erro, mas que a aquisição destas competências não técnicas através da formação é fundamental para o desenvolvimento pessoal e profissional, contribuindo para essa mesma finalidade.

Relativamente à componente das competências emocionais os resultados do estudo apresentam que os enfermeiros, face à ocorrência do erro experienciaram sobretudo a emoção raiva, seguindo-se de culpa. Contudo, na comparação entre os diferentes tipos de erro verificou-se que os erros de ASM obtiveram uma média significativamente superior aos outros tipos de erro no medo de repercussões e na culpa (cf. Capítulo VII). Compreendemos também que as estratégias emocionais internas de raiva, culpa e de incompetência estão mais associadas a mudanças construtivas do que a mudanças defensivas e que as respostas emocionais externas, como o medo de repercussões também está mais associado a mudanças construtivas do que a mudanças defensivas (cf. Capítulo VIII). Portanto, face à vivência emocional dos enfermeiros aquando a ocorrência do erro, compreendemos que os enfermeiros ficaram sensibilizados para mudarem as práticas profissionais. Nesta situação os enfermeiros podem alcançar um melhor reconhecimento e regulação das emoções através dos processos formativos tendo, por exemplo, em consideração o modelo de Barbara Fredrickson, do qual destaca que a forma e a função das emoções positivas e negativas são distintas mas complementares. Deste modo, as emoções poderão ser geridas da melhor forma se os enfermeiros vivenciaram ao longo do seu desenvolvimento emoções positivas porque conseguem ser mais resilientes na desconstrução das emoções negativas. Contudo, se efetivamente não vivenciaram tantas emoções positivas podem deprimir necessitando de apoio especializado (cf. Capítulo III).

Parece-nos necessário, em contexto de ensino, no âmbito da unidade curricular de segurança do doente na formação do 1º ciclo e na aprendizagem ao longo da vida, salientar os aspetos relacionados com as emoções e da relevância da ajuda especializada que pode ser realizada através da terapia de relaxamento, terapia comportamental, terapia cognitiva e estratégias de *coping*, fundamentais para encontrar significado positivo apesar das adversidades com que foram confrontados (cf. Capítulo III). Como é conhecido, o erro acontece mesmo em organizações de alta fiabilidade e, portanto consideramos relevante o desenvolvimento e aprofundamento das competências emocionais, âmbito em que atualmente ainda é pouco valorizado.

Relativamente aos resultados do estudo destaca-se, ainda, que os enfermeiros têm uma atitude proativa, pois demonstram que estão recetivos a adotarem estratégias indicadoras de mudança de comportamento profissional, onde se destaca a relevância da autoformação. A autoformação pode ser entendida como uma modalidade de aprendizagem individual enquadrando-se no âmbito da aprendizagem não-formal ou informal. Esta aprendizagem é realizada tendo em consideração o próprio ritmo do indivíduo, bem como a utilização de recursos específicos para aprender. Esta autoaprendizagem realiza-se pelo indivíduo através de reflexões, pela pesquisa de informação como leitura de livros, artigos, entre outros, consulta disponível de conteúdos multimédia e interativos de acordo com a temática de interesse para o indivíduo e consulta de materiais concebidos para a autoformação.

A autoformação pode ser utilizada pelos enfermeiros para melhorarem as práticas de enfermagem como podemos constatar nos seguintes resultados da investigação/estudo que efetuamos, nomeadamente, quando os enfermeiros reportaram mudanças realizadas após a ocorrência do erro, conforme expresso na categoria Atitude preventiva, onde relatam terem aumentado a capacidade de atenção no desempenho das ações de enfermagem e também a confirmação das mesmas.

Destaca-se também a categoria Formação em que os enfermeiros consideram relevante atualizar os conhecimentos e apreender com os erros e, por fim, surge a categoria Processo de enfermagem onde manifestaram mudanças ao nível do plano de cuidados, nomeadamente na elaboração, execução e avaliação do mesmo (cf. Capítulo VI). Pode contudo, haver formação em serviço com a finalidade de os enfermeiros adquirirem competências cognitivas e sociais.

Como já referimos, e em consideração aos resultados deste estudo o conjunto das variáveis predictoras incluídas no modelo de regressão que foi testado explica 25% da variância total na ocorrência de mudanças no exercício da enfermagem após a manifestação do erro. Destacam-se como preditores positivos para a ocorrência de mudança na prática de enfermagem as estratégias de atribuição interna do erro, associadas a uma ausência de externalização emocional, as estratégias de suporte social, as estratégias de resolução de problemas, as mudanças construtivas, e defensivas. As estratégias de negação e/ou evitamento do acontecido aparecem como preditor negativo da ocorrência de mudanças na prática profissional subsequente ao erro reportado (cf. Capítulo VIII).

Claramente os preditores positivos são indicadores de mudanças adaptativas ou saudáveis no exercício de enfermagem estando associados à formação como contributo para essa mudança. Isto é, os enfermeiros estão abertos à mudança para o desempenho de boas práticas profissionais, apelando à autoformação e à formação ao longo da vida. Parece-nos mais difícil fazer formação para enfermeiros que adotam estratégias de negação e/ou evitamento porque, à priori, estão renitentes à receção de conhecimentos e à mudança do exercício de enfermagem colocando em causa a segurança dos doentes.

Quando os profissionais de enfermagem adotam estratégias de negação e/ou evitamento é importante desmistificar nos profissionais de saúde, individualmente ou através da formação em serviço, crenças que poderão estar subjacentes quando ocorre um erro. Estes profissionais podem ter receio de represálias e, deste modo, negam o sucedido e até evitam falar sobre o acontecimento. Em termos de intervenção individual os líderes são fundamentais na desmistificação das crenças e poderão conduzir o profissional para uma outra compreensão acerca do fenómeno. Esta poderá ser conseguida através da reflexão sobre a importância da não punição aquando da ocorrência do erro, explicar as vantagens do reporte dos erros, a relevância de se discutir em equipa o sucedido, a importância de assumir o erro apelando à responsabilidade, o compreender que todos os indivíduos são suscetíveis de errar e o apoio e a compreensão dos pares poderá ser facilitador da aceitação do sucedido.

A nível das instituições de saúde as lideranças são muito importantes, nomeadamente, as chefias de enfermagem, os gestores de risco, os gestores intermédios, as direções da instituição, no sentido de impulsionarem uma política de saúde que promova uma cultura de segurança organizacional. Consideramos importante na reestruturação dos currículos, mais especificamente, em enfermagem, ter em consideração que pretendemos formar enfermeiros para a prática clínica e que cada vez mais se dá preferencialmente atenção à qualidade e segurança, situação que implica novas formas de exigência na prestação de cuidados, podendo estes também serem monitorizados para posteriormente serem melhorados. Somos de opinião que no futuro se deve atenuar a lacuna entre as práticas clínicas desempenhadas nas organizações de saúde e o que é ministrado na academia, nomeadamente, os currículos deverão ser elaborados com a participação dos líderes das instituições de saúde e das

escolas como, por exemplo, com o enfermeiro diretor ou com os enfermeiros supervisores e as equipas das escolas responsáveis pela reestruturação dos currículos.

Realçamos o modelo desenvolvimental de transferências das aprendizagens entre a escola e o mundo do trabalho em que explica a criação de novos conhecimentos, atividades e práticas relativamente a parcerias entre diferentes sistemas de aprendizagem como a aprendizagem como um processo em que diversos sistemas de atividade (escola, mundo do trabalho) implementam, por exemplo, projetos em conjunto com a contribuição de todos os intervenientes, nova compreensão e reconstrução dos objetos de trabalho a partir do conhecimento adquirido e, por fim o processo de aprendizagem que facilita a implementação desse conhecimento que é utilizado como uma ferramenta para a procura de novas estratégias de resolução de problemas e para a concretização de atividades inovadoras (Konkola, Tuomi-Grhn, Lambert & Ludvigsen, 2007). Tendo em consideração o referido modelo ambas as organizações (escolas de enfermagem e instituições de saúde) devem seguir as políticas de qualidade e segurança emanadas pela Direção Geral de Saúde, para melhor prestação de cuidados contribuindo para a segurança dos doentes e para a satisfação pessoal e profissional.

Consideramos relevante que os líderes das organizações, como enfermeiros diretores, enfermeiros supervisores, enfermeiros chefes e outros atores de outras áreas de intervenção, recebam formação, no âmbito da segurança do doente. Os gestores das instituições de saúde devem compreender a relevância atual da segurança dos doentes ao nível das instituições de saúde porque existem, por vezes, incompreensões dos gestores clínicos por falta de informação, no sentido de facilitar e incentivar a formação dos diversos profissionais neste âmbito. As equipas dos conselhos de administração das organizações de saúde deveriam ser as primeiras a proporcionar condições e flexibilidade para a formação de todos os profissionais. Parece-nos relevante que para o desenvolvimento de uma cultura de segurança, isto é, para uma cultura mais justa, de reporte de erros e de aprendizagem (cf. Capítulo II) a formação na hierarquia *bottom-up* e *top-down*, desde os diretores de enfermagem, supervisores, enfermeiros chefes, enfermeiros, seja considerada estruturante para que se consiga uma mudança de paradigma nas instituições de saúde. Como contributo para esta mudança, conforme referido anteriormente, consideramos estruturante a realização de formação graduada e pós-graduada nas escolas e universidades no âmbito da segurança dos doentes.

Parece-nos indispensável organizar atividades ou serviços de consultoria nas administrações das organizações de saúde para identificar problemas e contribuir com sugestões para a resolução dos mesmos e para aconselhar os decisores políticos nas melhores medidas a serem implementados nos sistemas de saúde. Este processo de consultoria deverá ser exercido por uma equipa interdisciplinar implementada nas instituições de saúde destinadas a aconselhamento dos profissionais.

De acordo com a literatura é fundamental realizar formação sobre liderança profissional, comunicação, trabalho em equipa e outras relacionadas com as competências sociais mas também a compreensão da importância das competências cognitivas e emocionais. Para além destes assuntos consideramos relevante perceber a razão da ocorrência de eventos adversos que podem resultar de erros que se cometem na prática clínica, o desenvolvimento histórico da segurança do doente, os avanços para criar um cultura de segurança, a cultura de segurança, a relevância do *empowerment* profissional e o funcionamento das OAF. Os hospitais *Magnet* (cf. Capítulo II) devem ser uma referência para os hospitais portugueses.

Sintetizando, no plano de estudo do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, nomeadamente no 3º ano (5º semestre), é feita uma breve abordagem destas temáticas na unidade curricular de opção *Segurança do doente*. Contudo, na reestruturação do currículo, devido à relevância da temática seria deveras pertinente que fosse introduzida como uma unidade curricular estruturante e transversal aos diversos anos de licenciatura em enfermagem. Consideramos também importante a reflexão destes conteúdos em contexto de ensino clínico, pois é no contexto prático que os estudantes poderão compreender melhor as temáticas lecionadas, pelas vivências experienciadas na prestação de cuidados. No entanto, para melhor preparação para o ensino clínico diversas metodologias de ensino/aprendizagem podem ser utilizadas no contexto académico para aprofundarem e compreenderem os valores e as atitudes necessárias para um trabalho com qualidade e segurança. Estas poderão incluir as simulações de situações que contribuem para o desenvolvimento de diversas competências dos estudantes ou profissionais no âmbito da segurança do doente.

Nos contextos políticos e económicos vivenciados atualmente em Portugal existe a dificuldade de nos afastar dos paradigmas de aprendizagem mais tradicionais devido às exigências logísticas, isto é existe a necessidade de menos estudantes por turma para a execução de uma pedagogia mais ativa como o paradigma da aprendizagem baseada na resolução de problemas. Applin et al., (2011) e Chan (2012) citados por Shin e Kim (2013) referem que em alguns estudos que focaram sobre a educação em enfermagem foi efetuada a comparação entre a forma tradicional de ensino com a aprendizagem baseada na resolução de problemas, tendo-se esta distinguido com vários aspetos positivos como a motivação para a aprendizagem, promoção do trabalho em equipa, desenvolvimento de competências de resolução de problemas e de pensamento crítico. Estas competências deveriam ser intencionalmente promovidas na formação do 1º e 2º ciclos.

Nos níveis de formação anteriormente referidos (1º e 2º ciclos) a aplicação desta metodologia de aprendizagem baseada na resolução de problemas exige a constituição de pequenos grupos sendo a aprendizagem centrada no estudante, que assume o papel de um participante ativo e o professor/tutor facilitador ou dinamizador do processo da aprendizagem. A dinâmica de grupo é fundamental e para que haja coordenação grupal é necessário um animador que gira essa dinâmica, favoreça o consenso, explicita as ideias emergentes, um secretário com a função de escrever as ideias principais do grupo, por exemplo no quadro e o redator que escreve no papel os aspetos mais relevantes acerca da situação problema discutida em grupo (Cégap, 2001, citado por Abreu & Loureiro, 2007; Delisle, 2007; Delva, 2005).

Com base neste paradigma os estudantes, face a uma situação problema, têm que o identificar, clarificar os conceitos, consciencializarem-se sobre o conhecimento que detém e aquele que ainda têm que adquirir e, posteriormente identificarem soluções viáveis usando tanto a criatividade como o pensamento crítico, ficando ativamente envolvidos no processo de resolução do problema (Peterson, 2004 citado por Abreu & Loureiro, 2007; Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005). Ao se envolverem em todo este processo os estudantes aprendem a mobilizar conhecimentos, a trabalhar em equipa e a refletirem através da experiência de resolução de problemas, conseguindo desenvolver tanto o

conteúdo da temática em causa como as estratégias de pensamento para chegar às possíveis soluções. Pensamos que num futuro ainda longínquo possamos adotar o paradigma da aprendizagem baseada na resolução de problemas na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

No que concerne à formação contínua são também realizados na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra cursos de curta duração sobre segurança do doente, no âmbito do Programa Operacional do Potencial Humano (POPH) para prestadores de cuidados de saúde, investigadores e outros, conforme preconizado pela DGS- Departamento da Qualidade na Saúde. Pretende-se continuar com esta formação e realizar *workshops*, conferências e também acolher a comunidade civil para formação nesta área, entre outras iniciativas. Pretendemos realizar um projeto intensivo no âmbito da mobilidade Erasmus, onde estudantes de diferentes disciplinas e de diversos países europeus possam adquirir, aprofundar e partilhar experiências referentes à segurança do doente.

Em suma, consideramos que relativamente às implicações futuras para a prática clínica se considera relevante a notificação do erro e a respetiva análise da raiz causal efetuada em alguns hospitais do país, mas parece-nos que esta não é uma prática assídua e dominante. Consideramos que, face aos resultados do estudo que efetuamos, os enfermeiros se encontram mais preparados, para mudarem as suas práticas, nomeadamente, ao nível do planeamento dos cuidados de enfermagem do que relativamente há uns anos atrás em que predominava acentuadamente o paradigma da punição. Pensamos na relevância da autoformação e na formação contínua dos enfermeiros nos respetivos serviços como instrumentos capazes de contribuir para prevenir a ocorrência de erros e atenuar o seu impacto. Salientamos igualmente a importância das competências não técnicas na promoção da qualidade e da segurança na prática profissional as quais devem ser desenvolvidas para que os enfermeiros percebam porque é que se erra, por exemplo, ao nível da tomada de decisão e que estratégias devem ser adotadas para minimizar os seus efeitos. Consideramos que as lideranças são fundamentais para a mudança de paradigma e referimo-nos a todos os atores de topo das instituições de saúde. É importante que os pares e os superiores hierárquicos tenham em consideração as emoções que o enfermeiro expressa subsequente ao erro ocorrido e a relevância do apoio especializado, ainda pouco evidenciado nas instituições de saúde. No futuro precisamos, a nível institucional, de uma cultura de segurança bem definida com a ambição de se conseguir uma fiabilidade de sigma 6.

Tendo em consideração os resultados que obtivemos no presente estudo pensamos em apresentar aos responsáveis dos serviços as principais conclusões e realçar a importância da influência de um sistema de reporte do erro. Pretendemos colaborar com os serviços de saúde na formação contínua, no sentido, de consciencializar os enfermeiros da prática clínica para a importância da problemática em análise e suas implicações atuais em termos de ganhos em saúde. Temos ainda, como finalidade discutir com os enfermeiros um plano estratégico de gestão do erro, nomeadamente as causas do erro, as reações ao erro, as estratégias adotadas para lidar com o mesmo e as mudanças efetuadas na prática clínica de enfermagem, utilizando os dados do estudo.

Quanto às implicações futuras relativamente à formação, tal como expusemos neste capítulo, parece-nos que será importante a reestruturação dos currículos das escolas e universidades tendo em consideração a temática segurança do doente, nomeadamente, a consciencialização do erro e a

adoção de estratégias de ação. Salientamos que o contexto de formação tem que estar em sintonia com as exigências da prática clínica. Pretendemos que os estudantes de enfermagem, tanto ao nível da formação do 1º ciclo como ao nível do 2º ciclo, venham a estar preparados para responder aos desafios da prática clínica através da execução de boas práticas de enfermagem, incrementando a qualidade dos cuidados e contribuindo para a segurança do doente. Sem dúvida que esta nova exigência passa por um nível de formação altamente especializada que permita mudança de atitudes e de comportamentos no desempenho das suas funções nas instituições de saúde. No processo de aprendizagem deve-se privilegiar as metodologias de aprendizagem ativas como potenciadoras do desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, do trabalho em equipa, da comunicação, da partilha de informação em grupo, entre outras e também a relevância da simulação de determinadas situações clínicas que podem conduzir ao erro clínico.

Preconizamos que as investigações futuras sejam mais centradas nos serviços hospitalares, devido à sua especificidade, utilizando por exemplo, uma metodologia observacional onde se pretende conhecer os erros ao nível da preparação e administração da medicação para posteriormente se introduzir medidas corretivas com a finalidade de atenuar o erro. O mesmo pode acontecer a nível das outras categorias do estudo, para não percebermos unicamente, os erros de ASM mas também os outros tipos de erro que também acontecem nas instituições de saúde, conforme evidência o estudo. Por exemplo, podemos salientar que um estudo longitudinal realizado em 2007, 2008 e 2009 no serviço de medicina do CHUC, relativamente às quedas dos doentes em meio hospitalar, algumas medidas corretivas foram sugeridas tendo em consideração os resultados obtidos (Abreu, Mendes, Monteiro & Santos, 2012).

Como esta temática também outras investigações poderão ser desenvolvidas, no sentido, de atenuar uma situação de erro. Podemos futuramente também desenvolver projetos de investigação, no sentido, de identificar as competências não técnicas (cognitivas, emocionais e sociais) do enfermeiro instrumentista que trabalha numa equipa multiprofissional no bloco operatório. Adicionalmente, pensamos que é pertinente realizarem-se estudos multicêntricos, isto é, em diversas instituições de saúde de dimensão nacional tendo em consideração a permissão e a colaboração da ordem dos enfermeiros.

Em termos metodológicos o instrumento de recolha de dados abrange tanto o paradigma qualitativo como quantitativo. Através deste conseguimos perceber qual o erro cometido, a perceção das causas do erro pelos enfermeiros, as reações emocionais face ao erro, o modo como os enfermeiros lidaram com o erro e as possíveis mudanças no exercício da enfermagem devido ao erro e, ainda, comentários ou sugestões para a prevenção do erro. Toda esta sequência de estudo sobre o fenómeno revela a mais-valia deste instrumento, podendo também ser utilizado em investigações futuras. Adicionalmente, permitiu-nos conseguir realizar a comparação entre os diferentes tipos de erros (os erros de ASM e os outros tipos de erro) e a perceção acerca dos mesmos em função das variáveis contextuais. Permitiu-nos, ainda, compreender quais os fatores que influenciam as mudanças construtivas e defensivas na prática profissional.

Apesar de conseguirmos estudar a perceção que os enfermeiros têm relativamente às causas, às circunstâncias, às consequências bem como o processo de gestão e consciencialização do erro, consideramos que esta investigação poderia ter sido complementada por uma outra abordagem qualitativa que consistiria na realização de um de grupo focal para compreendermos melhor a razão

de os enfermeiros reportarem mais erros de ASM do que dos outros tipos de erro. Contudo, numa perspetiva futura poderemos concretizar esta abordagem para aprofundarmos a compreensão do fenómeno. Apesar de definirmos o que é entendido por erro, nomeadamente por Meurier et al., (1997), no instrumento de recolha de dados parece-nos que, muitas vezes, a perceção de erro para alguns enfermeiros era considerada de forma diferente porque por exemplo a “Queda” não é um erro mas uma consequência de um erro cometido pelo enfermeiro, por falta de supervisão ou por falta de avaliação do risco de quedas. Deste modo, pensamos que a noção de erro deveria ser melhor esclarecida, possivelmente através de uma formação em serviço antes do preenchimento do questionário, o que pressupõe, em nosso entender, ser considerada uma das limitações do estudo. Propomos em investigações futuras introduzir modificações no instrumento de recolha de dados de modo a compreendermos melhor o fenómeno. Deste modo pensamos, por exemplo, em solicitar aos enfermeiros que descrevam o erro que aconteceu naquele dia ou semana e, não de uma forma retrospectiva desde que é enfermeiro, conforme se encontra na primeira questão do questionário, para compreendermos as causas, as reações emocionais, as estratégias que utilizou para lidar com o erro e perceber quais as mudanças realizadas no exercício de enfermagem após o acontecimento do erro, facilitando também, por exemplo, a intervenção psicológica a nível da gestão das emoções.

Os dados do estudo tornam clara a relevância e a necessidade de se desenvolver investigação nas instituições de saúde para mitigar o erro, contribuindo para a segurança do doente bem como para a satisfação pessoal e profissional do enfermeiro. Este estudo, tanto quanto é do nosso conhecimento, foi o primeiro estudo exploratório a ser realizado em Portugal com enfermeiros.

Apesar das dificuldades encontradas ao longo do percurso desta investigação, consideramos que constituiu um processo sustentado de aprendizagem individual e profissional, sendo muitas vezes, desafiante e gratificante para atingirmos a sua concretização. Consideramos que foi o início de um percurso relativamente ao qual perspetivamos a sua continuidade, contribuindo para a atualização científica do fenómeno em estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C. (2009). Perspetiva clínica do erro. *Sinais Vitais – Enfermagem em Revista*, 8, 38-41.
- Abreu, C. (2012). O erro humano no contexto dos cuidados de enfermagem. In: Serie Monográfica Educação e Investigação em saúde 1, *Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100* (pp.247-263). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Abreu, C. & Loureiro, C. (2007). Aprendizagem por resolução de problemas – Uma experiência pluridisciplinar e multicultural. *Referência*, Série III, 5,7-15.
- Abreu, C., Mendes, A., Monteiro, J. & Santos R. (2012). Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20 (3), 597-603.
- Abreu, C., Rodrigues, M., Paixão (2013). Erros de medicação reportados pelos enfermeiros da prática clínica. *Referência*, Série III, 10, 63-68.
- Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5 ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Almeida, R., Abreu, C. & Mendes (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, 2, 163-172.
- Amado, J. (2000). A técnica de análise de conteúdo. *Revista Referência*, 5, 53-62.
- Amado, J. (2013). *Manual de Investigação qualitativa em educação*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- American Psychological Association (2009). *Publication manual of the American psychological association* (6th ed.). Washington, DC: Author's Edition.
- Anoosheh, M., Ahmadi, F., Faghizadeh, S. & Vaismoradi, M. (2008). Causes and management of nursing practice errors: a questionnaire survey of hospital nurses in Iran. *International Nursing Review*, 55, 288-295. doi: 10.1111/j.1466-7657.2008.00623.x
- Anselmi, M., Peduzzi, M. & Santos, C. (2007). Errors in the administration of intravenous medication in Brazilian hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (10), 1839-1847.
- Armstrong, K. & Laschinger, H. (2006). Structural empowerment, magnet hospital characteristics, and Patient Safety Culture. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(2), 124-132.
- Baggio, M., Pomatti, D., Bettinelli, L. & Erdmann, A. (2011). Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64 (1), 25-30.
- Balas, M., Scott, L., Rogers, A. (2006). Frequency and type of errors and near errors reported by critical care nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*, 38 (2), 24-41.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo* (4ªed). Lisboa: Edições 70.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (1994). *Principles of biomedical ethics* (4th ed.). NewYork: Oxford University Press.
- Belela, A., Peterlini, M. & Pedreira, M. (2011). *Erros de medicação- Definições e estratégias de prevenção*. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo- COREN-SP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente- REBRAENSP- Polo São Paulo.
- Benner, P., Hooper-Kyria, P. & Stannard, D. (1999). *Clinical Wisdom and Intervention in Critical care: A thinking-in-action approach*. Philadelphia: Saunders.
- Benner, P., Malloch, K. & Sheets, V. (2010). *Nursing Pathways for patients Safety*. USA: Mosby Elsevier.
- Benner, P., Malloch, K., Sheets, V., Bitz, K., Emrich, L., Thomas, M., ... Farrell, M. (2006). TERCAP: creating a national database on nursing errors. *Harvard Health Policy Review*, 7 (1), 48-63.

- Benner, P., Sheets, V., Uris, P., Malloch, K., Scbwed, K. & Jamison, D. (2002). Individual practice and system causes of errors in nursing. *Journal of Nursing Administration*, 32 (10), 509-523.
- Benner, P., Tanner, C. & Chesla, C. (1996). *Expertise in nursing practice – caring, clinical Judgment, and ethics*. New York: Pam Lankas.
- Bennet, J., Dawoud, D. & Maben, J. (2010). Effects of interruptions to nurses during medication administration. *Nursing Management*, 16 (9), 22-23.
- Berbaum, J. (1993). *Aprendizagem e formação*. Porto: Porto Editora.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Lisboa: Porto Editora.
- Brady, A., Malone, A. & Flemimg, S. (2009). A literature review of the individual and system factors that contribute to medication errors in nursing practice. *Journal of Nursing Management*, 17, 679-697.
- Bulmer, M. (1979). *Principles of statistics*. New York: Routledge.
- Calle, A. (2009, Julho 18). Erro trágico mata bebê. *Jornal Expresso*, p.16.
- Carneiro, A. (2010). O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 10, 3-10.
- Carol, M. (2004). *Understanding nursing research - reading and research in practice*. London: Lippincott Williams and Wilkins.
- Carvalho, V., Cassiani, S., Chiericato, C. & Miasso, A. (1999). Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(5), 67-75.
- Carvalho, M., Lucknow, E. & Siqueira, F. (2011). Quedas e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Pelotas (RS, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (6), 2945-2952.
- Cassiani, S. (2004). *A segurança dos pacientes na utilização da medicação*. São Paulo: Artes Medicas.
- Cassiani, S. & Ueta, J. (2004). *A segurança dos pacientes na utilização da medicação*. São Paulo: Artes Medicas.
- Chard, R. (2010). How perioperative nurses define, attribute causes of, and react to intraoperative nursing errors. *AORN Journal*, 91 (1), 132-144.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Comissão Europeia (2000). *Memorando sobre aprendizagem ao longo da vida*. Retirado de <http://dne.cnedu.pt/dmdocuments/Memorando%20sobre%20Aprendizagem%20Longo%20da%20Vida%20pt.pdf>
- Committee on Quality Health Care in America (2001). *Crossing the Quality Chasm – A new system for the 21st century*. Washington: National Academy.
- Correia, C. & Junior, M. (2007). Análise e classificação dos fatores humanos nos acidentes industriais. *Produção*, 17 (1), 186-198.
- Costa, J. (2003, Fevereiro 25). Enfermeira do Egas Moniz foi reformada compulsivamente. *Jornal Público*, p.26.
- Cozby, P. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas Editores.
- Cramer, D. (1997). *Basic statistics for social research*. London: Routledge.
- Cramer, S. (2004). *Medical errors are leading cause of U.S. hospitals deaths*. New York: Oxford University.
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Dish, J., Johnson, J., Mitchell, P., ... Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55, 122-131.
- Damásio, A. (1999). *O sentimento de si- O corpo, a emoção e neurobiologia da consciência*. Mira-Sintra- Mem Martins: Publicações Europa- América.

- Damáσιο, A. (2010). *O livro da consciência- A construção do cérebro consciente*. Maia: Circulo dos Leitores.
- Damáσιο, A. (2011). *O erro de Descartes- emoção, razão e cérebro humano*. Lisboa: Temas e Debates-Circulo Leitores.
- Damião, M. (2007). Contribuições da ergonomia cognitiva para a compreensão do erro no desempenho profissional. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 41 (2), 181-206.
- Dasgupta, P., Ahmed, K., Jane, P. & Khan, M. (2014). *Surgical simulation*. London: Anthem Press.
- De Vaus, D. (2002) *Surveys in Social Research* (5th ed.). London: Routledge.
- Delisle, R. (1997). *How to use problem-based learning in the classroom*. Alexandria, Virginia, U.S.A.: Association for Supervision and Curriculum Development (ASCD).
- Dekker, S. (2002). *The field guide to human error investigations*. England: Ashgate.
- Delva, D. (2005). *School of medicine – problem-based learning*. <http://meds.queensu.ca/medicine/pbl/pblhome.htm>
- Diário da República, 1ª Série- Nº 28- 10 fevereiro de 2009. Portaria nº 155/2009.
- Diário Económico (2011). *Erros médicos custaram ao estado 26 milhões de euros*. 11 de Abril. Retirado de <http://www.rcmpharma.com/actualidade/saude/erros-medicos-custaram-ao-estado-26-milhoes-de-euros>
- DiCenso, A., Guyatt, G. & Ciliska, D. (2005). *Evidence – based nursing. A guide to clinical practice*. USA: Elsevier Mosby.
- Direção Geral da Saúde (2007). *Programa nacional de prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2008). Programa nacional de controlo da dor. *Circular Normativa*, 11, 1-13.
- Direção Geral da Saúde (2009). *Manual de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS- Cirurgia segura salva vidas*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2009). *Inquérito nacional de prevalência de infeção*. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde- Departamento da qualidade na Saúde (2011). *Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses. Resultados do estudo piloto*. Lisboa: Associação Portuguesa para o desenvolvimento hospitalar (apdh).
- Direção Geral de Saúde (2011). *Morbilidade hospitalar - serviço nacional de saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2013). *Norma - cirurgias seguras, salvam vidas*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2014). Departamento da qualidade na saúde. Retirado de <https://www.dgs.pt/diretor-geral-direcao-e-servicos/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx>
- Doenges, M. & Moorhouse, M. (2010). *Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem* (5ed). Loures: Lusociência.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (3), 166-206.
- Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Edmondson, A. (2013). Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. *Quality Safety Health Care*, 13, 3-9.
- Engel, K., Rosenthal, M. & Sutcliffe, K. (2006). Residents' responses to medical error: coping, learning, and change. *Academic Medicine*, 81 (1), 86-93.
- Evans, J. (2009). Prevalence, risk factors, consequences and strategies for reducing medication errors in Australian hospitals: a literature review. *Contemporary Nurse*, 31(2), 176-189.

- Fernandes, A. & Queirós, P. (2011). Cultura de segurança do doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Referencia-Revista de Enfermagem*, 4, III Serie, p. 37-48.
- Ferrari, M., Harrison, B., Rawashdeh, O., Hammond, R., Avery, Y., Rawashdeh, M., Sa`deh, W. & Maddens, M. (2012). Clinical feasibility of a motion detection system for all prevention in hospitalizes older adult patients. *Geriatric nursing*, 33 (3), 177-183.
- Filho, A., Andrade, J. & Marinho, M. (2011). Cultura e gestão da segurança no trabalho: uma proposta de modelo. *Gestão & Produção*, 18 (1), 205-220.
- Flin, R., Martin, L., Goeters, K., Hörmann, H., Amalberti, R., Valot, C., Nijhuis, H. (2003). Development of the NOTECHS (Non-technical skills) system for assessing pilots' CRM skills. *Human factors and Aerospace Safety*, 3, 95-117.
- Flin, R., O'Connor, P. & Crichton, M. (2008). *Safety at the sharp end*. England: Ashgate.
- Flynn, L., Liang, Y., Dickson, G., Xie, M. & Suh, D. (2012). Nurses' practice environments, error interception practice, and inpatient medication errors. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(2), 180-186.
- Fragata, J. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 17-25.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes – Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel.
- Fragata, J. & Martins, L. (2004). *O erro em medicina – Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Fragata, J., Santos, S., Ferreira, S., Barros, P., Bilbao, M., Fragata, I., & França, M. (2006). *Risco Clínico- complexidade e performance*. Coimbra: Livraria Almedina.
- França, M. (2005). Qualidade e segurança do doente na ordem do dia. *Revista Qualidade em Saúde*, 13, 23-25.
- Franco, A. (2005). La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. *Colombia Médica*, 36 (2), 130-133.
- Frank, J. & Brien, S. (2009). *The safety competencies* (1st ed.). Toronto: Canadian Patient safety Institute.
- Fredrickson, B. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention and treatment*, 3. Retirado de http://www.unc.edu/peplab/publications/Fredrickson_2000_Prev&Trmt.pdf
- Frederico, M. & Leitão, M. (1999). *Princípios de administração para enfermeiros* (1ª ed). Coimbra: Formasau.
- Freitas, M. & Parreira, P. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem referência*, III série, 10, 171-178.
- Friesen, M., Farquhar, M. & Hughes, R. (2005). *The nurse's role in promoting a culture of patient safety*. USA: American Nurses Association (ANA).
- Garber, J., Gross, M. & Slonim, A. (2010). *Avoing common nursing errors*. Philadelphia: Lippincott William Wilkins.
- Garrett, C. (2008). The effect of nurse staffing patterns on medical error and nurse burnout. *AORN Journal*, 87 (6), 1191-1204.
- Gleitma, H., Fridlund, A. & Reisberg, D. (2011). *Psicologia* (9a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Graça, L. (1999) - *Higia e Panacea: da Arte de Curar a Doença à Arte de Conservar a Saúde* [Hygia and Panacea: from the Art of Healing to the Art of Health] www.ensp.unl.pt/lgraca [acesso em Novembro de 2010].
- Greiner, A. & Knebel, E. (2003). *Health professions education- a bridge to quality*. Washington DC: National Academy Press.
- Guéguen, N. (1997). *Manual de estatística para psicólogos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Halpern, J. (2001). *From detached concern to empathy – Humanizing Medical Practice*. New York: Oxford.
- Hatcher, L. (1997). *A Step-by-Step Approach to Using the SAS System for Factor Analysis and Structural Equation Modeling*. SAS Institute Inc.

- Hill, M. & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2 ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Hudson, P. (2003). Applying the lessons of high risk industries to health care. *Quality Safety Health Care*, 12(1), 7-12.
- Jones, S. (2009). Reducing medication administration errors in nursing practice. *Nursing Standard*, 23 (50), 40-46.
- Júnior, D., Siqueira, J., Silva, D., Almeida, L., Silva, W., Sousa, P. & Guerreiro, M. (2010). Erro medicamentoso em cuidados de saúde primários e secundários: dimensão, causas e estratégias de prevenção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 40-46.
- Karga, M., Kiekkas, P., Aretha, D. & Lemonidou, C. (2011). Changes in Nursing practice: associations with responses to and coping errors. *Journal of clinical nursing*, 20, 3246-3255.
- Kelley, T., Brandon, D. & Docherty, S. (2011). Electronic nursing documentation as a strategy to improve quality of patient care. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2), 154-162.
- Kiess, H. & Bloomquist, D. (1985). *Psychological research methods: a conceptual approach*. Boston: Allyn and Bacon, Inc.
- Kirsten, E., Rosenthal, M. & Kathleen, S. (2006). Residents' responses to medical error: coping, learning and change. *Academic Medicine*, 81(1), 86-93.
- Klein, G. (1997). Developing expertise in decision making. *Thinking and Reasoning*, 3 (4), 337-352.
- Klein, G. (2008). Naturalistic decision making. *Human Factors and ergonomics society*, 50 (3), 456-460. doi:10.1518/001872008X288385
- Kohn, L.T., Corrigan, J. M. & Donaldson, M. S. (Eds); Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington DC: The National Academies Press.
- Konkola, R., Tuomi-Grohn, T., Lambert, P. & Ludvigsen, S. (2007). Promotion learning and transfer between school and workplace. *Journal of education and work*, 20(3), 211-228.
- Lage, M. (2010). Segurança do doente: da teoria à prática. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 11-16.
- Laschinger, H., Riesen, P., Cho, J. & Greco, P. (2009). Empowerment, engagement and perceived effectiveness in nursing work environments: does experience matter? *Journal of Nursing Management*, 17, 636-646.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer Publishing Company.
- Leape, L. (1994). Error in medicine. *JAMA*, 272 (23), 1851-1857.
- Leape, L. (2009). Errors in medicine. *Clinica Chimica Acta*, 404, 2-5.
- Leape, L., Berwick, D., Clancy, C. Conway, J., Gluck, P., Guest, J., ... Isaac, T. (2009). Transforming healthcare: a safety imperative. *Quality & Safety in Health Care*, 18, 424-428.
- Ludwick, R., & Silva, M. C. (2003). Errors, the nursing shortage and ethics: Survey results. *Journal of Issues in Nursing*. www.nursingworld.org/ojin/ethicol/ethics_12.htm
- Macedo, M., Ferreira, R., Andrade, J. & Alyrio, R. (2007). Processo decisório gerencial: Um estudo do modelo descritivo de tomada de decisão aplicado a pequenos empreendedores. *Revista da Micro e Pequena Empresa*, 1 (1), 24-37.
- Macnee, L. (2004). *Understanding nursing research- Reading and using research in practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mahmood, A., Chaudhury, H. & Valente, M. (2011). Nurses' perceptions of how physical environment affects medication errors in acute care settings. *Applied Nursing Research*, 24 (4), 229-237.
- Manuila, L., Manuila, A., Lewalle, P. & Nicoulin, M. (2004). *Dicionário médico* (3a ed). Lisboa: Climepsi.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS statistics*. Lisboa: Report Number.

- Marques, C., Morais, C., Calado, M., & Frederico, M. (2010). *Segurança dos doentes – projecto European Union Network for patient Safety (EUNetPaS)*. III Seminário de Gestão em Saúde. CD.
- Martins, L. (2004). Organizações de saúde: por uma cultura da fiabilidade. In Fragata, J., Martins, L., *O erro em medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade* (pp.215-252). Coimbra: Edições Almedina.
- Menachemi, N. (2002). *Physicians' perceptions of medical errors*. Dissertation. Birmingham: University of Alabama.
- Meurier, C. (2000). Understanding the nature of errors in Nursing: using a model to analyse critical incident reports of errors which had resulted in an adverse or potentially adverse event. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (1), 202-207.
- Meurier, C. Vincent, C. & Parmar, D. (1997). Learning from errors in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 111-119.
- Meurier, C. Vincent, C. & Parmar, D. (1998). Nurses' responses to severity dependent errors: a study of causal attributions made by nurses following an error. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 349-354.
- Ministério da Saúde (2002). *Prevenção de infeções adquiridas no hospital - Um guia prático*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Mitchell, L. & Flin, R. (2008). Non-technical skills of operating theatre scrub nurses: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 63(1), 15-24.
- Mitchell, L., Flin R., Yule, S., Mitchell, J., Coutts, K. & Youngson, G. (2010). Thinking ahead of the surgeon. An interview study to identify scrub nurses' non-technical skills. *International Journal of Nursing Studies*, 48 (2011), 818-828.
- Morais, F., Matozinhos, J., Borges, T., Borges, C. & Campos, A. (2009). Avaliação da dor como quinto sinal vital na classificação de risco: um estudo com enfermeiros. *Revista Ciência & Saúde*, 2(2), 73-77.
- Morath, J. (2011). Nurses create a culture of patient safety: It takes more than projects. *The online Journal of Issues in nursing*, 16(3), Manuscript 2. <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No3-Sept-2011/Nurses-Create-a-Culture-of-Patient-Safety.aspx>
- Morath, J.; Turnbull, J. (2005). *To do no harm*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Murteira, B.; Ribeiro, C.; Silva, J. & Pimenta, C. (2001). *Introdução à estatística*. Lisboa: Mc Graw-Hill.
- Narumi, J., Miyazawa, S., Miyata, H., Suzuki, A., Kohsaka, S. & Kosugi, H. (1999). Analysis of human error in nursing care. *Accident Analysis & Prevention*, 31(6), 625-629.
- Neves, M. & Pacheco, S. (2004). *Para uma ética da enfermagem*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Nightingale, F. (1863). *Notes on Hospitals*.
- Norris, B., Currie, L. & Lecko, C. (2012). The importance of applying human factors to nursing practice. *Nursing Standard*, 26 (32), 36-40.
- Nunnally, J. Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed). New York: McGraw-Hill.
- Oatley, K., Kelner, D. & Jennifer, M. (2006). *Understanding emotions*. Oxford: Blackwell Pub.
- Oatley, K., Parrott, W., Smith, C. & Watts, F. (2011). Cognition and emotion over twenty-five years. *Cognition & Emotion*, 25 (8), 1341-1348.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Climepsi Editores.
- Oliveira, D. (2008). Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Revista de Enfermagem*, 16 (4), 569-576.
- Ordem dos Enfermeiros (2003a). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: OE.

- Ordem dos Enfermeiros (2003b). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor- Guia orientador de boa prática*. Lisboa: OE.
- Organização Mundial de Saúde (2007). *Look-alike, sound-alike medication names*. Joint Commission on Patient Safety Solutions, 1, 1.
- Organização Mundial de Saúde (2011). *Patient Safety Curriculum Guide – multi-professional edition*. Genebra: WHO.
- Osmon, S., Harris, C., Dunagan, C., Prentice, D., Fraser, V. & Kollef, M. (2004). Reporting of medical errors : An intensive care unit experience. *Critical Care Medicine*, 32(3), 727-733.
- Padilha, K., Kitahara, P., Gonçalves, C. & Sanches, A. (2002). Ocorrências iatrogénicas com medicação em unidade de terapia intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 36 (1), 50-57.
- Page, A. (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. Washington DC: National Academy of Sciences.
- Panda, A. (2013, Novembro 17). Médico opera olho errado a professora. *Jornal Noticias*, p.2.
- Patel, V. & Currie, L. (2005). Clinical cognition and biomedical informatics: issues of patient safety. *International Journal of medical Informatics*, 74, 869-885.
- Pelech, D. (2001). *Medical errors in health care: One approach to the problem*. Dissertation. Dominguez Hills: California State University.
- Pentin, J. & Smith, J. (2006). Drug calculations: are they safer with or without a calculator? *British Journal of Nursing*, 13 (14), 778-781.
- Petrova, E., Baldacchino, D. & Camilleri, M. (2010). Nurses' perceptions of medication in Malta. *Nursing Standard*, 24 (33), 41-48.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pontes, A., Leitão, I. & Ramos, I. (2008). Comunicação terapêutica em enfermagem: Instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (3), 312-318.
- Potter, P. & Perry, A. (2006). *Fundamentos de enfermagem. Conceitos e procedimentos* (5ªed). Loures: Lusociências.
- Reason, J. (1990). *Human error*. Cambridge: Cambridge University.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *British Medical Journal*, 320, 768-770.
- Reason, J. (2003). *Human error* (13th ed). Cambridge: Cambridge University.
- Reeve, J. (2005). *Understanding motivation and emotion*. (4th ed). United States of America: John Wiley & Sons.
- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) - Decreto – lei nº 161/96, *Diário da República*, I Série - A, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril).
- Ribeiro, P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, P. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3ª ed). Porto: Legis Editora.
- Rodrigues, A. (2009). *A cultura de segurança do doente na perspetiva dos prestadores de cuidados – O caso do Centro Hospitalar Cova da Beira*. Dissertação de doutoramento em gestão. Covilhã: Departamento de Gestão e Economia da Universidade da Beira Interior.
- Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde-formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.
- Rosenthal, M., & Sutcliffe, K. (2002). *Medical error. What do we know? What do we do?* San Francisco: Jossey-Bass.

- Ross, J. (2008). Collaboration - Integrating nursing, pharmacy and information technology into barcode medication administration system implementation. *Caring*, 23 (1), 1-17.
- Rubin, S. & Zoloth, L. (2000). *Margin of error-The ethics of mistakes in practice of medicine*. Hagerstown, Maryland: University Publishing Group.
- Saaranen, T., Vaajoki, A., Sormunen, M., Paakkonen, H. & Tossavainen, K. (2013). Simulation in nurse teacher education- preservice teacher's experiences of basic structures and utilization of simulation-based learning. *The Open Education Journal*, 6, 8-17.
- Sammer, C., Lykens, K., Singh, K., Mains, D. & Lackan, N. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42 (2), 156-165.
- Sanches, A. & Campos, A. (2009, Agosto 14). IGAS admite troca de medicamento no tratamento dos seis doentes que cegaram. *Jornal Público*, p.11.
- Santos, A. & Padilha, K. (2005). Eventos adversos com medicação em serviço de emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58 (4), 429-433.
- Santos, J., Silva, A., Munari, D. & Miasso, A. (2007). Feelings of nursing professionals after the occurrence of medication errors. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20 (4), 483-488.
- Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T. & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 47-57.
- Schwappach, B. & Boluarte, A. (2008). The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organizational accountability. *Swiss Medical Weekly*, 138 (1-2), 9-15.
- Segen, J. (2006). *Concise dictionary of modern medicine*. New York: McGraw-Hill.
- Sheng, Y. (2008). Testing the assumptions of analysis of variance. In Jason Osborn, *Best practices in quantitative methods* (pp 324-340). Los Angeles: Sage Publications.
- Sherwood, G. & Drenkard, K. (2007). Quality and safety curricula in nursing education: Matching practice realities. *Nursing Outlook*, 55, 151-155.
- Sheu, S., Wei, I., Chen, C., Yu, S. & Tang, F. (2008). Using snowball sampling method with nurses to understand medication administration errors. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (4), 559-569.
- Shin, I. & Kim, J. (2013). The effect of problem-based learning in nursing education: a meta-analysis. *Advanced in Health Science Education*, 18, 1103-1120. doi 10.1007/s10459-012-9436-2
- Silva, A., Cassiani, S., Miasso, A. & Opitz, S. (2007). Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(3), 272-276.
- Silva, J. (1995). *Dimensões da indecisão da carreira: Investigação com adolescentes*. Dissertação de doutoramento: Universidade de Coimbra.
- Silva; M. & Ludwick, R. (2001). The nursing shortage and ethics: up front and personal. *Journal of Issues in Nursing* http://www.nursingworld.org/ojin/ethicol/ethics_6.htm
- Simonsen, B., Johansson, I., Daehlin, G., Osvik, L. & Farup, P. (2011). Medication knowledge, certainty, and risk of errors in health care: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 11 (175), 1-9.
- Simpson, L. (2004). Technology and the IOM: making the work environment safer. *Nursing Management*, 35 (2), 20-23.
- Sirriyeh, R., Lawton, R., Gardner, P. & Armitage, G. (2010). *Quality and Safety in Health Care*, 19 (43), 1-8.
- Sousa, C., Moura, M., Santos, A. & Nunes, M. (2009). Responsabilidade civil dos profissionais de enfermagem nos procedimentos invasivos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (5), 717-722.
- Sousa, P. (2006). Patient Safety – A Necessidade de uma Estratégia Nacional. *Acta Medica Portuguesa*, 19, 309-318.

- Sousa, P., Pinto, F., Costa, C., & Uva, A. (2008). Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 57-65.
- Sousa, P., Uva, A., Serranheira, F., Leite, E. & Nunes, C. (2011). *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*. Escola Nacional de saúde Pública-Universidade de Lisboa.
- Sousa, P., Uva, A., Serranheira, F., Pinto, F., Ovretveit, J., Klazinga, N.,... Terris, D. (2009). The patient safety journey in Portugal: challenges and opportunities from a public health perspective. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Número especial dos 25 anos, 91-106.
- Spath, P. (2000). *Error reduction in health care-A systems approach to improving patient safety*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Tabachnik, B. & Fidell, L. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed). USA: Pearson International Editions.
- Teng, C., Chang, S. & Hsu, K. (2009). Emotional stability of nurses: impact on patient safety. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2088-2096.
- Thompson, P., Navarra, M. & Antonson, N., (2005). Patient safety: the four domains of nursing leadership. *Nursing Economics*, 23(6), 331-333.
- Tran, T. & Johnson, M. (2010). Classifying nursing errors in clinical management within an Australian hospital. *International Nursing Review*, 57, 454-462.
- Treiber, L. & Jones, J. (2010). Devastating human: analysis of registered nurses' medication error accounts. *Qualitative Health Research*, 20 (10), 1327-1342.
- Vala, J. (1986). *A análise de conteúdo*. In: Silva, A.; Pinto, J. M. Metodologias das Ciências sociais. Porto: Afrontamento.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação – O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabos.
- White, A., Waterman, A., McCotter, P., Boyle, D. & Gallagher, T. (2008). Supporting health care workers after medical error: considerations for health care leaders. *Journal of science communication*, 15(5), 240-247.
- Weick, K., Sutcliffe, K. & Obstfeld, D. (1999). Organizing for high reliability: processes of collective mindfulness. In Boin, A. (2008), *Crisis Management* (31-66). London: Sage.
- Wiegmann, D. & Shappell, S. (2003). *A human error approach to aviation accident analysis. The human factors analysis and classification system*. England: Ashgate.
- Woodward, S. (2006). Learning and sharing safety lessons to improve patient care. *Nursing Standard*, 20(18), 49-53.
- Wu A., Folkman, S., McPhee, S. & Lo, B. (1991). Do house officers learn from their mistakes? *JAMA*, 265, 2089-2094.
- Wu A., Folkman, S., McPhee, S. & Lo, B. (2003). Do house officers learn from their mistakes? *Quality Safety Care*, 12, 221-228.
- Wu A., Folkman, S., McPhee, S. & Lo, B. (1993). How house officers cope with their mistakes? *Western Journal of medicine*, 159, 565-569.

ANEXOS

ANEXO I

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Estimado Colega

Sou Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e tenho exercido funções de docência nas áreas de Enfermagem e Psicologia.

O presente questionário designado por “Decisões e actos de enfermagem inadequados” insere-se no âmbito de uma pesquisa sobre “Decisões e acções inadequadas, reportadas pelos enfermeiros na sua prática clínica: Processos de lidar e implicações para a mudança”, a realizar com vista à elaboração de uma tese de doutoramento na área de Psicologia Educacional da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Na actualidade, precisa-se de investigação científica em enfermagem para fazer uma análise crítica e reflexiva das práticas e, deste modo, melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes. Assim, com base em melhores práticas, pode-se garantir segurança aos utentes na prestação de cuidados de enfermagem.

Neste sentido, solicito a vossa colaboração para o preenchimento do questionário.

O questionário é anónimo e confidencial, os dados resultantes são tratados, analisados e divulgados de acordo com as regras de investigação científica.

DECISÕES E ACTOS DE ENFERMAGEM INADEQUADOS

(Meurier, C.E.; Vincente, C.A.; Parmar, D.G.1997)

(Como podemos aprender com eles?)

Sabemos que algumas decisões e actos de enfermagem inadequados (muitas vezes sem intenção) são cometidos durante a prestação de cuidados de enfermagem.

Podemos aprender com eles e melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Este estudo destina-se a descobrir decisões e actos de enfermagem inadequados que os/as enfermeiros/as cometem e a identificar a forma mais construtiva de lidar com eles.

Quando falamos de decisões e actos de enfermagem inadequados, referimo-nos

a possíveis erros que podem ser definidos como **decisões, omissões ou actos:**

- pelos quais se sentiu responsável;
- que causaram ou podiam ter causado sofrimento ao doente.
- que tiveram consequências adversas ou potencialmente adversas para o doente.
- que, quando aconteceram, teriam sido ajuizados como errados pelos seus pares.

(Meurier, C.E., et al.,1997)

Tente lembrar-se de um erro que tenha cometido ao cuidar do seu doente desde que é enfermeiro/a:

1. a) Descreva resumidamente o erro no espaço a seguir:

b) Quando aconteceu o erro? [Assinale a resposta que melhor se aplica ao seu caso]

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nos últimos seis meses | <input type="checkbox"/> No último ano |
| <input type="checkbox"/> Nos últimos 2 anos | <input type="checkbox"/> Nos últimos 3 anos |
| <input type="checkbox"/> Nos últimos 4 anos ou mais | |

Circunstâncias do erro:

2. Há quanto tempo era enfermeiro/a quando cometeu o erro:

3. Que idade tinha o doente: [Assinale a resposta que melhor se aplica ao seu caso]

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | menos de 16 anos |
| <input type="checkbox"/> | entre 16 e 64 anos |
| <input type="checkbox"/> | mais de 65 anos |

4. Qual a área de actividade em que aconteceu o erro:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Internamento – Medicina |
| <input type="checkbox"/> | Internamento – Especialidades Cirúrgicas |
| <input type="checkbox"/> | Urgência |
| <input type="checkbox"/> | Cuidados Intensivos |
| <input type="checkbox"/> | Bloco Operatório |
| <input type="checkbox"/> | Ambulatório |
| <input type="checkbox"/> | Outra [Especifique] |

5. Qual era o nível de actividade global (situação de independência, dependência) do doente antes do erro acontecer? [Assinale uma resposta]

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Completa. |
| <input type="checkbox"/> | Ligeiramente comprometida |
| <input type="checkbox"/> | Moderadamente comprometida |
| <input type="checkbox"/> | Gravemente comprometida |

6. Como foi o doente afectado pelo erro? [Assinale uma resposta]

- Nada
 Ligeiramente
 Moderadamente
 Com gravidade
 Com muita gravidade
 Não sei

Causas do erro:

O grupo de perguntas que se segue refere-se às causas do erro observadas

[Para cada item, assinale a resposta que melhor se aplica ao seu caso]

		Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
7. O erro aconteceu porque:					
a.	Não estava familiarizado/a com os procedimentos naquela altura.				
b.	Não supervisionei e a pessoa cometeu o erro.				
c.	Não tinha a informação que deveria saber.				
d.	Decidi demasiado depressa o que fazer.				
e.	Estava distraído/a por ter demasiadas preocupações na vida.				
f.	A supervisão do pessoal mais experiente foi inadequada.				
	Outra causa [Especifique-a]				
8. De que forma as seguintes afirmações descrevem o seu erro.					
a.	Estava desatento				
b.	Tive um lapso de memória.				
c.	Tomei a decisão errada.				
d.	Avaliei mal a situação.				
e.	Não compreendi os sinais de alerta.				
f.	Dei informação incorrecta/inadequada.				
g.	Confiei no parecer de outra pessoa.				
h.	Agi para além das minhas competências.				
	Outra [Especifique-a]				
9. De que forma as seguintes afirmações descrevem o ambiente na enfermaria / serviço aquando do erro.					
a.	O ambiente na enfermaria / serviço era particularmente stressante.				
b.	Havia um sentimento de hostilidade entre o pessoal da enfermaria /serviço.				
c.	O pessoal mais experiente esperava que fizesse o seu trabalho de qualquer maneira.				
d.	“Encurtar caminho” era quase a norma na enfermaria / serviço.				
	Outra [Especifique-a]				

Reacções ao erro:

[Para cada item, assinale a resposta que melhor se aplica ao seu caso]

10. Como resultado do erro:

		<i>Nada</i>	<i>Um pouco</i>	<i>Muito</i>	<i>Muitíssimo</i>
a.	Fiquei zangado/a comigo próprio/a.				
b.	Fiquei zangado/a com outras pessoas.				
c.	Senti-me incompetente.				
d.	Fiquei com medo das repercussões				
e.	Senti-me culpado/a.				

Outra: [Especifique-a] _____

11. Falou com alguém sobre o erro? SIM NÃO

12. Se respondeu SIM à questão anterior, com quem falou? [Assinale todas as respostas que se apliquem ao seu caso]

- Enfermeiro/a mais experiente da Enfermaria
- Enfermeiro/a Chefe
- Um/a dos/as Colegas
- Médico/a
- Outro profissional [Especifique]
- Membro do seu sindicato
- Membro da ordem de enfermagem
- Doente
- Familiar do doente
- Esposo/a ou companheiro/a ou pessoa de relações próximas
- Outro [Especifique]

Lidar com o erro:

13. Quando cometeu o erro, que estratégias usou para lidar com ele:

[Para cada item, assinale a resposta apropriada]

		Não usado	Parcialmente usado	Muito Usado	Muitíssimo usado
a.	Critiquei-me ou censurei-me a mim próprio/a.				
b.	Continuei como se nada tivesse acontecido.				
c.	Tentei guardar as emoções só para mim.				
d.	Aceitei a solidariedade e a compreensão de outra pessoa.				
e.	Tentei esquecer tudo.				
f.	Elaborei um plano de acção e segui-o.				
g.	Não deixei que me afectasse: recusei-me a pensar demasiado nele.				
h.	Pedi conselho a um familiar ou amigo que respeitava.				
i.	Escondi dos outros que as coisas estavam mal.				
j.	Falei com alguém sobre o que estava a sentir.				
k.	Sabia o que tinha de ser feito, por isso redobrei o meu esforço para que as coisas resultassem.				
l.	Tentei impedir que as minhas emoções interferissem demasiado com as outras coisas.				
m.	Desejei que a situação desaparecesse ou que de algum modo passasse.				
n.	Imaginei como as coisas poderiam vir a ser.				

Outras estratégias usadas para lidar com o erro [especifique]:

14. Discussão com a equipa clínica

- a. O erro foi discutido com o pessoal mais experiente? SIM NÃO
- b. Foi aconselhado/a a propósito do erro? SIM NÃO
- c. Foi punido/a pelo erro? SIM NÃO

15. Depois de discutido o erro com a equipa clínica [Assinale todas as respostas que se apliquem ao seu caso]

		Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
a.	Perdi o respeito profissional.				
b.	Senti-me apoiado/a pela forma como o caso foi tratado.				
c.	Senti-me humilhado/a.				
d.	A verdadeira causa do erro não foi abordada.				
e.	A atitude tomada em relação a mim ultrapassou a gravidade do erro.				
f.	Senti que fui usado/a como “bode expiatório”.				

Mudanças no exercício da enfermagem devido ao erro:

Às vezes um erro pode mudar a forma como exerce a sua profissão. Até que ponto as afirmações que se seguem reflectem a forma como reagiu ao erro.

[Para cada item, assinale a resposta que melhor se aplica ao seu caso]

16. Como consequência directa de ter cometido o erro:

		Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
a.	Perguntei a colegas o que eles/as teriam feito numa situação idêntica.				
b.	Presto mais atenção aos pormenores.				
c.	Sinto-me menos confiante no meu trabalho.				
d.	Tento ler com mais cuidado o registo/plano de cuidados do doente.				
e.	Fico mais preocupado/a.				
f.	Confio menos nas capacidades dos outros.				
g.	Tenho mais tendência para pedir conselhos.				
h.	Guardo mais informação sobre os doentes.				
i.	Tenho mais tendência para guardar um erro para mim próprio/a, se for possível.				
j.	Faço mais observações aos doentes.				

k. Fiz outras mudanças no exercício da minha profissão [Especifique]

17. No geral, pensando neste erro, até que ponto diria que ele:

		Nada	Um pouco	Muito	Muitíssimo
a.	Teve um efeito profundo no seu exercício da enfermagem				

Dados demográficos:

18. Sexo: Masculino Feminino

19. Qual é a sua categoria profissional actual? _____

20. Qual era a sua categoria profissional quando aconteceu o erro? _____

21. Qual é a sua habilitação académica actual? _____

22. Agradecemos quaisquer outros comentários/sugestões para a prevenção do erro.
[Utilize o espaço a seguir ou outra folha de papel, se necessário, para escrever os seus comentários/sugestões]

Muito obrigado pela sua colaboração.
Cidalina Abreu

ANEXO II

AUTORIZAÇÃO DO AUTOR PARA A UTILIZAÇÃO DO
INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

CENTRE
for
HEALTHCARE EDUCATION

School of Health
University of
Northampton



University College
NORTHAMPTON

To Cidalina Abreu

You can use the questionnaire
for your study if you find it
appropriate.

with compliments

Dr Clency Murrier

Park Campus
Boughton Green Road
Northampton NN2 7AL

TEL 01604 735500
FAX 01604 791954

WEB SITE
<http://www.northampton.ac.uk>

ANEXO III

TABELAS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

Erros na administração segura de medicação - Preparação

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de registo	Frequências dos indicadores
				Nº
1-Administração segura de medicação <i>“Os enfermeiros administram a dose certa da medicação certa pela via certa no doente certo à hora certa pela razão certa”</i> (Benner, P.; Malloch, K.; Sheets, V. 2010, p. 12)	11-Preparação de medicação	111 Seleção errada do medicamento prescrito	<i>“Troca de medicação— basicamente quando preparava a medicação e dados os rótulos dos fármacos genéricos serem iguais, troquei o medicamento pensando que estaria a preparar o fármaco certo”</i> Planeamento	Q5;Q92;Q137;Q199;Q212; Q238;Q240;Q250;Q296; Q316;Q326;Q339;Q342; Q487;Q489;Q492;Q508; Q539;Q59;Q594;Q620; Q671;Q721;Q729; Q739; Q741;Q782;Q615;Q531; Q102;
		112 Inadequada diluição	<i>“Inadequada diluição de um medicamento por parte de um aluno de enfermagem sob minha supervisão.”</i> Planeamento	Q2;Q13;Q49;Q157;Q179; Q233;Q236;Q318;Q337; Q376;Q419;Q438;Q481; Q486;Q499;Q500;Q521; Q556;Q561;Q610;Q719; Q769;Q794;Q270;Q170; Q198;Q253;Q542;Q555; Q11; Q184;Q322;Q575; Q51;Q60;Q91;Q129;Q331; Q341;Q513;Q538;Q616; Q641;Q688;Q690;Q738; Q797;Q798;Q9;Q17;Q71; Q77;Q106;Q111;Q130; Q141;Q143;Q152;Q195; Q213;Q214;Q287;Q335; Q379;Q381;Q404;Q425; Q449;Q459;Q479;Q484; Q593;Q604;Q616;Q650; Q659;Q668;Q708;Q711; Q712;Q735;
		113 Esquecimento em fazer o cartão para a heparina	<i>“Esqueci-me de fazer 1 cartão para a heparina de baixo peso molecular numa noite, quando o doente em questão foi internado. Ainda se faziam cartões para a medicação.”</i> Planeamento	Q667;
		114 Esquecimento de enviar medicação para domicílio	<i>“Não forneci por lapso medicação anti-emética para o domicílio a um utente.”</i> Planeamento	Q676

Erros na administração segura de medicação - Administração

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de registo	Frequências dos indicadores
				Nº
<p>1- Administração segura de medicação</p> <p>“Os enfermeiros administram a dose certa da medicação certa pela via certa no doente certo à hora certa pela razão certa”</p> <p>(Benner, P.; Malloch, K.; Sheets, V. 2010, p.12).</p>	12 Administração de medicação	121 Administrada fora de prazo	<p>“Administrada a medicação fora de prazo (soro com prazo expirado há 2 meses)”.</p> <p>Planeamento</p>	Q279
		122 Incumprimento de horário	<p>“Administração de antibiótico cefuroxime 750mg às 9h, já tendo sido administrado às 6h. O antibiótico deveria ter sido administrado 14h.”</p> <p>Planeamento</p>	Q87;Q115;Q266;Q276;Q288;Q426;Q446;Q460;Q522;Q566;Q567;Q675;Q679;Q725;Q295;Q309;Q451;Q597;Q691;Q799;Q669;Q35;Q69;Q101;Q138;Q291;Q187;Q256;Q291;Q303;Q640;
		123 Seleção errada do doente	<p>“Trabalhava nos Hospital de santa Maria no serviço de Pediatria e orientava alunos do 3ºano/2º semestre. O serviço funciona por quartos isolados e a aluna levava a medicação num tabuleiro (o método ainda é o dos cartões) e em vez de dar a medicação endovenosa na menina do quarto 3 deu à menina do quarto 2 sem minha supervisão.”</p> <p>Execução</p>	Q1;16;Q18;Q21;Q25;Q28;Q29;30;Q31;Q32;Q34;Q37;Q39;Q52;Q66;Q79;Q82;Q83;Q84;Q96;Q100;Q103;Q107;Q109;Q112;Q119;Q121;Q124;Q127;Q133;Q135;Q139;Q145;Q146;Q150;Q153;Q155;Q172;Q173;Q175;Q180;Q182;Q185;Q189;Q190;Q192;Q193;Q205;Q206;Q209;Q218;Q223;Q228;Q229;Q234;Q241;Q255;Q257;Q258;Q261;Q263;Q274;Q278;Q283;Q298;Q310;Q312;Q340;Q344;Q356;Q362;Q377;Q378;Q380;Q382;Q388;Q390;Q391;Q402;Q406;Q407;Q408;Q411;Q418;Q441;Q445;Q447;Q454;Q463;Q470;Q473;Q476;Q485;Q488;Q496;Q501;Q502;Q514;Q515;Q530;Q544;Q545;Q550;Q552;Q557;Q558;Q559;Q562;Q577;Q578;Q580;Q589;Q618;Q621;Q624;Q628;Q633;Q644;Q646;Q655;Q660;Q662;Q670;Q680;Q699;Q702;Q703;Q709;Q710;Q717;Q720;Q724;Q728;Q736;Q742;Q743;Q746;Q747;Q748;Q749;Q754;Q755;Q756;Q759;Q760;Q763;Q767;Q772;Q774;Q781;Q784;Q790;Q791;Q793;Q795;Q796;Q807;Q3;Q8;Q10;Q14;Q15;Q22;Q24;Q26;Q27;Q59;Q63;Q64;Q73;Q74;Q75;Q78;Q81;Q85;Q86;Q95;Q97;Q116;Q122;Q125;Q126;Q136;Q140;Q151;Q161;Q162;Q164;Q166;Q174;Q178;Q181;Q183;Q194;Q200;Q203;Q210;Q216;Q217;Q224;Q230;Q225;Q226;Q247;Q248;Q249;Q252;Q254;Q265;Q277;Q280;Q281;Q299;Q301;Q306;Q307;Q308;Q317;Q320;Q328;Q329;Q333;Q334;Q347;Q348;Q354;Q361;Q370;Q372;Q374;Q392;Q394;Q396;Q397;Q398;Q399;Q414;Q416;Q421;Q422;Q423;Q424;Q429;Q429;Q430;Q432;Q440;Q442;Q443;Q444;Q453;Q458;Q466;Q467;Q469;Q472;Q480;Q511;Q520;Q525;Q526;Q527;Q529;Q532;Q533;Q534;Q543;Q551;Q554;Q564;Q576;Q581;Q623;Q631;Q632;Q634;Q635;Q638;Q645;Q648;Q649;Q651;Q652;Q654;Q656;Q657;Q658;Q664;Q665;Q666;Q674;Q677;Q692;Q693;Q696;Q697;Q698;Q701;Q707;

		124 Não certificação da via	<p><i>“Administração endovenosa de medicação intramuscular.”</i></p> <p>Execução</p>	<p>Q713;Q718;Q726;Q740;Q751;Q761;Q766;Q776;Q777;Q778;Q783;Q786;Q789;Q804;Q808;Q810;Q812;Q813;Q814;Q4;Q6;Q113;Q114;Q156;Q168;Q202;Q208;Q239;Q262;Q286;Q302;Q365;Q366;Q403;Q427;Q461;Q465;Q569;Q637;Q661;Q715;Q787;Q788;Q160; Q132;Q207;Q389;Q560;Q586;Q629;Q636;Q653;Q745;Q779;Q7;Q20;Q23;Q108;Q118;Q142;Q332;Q346;Q516;</p>
		125 Aplicação da técnica errada na administração por via intramuscular	<p><i>“Administrar um medicamento via intramuscular, ligeiramente fora do local de eleição.”</i></p> <p>Execução</p>	<p>Q483;</p>

Erros de documentação

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de registo	Frequências dos indicadores
				Nº
<p>2-Documentação</p> <p><i>“A documentação em enfermagem providência informação relevante acerca do doente e as medidas implementadas às necessidades dos doentes”</i></p> <p>(Benner, P.; Malloch,K.; Sheets,V.2010,p.12).</p>	21 Registo de enfermagem	211 Não registo de informação	<p><i>“Foi prescrita uma terapêutica (ferro+vitaminas) momentos antes da passagem de turno. Nesse momento estava ocupada a dar entrada a outro doente e, por esquecimento, não fiz a alteração para dar início à introdução de ferro e vitaminas. Já estava em casa há mais ou menos 2 horas quando dei pelo erro e liguei para o serviço a avisar”.</i></p> <p>Planeamento</p>	Q732;Q158;Q313; Q553;Q785;
		212 Não certificação da identidade do doente nos registos	<p><i>“Um doente faleceu numa enfermaria (em que eu era a enfermeira responsável pelo mesmo) e quando fiz os respectivos registos no SAPE, fi-los no doente errado uma vez que havia um outro doente com o nome muito semelhante.”</i></p> <p>Execução</p>	Q117;Q475;Q579; Q685;Q689;
		213 Não transcrição de medicação para a folha terapêutica de enfermagem	<p><i>“Não administração de medicação prescrita (antibiótico) por não ter sido transcrita para a folha terapêutica de Enfermagem. Não fui conferir ao processo a prescrição.”</i></p> <p>Execução</p>	Q134; Q154; Q294;Q355;Q357; Q311;Q385;
		214 Transcrição errada da medicação	<p><i>“Foi prescrito morfina PO 1 comp. em SOS no máximo 4h/4h, e eu transcrevi Morfina 1 comp PO em 4h/4h fixo”.</i></p> <p>Execução</p>	Q159;Q314;Q315;

Intervenção – Técnicas e procedimentos

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de registo	Frequências dos indicadores
				Nº
<p>3-Intervenção - Técnica e procedimentos</p> <p><i>“Os enfermeiros executam adequadas acções de enfermagem”</i></p> <p>(Benner, P.; Malloch,K.; Sheets,V.2010,p.14).</p>	31 Invasivos	311 Falta de coordenação aquando da colaboração na entubação endotraqueal	<p><i>“Má coordenação durante a entubação de um doente (endotraqueal)”.</i></p> <p>Planeamento</p>	Q304;
		312 Desbridamento de tecido necrosado que deu origem a sangramento	<p><i>“Doente escariado, quando se iniciou o desbridamento na região sagrada, este iniciou sangramento, que não cedia à compressão.”</i></p> <p>Execução</p>	Q50;
		313 Retirar dois drenos em vez de um	<p><i>“Retirei os dois drenos, num sistema de lavagem que tinha terminado, sendo a orientação médica de ter que retirar só um”.</i></p> <p>Execução</p>	Q282;
		314 Seleção errada do doente para realização de tricotomia	<p><i>“Fiz a tricotomia a um doente que não ia ser submetido a cirurgia.”</i></p> <p>Execução</p>	Q571;

		<p>315 Realização de inadequada técnica de tricotomia</p> <p><i>“Na preparação pré-operatória de uma jovem com cabelos compridos que ia ser operada ao ouvido. Em vez de amarrar o cabelo no topo da cabeça e fazer a tricotomia da área mais próxima do ouvido, deixei o cabelo pendente e tive de cortar muito mais cabelo do que o necessário, deixando o penteado bastante assimétrico.”</i></p> <p>Execução</p>	Q731;
		<p>316 Solução de continuidade na cabeça do bebé aquando da episiotomia</p> <p><i>“Aquando da episiotomia, fiz uma pequena solução de continuidade no couro cabeludo do bebé.”</i></p> <p>Execução</p>	Q44;
		<p>317 Execução de tratamento à ferida de forma inadequada</p> <p><i>“Consciente de que esta é uma profissão de grande responsabilidade mas ao mesmo tempo de muito valor, muitas vezes o stresse do dia-a-dia, a lotação dos serviços e a escassez de recursos podem tornar mais exigentes o empenho e concentração dos profissionais e por vezes os esquecimentos podem ser existentes. Recordo aqui uma situação de um acto que executei logo no início da minha prática pelo qual senti responsabilidade pois executei um penso a um doente que ficou mais volumoso e interferiu nas suas limitações tendo mesmo de regressar ao serviço com os seus meios e custos para que pudesse fazer um novo penso”.</i></p> <p>Execução</p>	Q259;Q704;Q803 Q510;Q753;
		<p>318 Punção de fistula que deu origem a hematoma</p> <p><i>“Punção de fistulas difíceis seguida de hematoma.”</i></p> <p>Execução</p>	Q36;

		319 Prática incorrecta de colheita de sangue	<p><i>“Criança de 3 anos que recorreu ao S. Urgência por convulsão. Foi puncionada veia periférica no dorso da mão para colheitas sangue e colocação soroterapia. Dado que o sangue colhido era insuficiente para as análises pedidas e a veia estava permeável foi colocado soro em curso e sangue no tubo bioquímica, já ligeiramente hemolisado. De imediato, coloquei o garrote no antebraço e puncionei para colher sangue para hemograma. (LOL) No mesmo momento estranhámos, olhámos umas para as outras (estava com 2 colegas) mas não foi feito o click! Apanhei a mesma veia... Conclusão: os resultados das análises estavam alterados”.</i></p> <p>Execução</p>	Q504;Q269;Q231; Q273;Q519;Q681; Q800;Q805;
		3110 Colocação inadequada de cateter venoso periférico	<p><i>“Puncionei o doente no local da cirurgia. A doente iria ser operada a um quisto sinovial nessa mesma mão”.</i></p> <p>Execução</p>	Q413;Q722;Q450; Q471;Q572;Q478;
		3111 Punção de implanto fix com butterfly	<p><i>“Puncionei um implanto fix com uma butterfly comum.”</i></p> <p>Execução</p>	Q643;
		3112 Utilização de uma tesoura que acabou por cortar a linha de diálise	<p><i>“Quando me preparava para substituir uma linha durante uma sessão de diálise visto este estar com coágulos, em vez de utilizar uma pinça para impedir a passagem do sangue, utilizei uma tesoura que trazia no bolso juntamente com a pinça e cortei a respectiva linha.”</i></p> <p>Execução</p>	Q626;
		3113 Retirar adesivo rapidamente e a pele veio junto com o adesivo	<p><i>“Ao retirar um adesivo demasiadamente rápido, a pele do doente veio junto com o adesivo, provocando uma ferida no dorso da mão do doente”.</i></p> <p>Execução</p>	Q512;

		3114 Retirada a agulha de Huber sem fazer previamente heparinização	<p><i>“Após a administração de terapêutica em cateter venoso subcutâneo, removi a agulha de Huber sem fazer previamente a devida heparinização.”</i></p> <p>Execução</p>	Q518;
		3115 Puxar e cortar a sonda vesical	<p><i>“Era dia de trocar uma sonda vesical (homem). Ao começar a tratar do doente apercebi-me de que tinha evacuado e estava “todo” sujo. Resolvi desalgaliar, prestar cuidados de higiene e algaliar só depois. Em vez de retirar a água da sonda vesical, limpei-a junto à uretra, puxei ligeiramente e cortei-a, quando larguei a sonda (fiz tipo elástico) e entrou no pênis.”</i></p> <p>Execução</p>	Q 94;

Erros de Intervenção - Técnica e procedimentos

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de registo	Frequências dos indicadores
				Nº
3-Intervenção – Técnica e procedimentos <i>“Os enfermeiros executam adequadas acções de enfermagem”</i> (Benner, P.; Malloch,K.; Sheets,V.2010,p.14).	32 Não- Invasivos	321 Não avaliação de sinais vitais	<i>“Utente no início do turno hipertenso, administrado anti-hipertensor e no final do turno não foi reavaliada tensão arterial.”</i> Planeamento	Q232;Q235;Q537; Q601;Q613;Q612; Q734;Q386;
		322 Esquecimento de preparação para cirurgia tendo ficado o doente em jejum	<i>“Esqueci-me de preparar um doente para uma cirurgia e que a mesma foi adiada, tendo o doente passado por uma noite em jejum.”</i> (Planeamento)	Q528;
		323 Execução de técnica de ligaduras que originou edema	<i>“Tracção cutânea -# membro inferior. A ligadura ficou demasiada apertada, acentuou edema do membro”</i> Execução	Q46;Q603;
		334 Tracção cutânea do membro inferior contrário	<i>“Colocação de uma tracção cutânea no membro inferior contrário”.</i> Execução	Q176;
		325 Dilatação do olho contrário	<i>“Dilatei o olho errado a um doente que iria ser submetido a cataratas”</i> Execução	Q435;Q673;
		326 Abertura incorreta de gesso braquialmar	<i>“Abertura incorrecta de um aparelho gessado (gesso braquialmar), doente com fratura dos ossos do antebraço”.</i> Execução	Q267;Q272;
		327 Enfermeira circulante deu para a mesa material diferente	<i>“Sou enfermeira de Bloco Operatório e um dia, em vez de dar um fio com agulha redonda para suturar órgãos internos, dei um fio com agulha lanceolada.”</i> Execução	Q285;Q367;Q809;

Erros de Intervenção - Técnica e procedimentos

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de registo	Frequências dos indicadores
				Nº
3-Intervenção – Técnica e procedimentos <i>“Os enfermeiros executam adequadas acções de enfermagem”</i> (Benner, P.; Malloch,K.; Sheets,V.2010,p.14).	33 Mobilidade	331 Posicionamento incorrecto do doente	<i>“Ausência de almofada no posicionamento do doente submetido a PTA quando posicionado em decúbito lateral”</i> Execução.	Q251;Q401;Q497; Q619;Q540;
		332 Imobilização incorrecta que causou queimadura por fricção	<i>“Má imobilização do doente causou queimadura de fricção”</i> Execução	Q40
		333 Não colocação de meias elásticas após levante do doente	<i>“Realização de 1º levante num doente com AVC por lapso não coloquei meias elásticas.”</i> Execução	Q536;Q431
		334 Omitiu ensino ao doente	<i>“Ao fazer o 1º levante a um doente que foi submetido a uma cirurgia: Prótese Total da Anca. Não dei ao doente as instruções correctas para um levante correcto. Havia o risco de luxação da prótese da anca...”</i> Execução	Q452

Erros de Intervenção - Comunicação

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de registo	Frequências dos indicadores
				Nº
4-Intervenção-comunicação <i>“Os enfermeiros executam adequadas acções de enfermagem”</i> (Benner, P.; Malloch,K.; Sheets,V.2010,p.14).	41 Comunicação terapêutica	411 Falha na escuta activa	<i>“Não dar atenção devida ao doente no momento em que ele tentava desabafar sobre a sua vida.”</i> Execução	Q41; Q123;Q188; Q595;
	42 Comunicação funcional	421 Comunicação com a família Não comunicar com a família de um doente em fase terminal	<i>“Devido ao facto de estar numa fase de grande sobrecarga de horários no serviço, com vários turnos extraordinários e com as características próprias de um S. Urgência, não “tive tempo” para falar com a família e dar o apoio necessário de uma doente em estadio terminal devido a uma doença oncológica. A doente faleceu pouco tempo depois sem que a família conseguisse despedir-se dela. Foi um acto pelo qual me responsabilizei durante muito tempo”.</i> Planeamento	Q352;Q587;Q148 Q506;
		422 Comunicação com o doente Responder inadequadamente ao doente	<i>“Responder inadequadamente à doente pensando que seria outra doente com outro tipo de patologia criando deste modo instabilidade na doente.”</i> Execução	Q47;Q243;Q448; Q219;Q359;Q204; Q300;Q338;Q120; Q167;Q171;Q494; Q227;Q541;Q19; Q491;Q582;
		423 Comunicação com a equipa Omissão de informação na passagem de turno	<i>“ (...) Era um doente já com vários antecedentes patológicos desde insuficiência renal + diabetes descompensada (já amputado), que no internamento tinha demonstrado vários valores de glicémia descontrolados (hipo/hiperglicémia) – facto para a qual não fui alertada na passagem de turno e que só ficaria a conhecer depois através da sua médica responsável (...)”.</i> Execução	Q98;Q383; Q535;Q627;

Erros de Intervenção - Comunicação

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de registo	Frequências dos indicadores
				Nº
<p>Intervenção</p> <p><i>“Os enfermeiros executam adequadas acções de enfermagem”</i></p> <p>(Benner, P.; Malloch,K.; Sheets,V.2010,p.14).</p>		<p>424</p> <p>Contactar agência de viagens em vez de agência funerária</p>	<p><i>“Ao dar a informação telefonicamente de um óbito, informei o familiar que deveria contactar uma agência de viagens (em vez de agência funerária) erro este que foi prontamente corrigido ao me aperceber do que tinha dito.”</i></p> <p>Execução</p>	<p>Q99;</p>

Erros de Intervenção - Alimentação

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de registo	Frequências dos indicadores
				Nº
<p>5-Intervenção- Alimentação</p> <p><i>“Os enfermeiros executam adequadas acções de enfermagem”</i></p> <p>(Benner, P.; Malloch,K.; Sheets,V.2010,p.14).</p>	51 Alimentação Entérica	511 Não certificação da identidade do doente na distribuição da dieta	<p><i>“Troca de dieta de utentes.”</i></p> <p>Planeamento</p>	Q583;
		512 Esquecimento de alimentar por gavagem	<p><i>“Num doente com sonda nasogástrica, esqueci-me de alimentá-lo ao almoço.”</i></p> <p>Planeamento</p>	Q144;Q573;
		513 Seleção errada do alimento	<p><i>“Na preparação de um leite para um bebé prematuro, preparei um leite hipoalérgico em vez de leite para prematuros.”</i></p> <p>Planeamento</p>	Q780;Q55; Q417;
		514 Insistir com a doente para jantar quando já tinha jantado	<p><i>“Aquando a realização do segundo turno nos Cuidados Continuados, à hora de dar os jantares aos diversos doentes, por ainda não conhecer bem os doentes pelos respectivos nomes, após a auxiliar dar o jantar a uma das doentes, eu insisti novamente com a mesma doente para jantar novamente, embora esta referisse que não tinha fome, mas não referiu que já tinha comido.”</i></p> <p>Planeamento</p>	Q565;

		515 Insistir na alimentação oral causando insuficiência respiratória	“Ao alimentar um doente sonolento e pouco reactivo, insisti na alimentação oral e o doente apresentou de seguida um quadro de insuficiência respiratória.” Execução	Q62;
		516 Doente deveria estar em pausa alimentar	“Administrei uma dieta líquida a um doente que tinha indicação para estar em pausa alimentar”. Execução	Q292;Q727; Q737;Q609; Q764;
		517 Alimentação entérica colocada no local de drenagem abdominal errado	“Doente pós-operatório imediato, recém-chegado do Bloco operatório, com dois “drenos” abdominais um que tinha por objectivo drenagem abdominal e outro que muito idêntico na constituição iria funcionar como jejunostomia. Por não haver identificação precisa de qual era a jejunostomia e o dreno em si, a alimentação entérica foi colocada erradamente no local de drenagem abdominal.” Execução	Q305;
		518 Trajecto errado na colocação da sonda naso-gástrica	“Entubação naso-gástrica com trajecto para a árvore brônquica”. Execução	Q364;Q770;
	52 Alimentação parentérica	521 Elevada velocidade de perfusão	“Perfusão de alimentação muito rápida a bomba perfusora não deu alarme.” Execução	Q54;

Erros de Intervenção - Respiração

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de registo	Frequências dos indicadores
				Nº
<p>6-Intervenção-Respiração</p> <p><i>“Os enfermeiros executam adequadas acções de enfermagem”</i></p> <p>(Benner, P.; Malloch,K.; Sheets,V.2010,p.14).</p>	61 Aspiração de secreções	611 Por esquecimento ou por falta de tempo não aspirou as secreções	<p><i>“Erro – quando prometo prestar um cuidado a um doente e acabo por não o fazer, porque me esqueci, ou não tive tempo. Num doente traqueostomizado (a quem já tinha limpo a canula), prometi ir novamente limpar porque estava novamente cheio de secreções, dificultava-lhe a respiração e acabei por não o fazer em tempo certo.”</i></p> <p>Planeamento</p>	Q72;
	62 Mudança de drenagem do frasco torácico	621 Não colocou a tubuladura partindo do princípio que os novos frascos de drenagem torácica não precisavam	<p><i>“Um doente tinha um dreno torácico em drenagem, foi no turno da tarde o frasco estava cheio, houve necessidade de mudança do frasco, era a primeira vez que iria usar frascos descartáveis, não tendo encontrado no serviço a tubuladura correspondente foi trocado o frasco sem a tubuladura, partindo do princípio que os novos frascos não necessitavam embora estivesse bastante habituada a trocar frascos de drenagem e achar estranho o “novo funcionamento”, nesse turno eu seria a pessoa com mais anos de experiência.”</i>Execução</p>	Q147;

	63 Administração de O ₂	631 Colocação de sonda de oxigénio ao tubo endotraqueal sem conector	<p><i>“Uma idosa teve uma paragem cardio-respiratória. Foi entubada com tubo orotraqueal e efetuadas manobras de reanimação. No serviço é regra após manobras e necessidade de suporte de O₂ colocar-se tubo de oxigénio conectado a sonda nasal e introduzir-se esta dentro do tubo OT. Como a mim me parecia que o mesmo fixado à sonda de oxigénio poderia cair coloquei uma conexão entre o tubo de O₂ e tubo OT e rapidamente verifiquei que a expiração não se efectuava normalmente devido à observação da caixa torácica. Acabei por colocar a sonda de oxigénio ligada ao tubo OT em virtude de não existir outra conexão no serviço para o efeito”.</i></p> <p>Execução</p>	Q468;Q128; Q495;
--	---------------------------------------	---	--	---------------------

Erros de Intervenção - Eliminação

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de registo	Frequências dos indicadores
				Nº
7-Intervenção eliminação vesical <i>“Os enfermeiros executam adequadas acções de enfermagem”</i> (Benner, P.; Malloch,K.; Sheets,V.2010,p.14).	71 Algáliação	711 Esquecimento de algaliar o doente	<i>“Esquecimento em realgaliar o doente na data prevista”.</i> Planeamento	Q 244;Q245;
		712 Desvio do trajecto normal que causou ruptura uretral	<i>“Ao algaliar um senhor, causei um desvio do “trajecto normal” com a sonda vesical. Provoquei uma ruptura uretral. Causa – patologia (HBP) e tamanho da sonda inadequado.”</i> Execução	Q368;
	72 Lavagem vesical	721 Lavagem vesical inadequada	<i>“Erro ao realizar lavagem vesical a doente submetido a prostatectomia radical.”</i> Execução	Q524;
	73 Avaliação da Diurese	731 Não avaliação da diurese	<i>Doente com diurese, não foi avaliado o débito urinário do turno”.</i> Execução	Q293;
8-Intervenção eliminação intestinal	81 Enema de limpeza	811 Limpeza por colostomia com sonda rígida provocou perfuração intestinal	<i>“Execução de um enema de limpeza por colostomia efetuado com sonda de rigidez considerável que provocou perfuração intestinal”</i> Execução	Q290;
		812 Seleccção errada do doente para enema de limpeza	<i>“Por lapso não foi efetuado um enema de limpeza ao doente errado”</i> Execução	Q53;Q105;

Erros de prevenção – Avaliação do risco

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de registo	Frequências dos indicadores
				Nº
<p>9- Prevenção</p> <p>“Os enfermeiros normalmente seguem medidas preventivas de risco, perigo ou complicações devido à doença ou hospitalização. Isto inclui precauções de quedas, prevenção de perigos de imobilização, contracturas, estase pulmonar, (...)”</p> <p>(Benner, P.; Malloch,K.; Sheets,V.2010,p.14).</p>	91 Avaliação do risco	911 Queda	<p>“Um doente agitado, pareceu calmo e não imobilizei ao leito e acabou por ter uma queda, sem consequências aparentes.”</p> <p>Avaliação</p>	Q38;Q163, Q186;Q350; Q375;Q439; Q505;Q547; Q611; Q622; Q750;Q773;
		912 Agressão	<p>“Aproximação excessiva de doente psicótico em crise sem salvaguardar a nossa segurança, que resultou em agressão.”</p> <p>Avaliação</p>	Q48;
		913 Úlcera de Pressão	<p>“Deixar um doente muito tempo sentado na cadeira de rodas, tendo provocado úlcera de grau II na região sacrococcígea.”</p> <p>Avaliação</p>	Q546;Q598;
		914 Dor	<p>“Obrigar a fazer levantes quando as queixas são bastantes e não são valorizadas.”</p> <p>Avaliação</p>	Q61;Q177; Q456;Q606;
		915 Trilhar o dedo	<p>“Quando baixava a cabeceira de uma cama não me certifiquei da posição dos membros da utente e esta ficou com um dedo trilhado.”</p> <p>Avaliação</p>	Q70;
		916 Ferida extensa	<p>“Tive” um doente internado no serviço durante bastante tempo, com uma bota gessada, quando o doente ia ter “alta” transferido para outro Hospital devido a problema de base “principal”, foi aberta a bota gessada e “encontramos” uma ferida extensa e pensei como é possível: - simples o doente era paraplégico, logo não tinha sensibilidade. A sua transferência foi adiada e o seu tratamento no Hospital referenciado para o seu tratamento foi adiado.”</p> <p>Avaliação</p>	Q88;

		917 Depressão respiratória	<p><i>“A situação que vou descrever baseia-se numa prescrição de morfina EV a uma doente que estava em fase terminal. Após a confirmação da dose e do medicamento com o médico eu administrei um pouco a medo, mesmo assim a administração provocou depressão do sistema respiratório e a doente fez paragem e como estava em fase terminal o médico não avançou para RCP. No entanto eu senti-me culpada pela morte desta doente”.</i></p> <p>Avaliação</p>	Q131;
		918 Lesão na transferência do doente	<p><i>“Na transferência de um doente do cadeirão para a cama, doente dependente em grau elevado na transferência e não colaborante, bateu com a perna na grade da cama do que resultou uma lesão tendo havido necessidade de realizar um penso.</i></p> <p>Avaliação</p>	Q630;Q672;
		919 Glicemia capilar	<p><i>“Erro na avaliação da glicémia capilar de um doente devido ao facto do código da máquina não estar em conformidade com o código das fitas”.</i></p> <p>Planeamento</p>	Q384;Q197; Q482;Q462; Q599; Q757;
		9110 Infecção	<p><i>“Preparava-me para administrar um medicamento por via IM. Inadvertidamente, a agulha tocou ao de leve na minha bata, no entanto acabei por utilizar a agulha.”</i></p> <p>Execução</p>	Q89;Q410; Q517;Q585;

Erros na interpretação de ordens prescritas por outros

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de registo	Frequências dos indicadores
				Nº
<p>10-Interpretação de ordens prescritas por outros</p> <p><i>“Os enfermeiros interpretam e traduzem em acções prescrições providenciadas por outros”.</i></p> <p>(Benner, P.; Malloch,K.; Sheets,V.2010,p.14).</p>	101 Prescrição médica	1011 Leitura errada por grafia ambígua	<i>“No início do desempenho das minhas funções profissionais, cometi um erro ao confundir “CP” (comprimido) com “Gr” (Gramas). Nessa altura as prescrições médicas eram escritas e não percebi a caligrafia do médico.”</i> Planeamento	Q33; Q12;
		1012 Não certificação da prescrição	<i>“Prescrita alimentação líquida e foi pedida alimentação ligeira.”</i> Planeamento	Q65;Q400; Q549;
		1013 Medicação administrada não prescrita	<i>“A administração de uma terapêutica não prescrita pelo médico para ajudar a resolver a situação do doente.”</i> Execução	Q330;Q324; Q353;Q363; Q405;Q428; Q490;Q503; Q596;Q605; Q639;Q744;
		1014 Execução de uma prescrição errada	<i>“Quando trabalhei em centro de saúde, ao receber um doente no SAP, politraumatizado, por indicação médica, não despimos o casaco de motard ao doente por “ser caro demais”. Na altura era recém formado pelo que acatei a ordem, considero hoje à distância um erro grave.”</i> Execução	Q319;
		1015 Execução de levante do doente sem prescrição	<i>“Levantar um doente sem indicação médica”</i> Execução	Q683;Q684;

Erros de Atenção/Vigilância

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de registo	Frequências dos indicadores
				Nº
11-Atenção/Vigilância <i>“Os enfermeiros monitorizam o que acontece com o doente e equipa. O enfermeiro observa as condições clínicas dos doentes; se o enfermeiro não observou o doente, então ele não consegue identificar as alterações quando elas ocorrem e/ou fazer discernimentos com base em conhecimento e tomar de decisões acerca da situação do doente”.</i> (Benner, P.; Malloch,K.; Sheets,V.2010,p.12).	111 Observação do doente	1111 Falta de vigilância	<i>“Falta de vigilância, na altura da refeição. Doente que ia fazer exame TAC ingeriu dieta indevidamente por falta de informação ao doente e vigilância na hora da refeição. Doente não fez o exame nesse dia, teve de ser remarcado.”</i> Planeamento	Q110;Q275; Q289;Q336; Q343;Q345; Q371;Q436;
		1112 Falta de atenção	<i>“Deixar ir para o domicílio um doente com uma bomba perfusora de 2 dias com o clamp fechado.”</i> Execução	Q211;Q215; Q323;Q437; Q617;Q360; Q752;Q393; Q323;

Erros de Juízo Clínico

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de registo	Frequências dos indicadores
				Nº
12- Juízo Clínico <i>“Os enfermeiros interpretam sinais e sintomas, e respostas às terapias. Os enfermeiros avaliam as alterações relevantes de sinais e sintomas dos doentes e asseguram que os cuidados providenciados são administrados e ajustados ao doente. Todos os cuidados de enfermagem requerem um juízo clínico, mas por razões de captura de erros relacionados com o juízo clínico, este trabalho limita a definição de erro associado ao raciocínio clínico para aqueles eventos relacionados com inadequadas terapias, terapias ajustadas e ações terapêuticas baseadas nas respostas dos doentes a essas terapias. Pretende-se evidenciar o aumento da importância das alterações e do ajustamento das terapias de enfermagem baseadas nas respostas dos doentes”.</i> (Benner, P.; Malloch,K.; Sheets,V.2010,p.12).	121 Avaliação das necessidades de intervenção	1211 Avaliação errada das necessidades do doente	<i>“Avaliação de sintomatologia e das ações de enfermagem a executar ao doente de forma errada por má avaliação das necessidades”</i> Avaliação	Q169;Q221; Q268;Q297; Q327;Q420; Q433;Q455 Q464;Q474; Q498;Q507; Q563;Q570; Q600;Q614; Q625;Q642; Q694;Q716; Q733;Q802;
		1212 Não respeitar os tempos do doente	<i>“Não respeitar os “tempos” do doente, nomeadamente na alimentação e cuidados de higiene.”</i> Execução	Q321;Q325;

Erros de responsabilidade profissional/Advocacia do doente - Ética do cuidar

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de registo	Frequências dos indicadores
				Nº
<p>13</p> <p>Responsabilidade profissional/Advocacia do doente – Ética da cuidar</p> <p><i>“O enfermeiro demonstra responsabilidade e compreende a relação enfermeiro-doente. A advocacia refere-se à expectativa de que o enfermeiro actua na responsabilidade de proteger a vulnerabilidade doente/família e em verificar (em defesa do doente) se as suas necessidades ou preocupações são abordadas”.</i></p> <p>(Benner e tal.,2006 citada por Benner, P.; Malloch,K.; Sheets,V.2010,p.14).</p>	131 Princípio ético da autonomia	1311 Muito renitente	<p><i>“Atualmente penso que fui muito renitente em não dar um biberão a uma mãe para alimentar uma criança, pois quis que a dita criança fosse alimentada ao seio.”</i></p> <p>Avaliação</p>	Q42;
	132 Princípio ético da beneficência/ não maleficência	1321 Falta de privacidade	<p>“Falta de privacidade do espaço do doente”</p> <p>Planeamento</p>	Q165;Q509; Q686;
		1322 Colocou em causa a longevidade do doente	<p><i>“Disse a um doente que se não mudasse os seus hábitos de vida não iria viver muito tempo, mais exactamente (4 anos). Passado cerca de 5 anos o doente encontrou-me e disse-me que me tinha enganado pois ainda estava vivo. (Não referi se tinha mudado o seu estilo de vida. Referiu-me ainda “ainda bem que se enganou””.</i></p> <p>Planeamento</p>	Q191;
		1323 Revelação do diagnóstico	<p><i>“O doente pediu que revelasse o seu diagnóstico e eu acedi”</i></p> <p>Planeamento</p>	Q90; Q409;
		1324 Não preparação do familiar para receber uma má notícia	<p><i>“Ao informar via telefone um familiar sobre a morte de ente querido não ter preparado adequadamente a pessoa para tal, não me certificando que não estava só e ficar com a sensação que desmaiou com a emoção.”</i></p> <p>Planeamento</p>	Q415;

		1325 Dar informações por telefone sem consentimento do doente	<p><i>“Por telefone fui abordada por alguém que diz ser irmã do doente e que queria saber a que o doente iria ser operado. Inicialmente recusei dar esse tipo de informação, mas após alguma insistência acabei por dar a informação pretendida. Tratava-se de um jovem adulto que iria ser submetido a circuncisão e que em conversa com ele e após ter dado a informação, fiquei a perceber que ele não queria que mais ninguém soubesse”.</i></p> <p>Execução</p>	Q523;
		1326 Comentário inadequado acerca do doente	<p><i>“Fiz um comentário inadequado acerca do doente.”</i></p> <p>Execução</p>	Q548;
		1327 Falar da vida particular do enfermeiro nos cuidados de higiene	<p><i>“Prestar cuidados de higiene a um utente acamado e estar a falar da nossa vida particular.”</i></p> <p>Execução</p>	Q76; Q93; Q149 Q369; Q457;

Erros de responsabilidade profissional/Advocacia do doente – Outros assuntos

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de registo	Frequências dos indicadores
				Nº
14-Responsabilidade profissional/Advocacia do doente – Outros assuntos <i>“O enfermeiro demonstra responsabilidade e compreende a relação enfermeiro-doente. A advocacia refere-se à expectativa de que o enfermeiro actua na responsabilidade de proteger a vulnerabilidade doente/família e em verificar (em defesa do doente) se as suas necessidades ou preocupações são abordadas”.</i> (Benner e tal.,2006 citada por Benner, P.; Malloch,K.; Sheets,V.2010,p.14).	141 Certificação da identidade do doente	1411 Seleção errada do nome doente	<i>“Início de uma conversa telefónica com um familiar que o doente não era o mesmo. Tinha o mesmo nome e foi-me passado o telefone a dizer que era o outro utente, eu não confirmei nome. No início da conversa por telefone, apercebi-me que não estávamos a falar da mesma pessoa, pedi desculpa e rectifiquei o erro.”</i> Planeamento	Q260;Q222; Q574;Q592; Q678;Q687; Q705;Q706; Q723;Q762; Q775;
		1412 Unidade de sangue desperdiçada por não certificação da identidade noutro serviço	<i>“Foi desperdiçada uma unidade de sangue que pertencia a outro serviço (c. externa) mas que se encontrava junto dos sangues do serviço de cirurgia. Como o nome da respectiva da unidade de sangue não pertencia a nenhum doente da cirurgia, pensei que pertencia a um doente que já tivesse alta”.</i> Planeamento	Q68;
		1413 Seleção errada do doente para exames complementares de diagnóstico	<i>“Após a passagem de turno, registei os exames complementares de vários doentes e em seguida fui explicar a um deles os exames complementares, endoscopia e colonoscopia que ele teria de fazer, sem ter confirmado o nome. Acontece que esses exames não eram para ele mas sim para outro doente e, até se perceber que eu havia errado na pessoa a quem se destinava a informação, porque ele insistia que os exames não podiam ser para ele, houve momentos de grande ansiedade”.</i> Planeamento	Q80;Q395;

Erros de responsabilidade profissional/Advocacia do doente – Outros assuntos

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de registo	Frequências dos indicadores
				Nº
Responsabilidade profissional/Advocacia do doente – Outros assuntos <i>“O enfermeiro demonstra responsabilidade e compreende a relação enfermeiro-doente. A advocacia refere-se à expectativa de que o enfermeiro actua na responsabilidade de proteger a vulnerabilidade doente/família e em verificar (em defesa do doente) se as suas necessidades ou preocupações são abordadas”.</i> (Benner e tal.,2006 citada por Benner, P.; Malloch,K.; Sheets,V.2010,p.14).		1414 Não certificação da identidade do doente	<i>“Desalgaliei doente, não sendo essa a prescrição. Doente fez retenção, sendo realgaliado.”</i> Planeamento	Q373;
		1415 Não certificação da identidade do doente antes de telefonar ao filho	<i>“Contactei telefonicamente a um filho de uma doente internada no serviço por engano, dizendo que a sua mãe tinha alta, quando não se tratava dessa doente mas sim a que se encontrava na cama ao lado.”</i> Planeamento	Q568;
		1416 Não certificação da identidade dos doentes nos processos clínicos	<i>“O erro não sei se foi apenas meu, mas considero que foi algo grave. Um dia, ainda recém- formada no serviço onde exercia funções encontrava-se muito complicado e apenas estávamos 2 enfermeiras mais ou menos com o mesmo tempo de serviço. Foram internados 2 doentes do mesmo sexo, afásicos, cada um ficou para cada uma das enfermeiras. O que aconteceu foi que, não sabemos como, ouve uma troca de processos que foi descoberta apenas no dia seguinte quando a família viu o nome do doente.”</i> Planeamento	Q590;
		1417 Identificação errada do cadáver	<i>“Troca de identificação de cadáver. O corpo foi enviado com a identificação de um doente vivo. Não causou qualquer dano ao doente em si, mas um constrangimento/dano psicológico à família da pessoa em causa”.</i> Execução	Q43; Q246;

Erros de responsabilidade profissional/Advocacia do doente – Outros assuntos

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de registo	Frequências dos indicadores
				Nº
<p>Responsabilidade profissional/Advocacia do doente – Outros assuntos</p> <p><i>“O enfermeiro demonstra responsabilidade e compreende a relação enfermeiro-doente. A advocacia refere-se à expectativa de que o enfermeiro actua na responsabilidade de proteger a vulnerabilidade doente/família e em verificar (em defesa do doente) se as suas necessidades ou preocupações são abordadas”.</i></p> <p>(Benner e tal.,2006 citada por Benner, P.; Malloch,K.; Sheets,V.2010,p.14).</p>		1418 Errada identificação do doente	“Troca de identificação de um doente” Execução	Q271;Q284; Q607;Q608;
		1419 Seleção errada da cama do doente	“Transferência do doente do recobro para a cama da enfermaria troquei a cama do doente” Execução	Q67;Q351; Q387;
	142 Cumprimento de horário	1421 Doente não foi no tempo devido para o exame	“Lapso no envio de doente para exame, em questão de horário” Planeamento	Q237;
	143 Verificação do material cirúrgico antes da cirurgia	1431 Antes da cirurgia não verificou a falta da pinça de Magill no material cirúrgico	“Não verifiquei antes do início da intervenção cirúrgica se tinha disponível a pinça de Magill.” Planeamento	Q811;
	144 Agendamento de próxima consulta ou tratamento	1441 Não certificação se a doente tinha outra consulta ou tratamento	“Encontrava-me a prestar cuidados na sala de tratamentos e no final, na altura em que estava a efectuar o agendamento para o próximo tratamento, por lapso não questioneei a utente se já tinha alguma consulta ou tratamento marcado para a instituição. Por este motivo a utente na mesma semana teve de se deslocar duas vezes à mesma instituição”. Planeamento	Q220;
	145 Verificação da integridade do material	1451 Reaproveitamento de uma ponta de bisturi eléctrico que não estava íntegro e que resultou em queimadura	“Devido ao reaproveitamento de uma ponta de bisturi eléctrico que não se verificou correctamente da sua integridade, fez uma pequena ferida, “queimadura” num utente” Planeamento	Q349;

Erros de responsabilidade profissional/Advocacia do doente – Outros assuntos

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de registo	Frequências dos indicadores
				Nº
Responsabilidade profissional/Advocacia do doente – Outros assuntos <i>“O enfermeiro demonstra responsabilidade e compreende a relação enfermeiro-doente. A advocacia refere-se à expectativa de que o enfermeiro actua na responsabilidade de proteger a vulnerabilidade doente/família e em verificar (em defesa do doente) se as suas necessidades ou preocupações são abordadas”.</i> (Benner e tal.,2006 citada por Benner, P.; Malloch,K.; Sheets,V.2010,p.14).	146 Supervisão das tarefas quando delegadas	1461 Não supervisão do trabalho da auxiliar	<i>“Turno muito complicado: muitos doentes e poucos enfermeiros. Decidi que o doente iria para o internamento apenas acompanhado pela auxiliar e sem enfermeiro (devido à sobrecarga de trabalho). O doente esteve sempre em maca por ter situação clínica complexa. A auxiliar sem me dar conhecimento nem perguntar sentou o doente e levou-o em cadeira de rodas. O erro passou pela supervisão do trabalho da auxiliar.”</i> Planeamento	Q493;
	147 Confirmar o material quando há interdependência de funções	1471 Não confirmou um implante que o colega lhe deu	<i>“Não confirmei um implante que o colega me deu, o implante não era o correcto. Tivemos de o retirar e colocar o correcto.”</i> Planeamento	Q815;
	148 Colher informações do processo clínico do doente	1481 Não verificou o processo clínico	<i>“Eu era enfermeira responsável de uma utente que ia ao bloco operatório realizar uma laqueação tubar no dia fui levar a utente ao bloco sem verificar o resultado do teste de gravidez. No final da cirurgia apercebi-me que o teste de gravidez era positivo”.</i> Planeamento	Q602;

	149 Solicitar a colaboração do médico	1491 Esquecimento de informar o médico que a doente não tinha acessos venosos	<p>“Tinha regressado de férias nesse dia, fiquei responsável por 5 doentes no serviço de medicina, em que uma delas não tinha acesso (enfermaria ??? da passagem de turno) a doente tinha em bomba infusora, soro com KCl que perfundia, Nessa manhã nem vi o médico responsável pelo doente e com o restante trabalho, nunca mais me lembrei dessa informação. Desta forma, a colega da tarde é que teve de comunicar à médica de urgência para a colocação de cateter central”.</p> <p>Planeamento</p>	Q792;
	1410 Identificação do material do doente	14101 Não identificação da prótese dentária do doente	<p>“Coloquei uma prótese dentária num copo de plástico normal, embrulhada num guardanapo de papel, não identificado o que implicou alguém o ter deitado fora sem má intenção. A prótese pertencia ao doente intervencionado, que se encontrava numa unidade de cuidados intensivos cardiotorácica”.</p> <p>Execução</p>	Q412;
	1411 Advogado do doente	14111 Não se impôs perante a acção do médico	<p>“Um médico tentar desobstruir um cateter central não funcionante, utilizando com muita pressão soro fisiológico e eu não fiz nada, tendo ficado petrificado perante tamanha aberração.”</p> <p>Execução</p>	Q588;
		14112 Omitir a situação do doente	<p>“Omitir a gravidade da situação”</p> <p>Execução</p>	Q801; Q647;

ANEXO IV

AUTORIZAÇÕES DOS HOSPITAIS

Cidalina Abreu

De: "hdff" <hdff@hdfigueira.min-saude.pt>
Para: <cila@esenfc.pt>
Cc: "Alberto Ferreira Seabra" <fu0388@hdfigueira.min-saude.pt>; "Gilda Fonseca Carreira" <gilda@hdfigueira.min-saude.pt>; "Maria Amélia Fonseca Pereira" <ameliapereira@hdfigueira.min-saude.pt>; "Marina Fernanda Simões Pereira da Costa" <fu1025@hdfigueira.min-saude.pt>; "Joaquim José Branco da Rocha" <fu0654@hdfigueira.min-saude.pt>; "Ana Paula Murta Miguens" <fu0969@hdfigueira.min-saude.pt>; "Abílio Manuel Dias Gonçalves" <abilio@hdfigueira.min-saude.pt>; "Isabel Rosa dos Santos Ferreira Sargento" <irosa@hdfigueira.min-saude.pt>; "Nuno Oliveira Figueiredo" <fu0802@hdfigueira.min-saude.pt>; "Dulce Menezes da Cruz" <dcruz@hdfigueira.min-saude.pt>; "Fernando Alberto Gonçalves Pereira" <f.pereira@hdfigueira.min-saude.pt>; "Manuel da Costa Ferreira" <fu0851@hdfigueira.min-saude.pt>
Enviado: segunda-feira, 21 de Março de 2011 13:26
Assunto: Autorização para Investigação no âmbito da Tese de Doutoramento

Exma Senhora
Enfermeira Cidalina Abreu,

Encarrega-me o Senhor Presidente do Conselho de Administração do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, Dr. José António de Sousa Alves, de na sequência do ofício de V. Exa. sobre o assunto em epígrafe, informar o Conselho de Administração, na reunião de 17 de Março de 2011, deliberou autorizar a realização da investigação no âmbito da tese do seu doutoramento intitulada " Decisões e acções inadequadas, reportadas pelos enfermeiros na prática clínica: Processo de lidar e implicações para a mudança", nos Serviços de Cirurgia, Medicina, Especialidades Cirúrgicas, Urgência, Pediatria, e Ortopedia desta Instituição.

Deverá articular todo o processo com os respectivos Directores de Serviço e Enfermeiros Chefes do HDFF, EPE, **antes de proceder à recolha dos dados.**

Atentamente,

Ana Rita Pereira
Secretariado do Conselho de Administração
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.
Gala
3094 - 001 Figueira da Foz
Telf.: 233 40 20 51 - 233 40 21 58
Fax: 233 43 12 68
E-mail: hdff@hdfigueira.min-saude.pt

Cidalina Abreu

De: "Carla China" <cchina@ipocoimbra.min-saude.pt>
Para: <cila@esenfc.pt>
Enviado: quinta-feira, 30 de Julho de 2009 14:04
Assunto: Trabalho de Investigação "Decisões e acções inadequadas, reportadas pelos enfermeiros na prática clínica: processo de lidar e implicações para a mudança"

Exm^a Senhora
Prof^a Cidalina Abreu

Em resposta ao V. ofício de 12/06/09, sobre o assunto em epígrafe, informa-se V Ex^a que, de acordo com as informações favoráveis da Direcção de Enfermagem e do Gabinete Coordenador da Formação, o Conselho de Administração deliberou autorizar o trabalho de investigação referido.

Com os melhores cumprimentos

Carla China
IPO de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.
Secretariado do Conselho de Administração
Tel. Geral 239 400 200 - ext - 2221
Tel. Directo 239 400 221

30-07-2009

Cidalina Abreu

De: "Sandra Policarpo" <sandra@chmt.min-saude.pt>
Para: <cila@esenfc.pt>
Cc: "Lurdes Toscano" <lurdes.toscano@chmt.min-saude.pt>
Enviado: quinta-feira, 30 de Julho de 2009 12:07
Anexar: Cidalina Abreu.pdf
Assunto: Aplicação de Questionário no âmbito de trabalho de Doutoramento

Ex.ma Senhora
Mestre Cidalina Abreu,

Por despacho da Sra. Enfermeira Directora de 27 de Julho de 2009 foi concedida autorização para a aplicação de questionário aos Enfermeiros da Unidade de Torres Novas, anexo despacho.

Solicita-se que no final sejam apresentados os resultados à Direcção de Enfermagem.

Com os melhores cumprimentos,
Sandra Policarpo
Secretária da Direcção de Enfermagem
sandra@chmt.min-saude.pt

30-07-2009

Exm^o Senhor Presidente do Conselho de Administração do
Hospital Distrital de Águeda

Cidalina da Conceição Ferreira de Abreu, professora adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Esenfc), Licenciada em Enfermagem, Licenciada em Psicologia Pedagógica, Mestre em Psicologia Pedagógica e doutoranda na área da Psicologia Educacional pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra vem por este meio solicitar a Vç^a excelência autorização para a realização da investigação no âmbito da tese do seu doutoramento intitulada “Decisões e acções inadequadas, reportadas pelos enfermeiros na prática clínica: Processo de lidar e implicações para a mudança” que se pretende realizar em diversos hospitais do país. Destes hospitais foi seleccionado o Hospital Distrital de Águeda¹.

Descrição sintética do estudo

Justificação: Os resultados de algumas pesquisas recentes, levadas a cabo nos Estados Unidos e em vários países europeus, parecem confirmar a pertinência do estudo proposto. Em Portugal, existe a necessidade de desenvolver investigação neste âmbito com o intuito de melhorar as práticas clínicas e, deste modo, contribuir para assegurar aos doentes uma melhor prestação de cuidados de enfermagem.

Objectivos:

- Analisar acções e decisões inadequadas reportadas pelos enfermeiros durante a sua actividade profissional
- Compreender os processos de lidar seguidos pelos enfermeiros, como resposta a essas acções e decisões
- Avaliar as implicações para a mudança no exercício profissional na perspectiva dos enfermeiros
- Comparar as acções e decisões reportadas pelos enfermeiros portugueses com as reportadas em estudos nos Estados Unidos e Europa
- Propor linhas estratégicas de orientação preventiva educativa no sentido da melhoria dos cuidados de enfermagem

¹ - É de referir que quando forem analisados os dados não são mencionados hospitais nem serviços mas sim a amostragem global de enfermeiros.

Metodologia: Estudo exploratório, descritivo e compreensivo, de desenho misto, quantitativo e qualitativo. Quanto ao estudo quantitativo pretendemos entregar num envelope endereçado à investigadora um questionário intitulado “Decisões e actos de enfermagem inadequados” a cada enfermeiro dos serviços. Contudo, antes da entrega do respectivo questionário pretendemos inicialmente fazer uma reunião formativa para explicar as vantagens do estudo para a prática de enfermagem. Posteriormente após tratamento dos dados temos como finalidade fazer “focus grupo” com os serviços seleccionados para confrontação dos dados empíricos com os pontos de vista de fontes de referência.

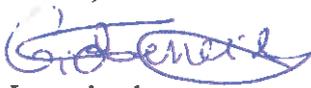
Resultados esperados:

- Gerar dados importantes para as **políticas de decisão** em enfermagem no sentido de melhoria contínua de cuidados
- **Validação de ferramentas de diagnóstico** que facilitem acções preventivas de acções e decisões inadequadas
- **Proposta de intervenção educativa** em contexto académico e formação contínua para o desenvolvimento de skills facilitadores dos processos de lidar com acções e decisões inadequadas na prática clínica de enfermagem.

Os dados que emergirem desta investigação serão tratados no estrito respeito pelo princípio da confidencialidade e do anonimato.

Gratos pela sua atenção,
Cumprimentos,

Coimbra, 22 de Fevereiro de 2010


A Investigadora
(Mestre Cidalina Abreu)

Director de Enfermagem
Recebido em C.A.
Av. C.A.
24/2/2010

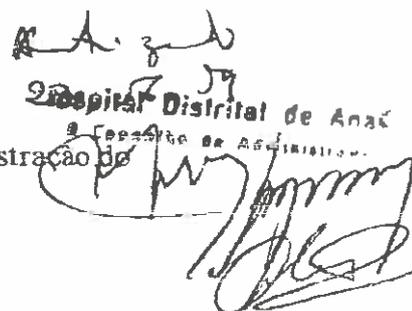
- fotocópias, mediante informação do Sr. Inf. Director. Serv. Inform. importante que lhe é entregue em

<input type="checkbox"/> Conselho de Administração (HOSPITAL DISTRIAL DE ÁGUEDA)		
<input type="checkbox"/> Presidente		
<input type="checkbox"/> Vogal Executivo	<input checked="" type="checkbox"/> Director Clínico	<input type="checkbox"/> Enf.º Director

exemplares de resultados do trabalho no C.A. 25.2.2010

Exmº Senhor Presidente do Conselho de Administração do
Hospital de Anadia.

Hospital Distrital de Anadia
Conselho de Administração



Cidalina da Conceição Ferreira de Abreu, professora adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Esenfc), Licenciada em Enfermagem, Licenciada em Psicologia Pedagógica, Mestre em Psicologia Pedagógica e doutoranda na área da Psicologia Educacional pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra vem por este meio solicitar a Vçª excelência autorização para a realização da investigação no âmbito da tese do seu doutoramento intitulada "Decisões e acções inadequadas, reportadas pelos enfermeiros na prática clínica: Processo de lidar e implicações para a mudança" que se pretende realizar em diversos hospitais do país. Destes hospitais foi seleccionado o Hospital de Anadia

Descrição sintética do estudo

Justificação: Os resultados de algumas pesquisas recentes, levadas a cabo nos Estados Unidos e em vários países europeus, parecem confirmar a pertinência do estudo proposto. Em Portugal, existe a necessidade de desenvolver investigação neste âmbito com o intuito de melhorar as práticas clínicas e, deste modo, contribuir para assegurar aos doentes uma melhor prestação de cuidados de enfermagem.

Objectivos:

- Analisar acções e decisões inadequadas reportadas pelos enfermeiros durante a sua actividade profissional
- Compreender os processos de lidar seguidos pelos enfermeiros, como resposta a essas acções e decisões
- Avaliar as implicações para a mudança no exercício profissional na perspectiva dos enfermeiros
- Comparar as acções e decisões reportadas pelos enfermeiros portugueses com as reportadas em estudos nos Estados Unidos e Europa
- Propor linhas estratégicas de orientação preventiva educativa no sentido da melhoria dos cuidados de enfermagem

Entregue
cópia
Enf. Deceto

Metodologia: Estudo exploratório, descritivo e compreensivo, de desenho misto, quantitativo e qualitativo. Quanto ao estudo quantitativo pretendemos entregar num envelope endereçado à investigadora um questionário intitulado “Decisões e actos de enfermagem inadequados” a cada enfermeiro dos serviços. Contudo, antes da entrega do respectivo questionário pretendemos inicialmente fazer uma reunião formativa para explicar as vantagens do estudo para a prática de enfermagem. Posteriormente após tratamento dos dados temos como finalidade fazer “focus grupo” com os serviços seleccionados para confrontação dos dados empíricos com os pontos de vista de fontes de referência.

Resultados esperados:

- Gerar dados importantes para as **políticas de decisão** em enfermagem no sentido de melhoria contínua de cuidados
- **Validação de ferramentas de diagnóstico** que facilitem acções preventivas de acções e decisões inadequadas
- **Proposta de intervenção educativa** em contexto académico e formação contínua para o desenvolvimento de skills facilitadores dos processos de lidar com acções e decisões inadequadas na prática clínica de enfermagem.

Os dados que emergirem desta investigação serão tratados no estrito respeito pelo principio da confidencialidade e do anonimato.

Gratos pela sua atenção.
Cumprimentos,

Coimbra, 12 de Junho de 2009


A Investigadora
(Mestre Cidalina Abreu)

Contactos



HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, E. P. E.
AVEIRO

Avenida Artur Ravara - 3814-501 AVEIRO
Telef. 234 378 300 - Fax 234 378 395
sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt
Matrícula na Conservatória do Registo Comercial
de Aveiro, n.º 5848
Capital Social 29.930.000 €
Pessoa Colectiva n.º 506 361 543

Ex.ma Senhora
Prof.ª Cidalina da Conceição F. Abreu
Urbanização Quinta da Várzea Lote H
2.º esq. – Santa Clara

3040-267 Coimbra

S/ Ref.º

S/ Comunicação de

N/ Ref.º

Aveiro,

011738

17-06-2010

ASSUNTO:

Pedido de realização de investigação “Decisões e acções inadequadas, reportadas pelos enfermeiros na prática clínica: Processo de lidar e implicações para a mudança”

Na sequência do pedido de V.Exa., sobre o assunto em epígrafe, informa-se que está autorizado, no entanto, deverão ser explicitados os critérios de inclusão da amostra e o procedimento de recolha dos dados, nomeadamente o período.

Mais se informa que após o estudo, deverá ser enviado a este Hospital uma cópia dos resultados.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração

(Prof. Doutor Francisco Luís Pimentel)

Na resposta indicar o número e as referências deste documento. Em cada ofício tratar só de um assunto.

GM.

Exm^o Senhor Presidente do Conselho de Administração do
Hospital de Oliveira do Hospital

Cidalina da Conceição Ferreira de Abreu, professora adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Esenfc), Licenciada em Enfermagem, Licenciada em Psicologia Pedagógica, Mestre em Psicologia Pedagógica e doutoranda na área da Psicologia Educacional pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra vem por este meio solicitar a Vç^a excelência autorização para a realização da investigação no âmbito da tese do seu doutoramento intitulada “Decisões e acções inadequadas, reportadas pelos enfermeiros na prática clínica: Processo de lidar e implicações para a mudança” que se pretende realizar em diversos hospitais do país. Destes hospitais foi seleccionado o Hospital de Oliveira do Hospital¹.

Descrição sintética do estudo

Justificação: Os resultados de algumas pesquisas recentes, levadas a cabo nos Estados Unidos e em vários países europeus, parecem confirmar a pertinência do estudo proposto. Em Portugal, existe a necessidade de desenvolver investigação neste âmbito com o intuito de melhorar as práticas clínicas e, deste modo, contribuir para assegurar aos doentes uma melhor prestação de cuidados de enfermagem.

Objectivos:

- Analisar acções e decisões inadequadas reportadas pelos enfermeiros durante a sua actividade profissional
- Compreender os processos de lidar seguidos pelos enfermeiros, como resposta a essas acções e decisões
- Avaliar as implicações para a mudança no exercício profissional na perspectiva dos enfermeiros
- Comparar as acções e decisões reportadas pelos enfermeiros portugueses com as reportadas em estudos nos Estados Unidos e Europa
- Propor linhas estratégicas de orientação preventiva educativa no sentido da melhoria dos cuidados de enfermagem

¹ - É de referir que quando forem analisados os dados não são mencionados hospitais nem serviços mas sim a amostragem global de enfermeiros.

Metodologia: Estudo exploratório, descritivo e compreensivo, de desenho misto, quantitativo e qualitativo. Quanto ao estudo quantitativo pretendemos entregar num envelope endereçado à investigadora um questionário intitulado “Decisões e actos de enfermagem inadequados” a cada enfermeiro dos serviços. Contudo, antes da entrega do respectivo questionário pretendemos inicialmente fazer uma reunião formativa para explicar as vantagens do estudo para a prática de enfermagem. Posteriormente após tratamento dos dados temos como finalidade fazer “focus grupo” com os serviços seleccionados para confrontação dos dados empíricos com os pontos de vista de fontes de referência.

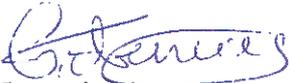
Resultados esperados:

- Gerar dados importantes para as **políticas de decisão** em enfermagem no sentido de melhoria contínua de cuidados
- **Validação de ferramentas de diagnóstico** que facilitem acções preventivas de acções e decisões inadequadas
- **Proposta de intervenção educativa** em contexto académico e formação contínua para o desenvolvimento de skills facilitadores dos processos de lidar com acções e decisões inadequadas na prática clínica de enfermagem.

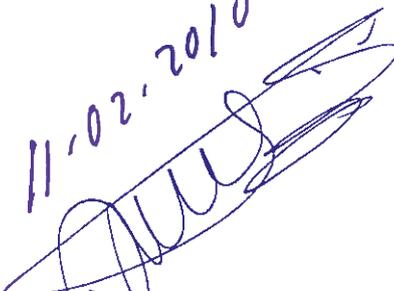
Os dados que emergirem desta investigação serão tratados no estrito respeito pelo princípio da confidencialidade e do anonimato.

Gratos pela sua atenção,
Cumprimentos,

Coimbra, 29 de Julho de 2009


A Investigadora
(Mestre Cidalina Abreu)

*Compartilhei com a
direção da profunidade
puederem ter a fazer/acções
realizado. 11.02.2010*



Cidalina Abreu

De: "Biblioteca" <biblioteca@chcbeira.min-saude.pt>
Para: <cila@esenfc.pt>
Enviado: quinta-feira, 15 de Outubro de 2009 8:31
Assunto: Projecto Investigação

Bom dia.

Depois de ontem ter tentado mas não ter conseguido contacta-la por telemovel, venho assim informa-la de que o seu projecto de investigação já se encontra autorizado pelo Conselho de Administração deste Centro Hospitalar. Quando achar oportuno agradecia que viesse ao Nucleo de Investigação (na Biblioteca) para assinar a autorização.

Obrigada

Nucleo de Investigação

Marina Baltazar

Cidalina Abreu

De: "Elisabete Parro - Secretariado Administração" <secca@hsaleiria.min-saude.pt>
Para: <cila@esenfc.pt>
Enviado: quarta-feira, 4 de Novembro de 2009 16:34
Anexar: cidalina.doc; Leiria.doc
Assunto: FW: Pedido de autorização

Exma. Senhora
 Mestre Cidalina da Conceição Ferreira de Abreu

No seguimento do Vosso e-mail de 2009.07.16, pelo qual solicita autorização para a aplicação de questionários, no âmbito da tese de doutoramento intitulada "Decisões e acções inadequadas, reportadas pelos enfermeiros na prática clínica: Processo de lidar e implicações para a mudança", nos Serviços de Cardiologia, Cirurgia I e II, Gastrenterologia, Medicina I e II, Ortopedia I e II, Pediatria, Psiquiatria e Urologia da nossa instituição, encarrega-me o Dr. Helder Roque, Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Santo André, E.P.E., de informar V. Exa. que o Conselho de Administração na sua reunião de 2009.10.30, deliberou autorizar o pedido, nas seguintes condições:

- Que seja definido o prazo em que irá decorrer a aplicação do questionário;
- Que seja assumido o compromisso de nos ser dado a conhecer as conclusões do trabalho.

Com os melhores cumprimentos.

Elisabete Parro
 Secretária do Conselho de Administração
 Hospital de Santo André, EPE
 E-mail: secca@hsaleiria.min-saude.pt
 Tel: 244 817 006
 Fax: 244 817 080
 Ext: 2005

De: Cidalina Abreu [mailto:cila@esenfc.pt]
Enviada: quinta-feira, 16 de Julho de 2009 17:05
Para: sec.geral@hsaleiria.min-saude.pt
Assunto: Pedido de autorização

Exmo Senhor Presidente do Conselho de Administração

Exma. Senhora Cidalina da Conceição Ferreira de Abreu, venho por este meio pedir autorização para passar um questionário aos enfermeiros desse hospital no âmbito do doutoramento. Em anexo vai o pedido formal de autorização designado de (Leiria.doc.) e o respectivo questionário designado em anexo de cidalina.doc.

Cumprimentos,
 Cidalina Abreu



HOSPITAL DISTRITAL DE POMBAL

Ex^{ma} Sr^a
Mestre Cidalina da Conceição Abreu
Urb. Quinta da Várzea Lote H 2º esq.
Santa Clara
3040-267 Coimbra

Ofício nº 137/CA

Data: 13.07.2009

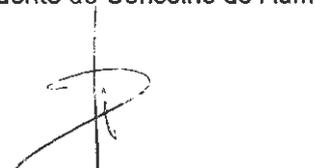
ASSUNTO: AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO.

Relativamente ao assunto em epígrafe, informamos que foi autorizada a aplicação do referido questionário no HDPombal.

Solicitamos o compromisso da sua parte em nos apresentar, enviando por escrito, os resultados e as conclusões do estudo.

Com os melhores cumprimentos

A Presidente do Conselho de Administração



(Dr.^a Helena Porfírio)



Ministério da Saúde



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Administração Regional de Saúde do Centro

Hospital Amato Lusitano – Castelo Branco



Ex.ma Senhora
Cidalina da Conceição ferreira de Abreu
Urb.Quinta da Várzea Lote H 2º
esq.Santa Clara
3040 – 267 Coimbra

Sua Referência	Sua comunicação	N/ Ofício - Data
		HAL 01 2194 7007 01-00 11/01/11

Assunto:	Pedido de autorização da investigação no âmbito da tese do doutoramento intitulada
----------	--

Em resposta ao pedido referido em epígrafe, em que nos foi solicitada a n/ disponibilidade para a realização da investigação no âmbito da tese do doutoramento intitulada "Decisões e acções inadequadas, reportadas pelos enfermeiros na prática clínica: Processo de lidar e implicações para a mudança", neste Hospital, informa-se V. Ex.a que o mesmo foi autorizado, sendo a responsabilidade da entrega e recolha dos questionários da solicitante.

Com os melhores cumprimentos, *peçoais*

O Enfermeiro Director

[Handwritten Signature]
Enf. António Baptista

RM



Exm^a Senhora
Prof^a Cidalina da Conceição Ferreira de Abreu
Urbanização Quinta da Várzea, Lote H – 2^o Esq.
Santa Clara
3040-267 Coimbra

V/Ref ^a	Data	N/ Ref ^a	Data
		00119	02/07/2009

Assunto: Aplicação de questionário sobre “Decisões e acções inadequadas, reportadas pelos enfermeiros na prática clínica: processo de lidar e implicações para a mudança”.

Para os devidos efeitos, informamos V. Ex^a, que em reunião do Conselho de Administração do dia 30 de Junho de 2009, foi deliberado autorizar a realização do inquérito, sendo que a respectiva aplicação dependerá da colaboração voluntária de cada profissional.

Mais se solicita que após o tratamento dos dados, as conclusões do trabalho sejam remetidas a esta Instituição.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração,

(Vítor Manuel Costa Leonardo)

Cidalina Abreu

De: "Secretariado Administracao" <hsmguarda@ulsguarda.min-saude.pt>
Para: <cila@esenfc.pt>
Enviado: quarta-feira, 17 de Fevereiro de 2010 17:18
Assunto: Tese de doutoramento "Decisões e acções inadequadas, repostadas pelos enfermeiros na prática clínica: processo de lidar e implicações para a mudança" - Pedido de autorização.

Exma. Senhora Prof^a. Adjunta
Cidalina da Conceição Ferreira de Abreu,

Vimos por este meio informar que, após parecer da Comissão de ética, o seu pedido para a realização de investigação no âmbito da tese de doutoramento acima identificada, o Conselho de administração nada tem a opor ao solicitado.

Para acerto de início da investigação nas 2 Unidades Hospitalares deverá articular-se com o Enf. Assessor da Direcção de Enfermagem – Enf. Fonseca (Hospital de Nossa Sr.^a. da Assunção – 238 320 700) e com a Enf.^a. Directora Matilde Cardoso (Hospital de Sousa Martins – 271 210 840).

Com os melhores cumprimentos,

Secretariado da Administração

Unidade Local de Saúde da Guarda E.P.E
Av. Rainha D. Amélia
6300-58 Guarda
Tele. 271 210 840
Fax: 271 223 104
E-mail: hsmguarda@ulsguarda.min-saude.pt

Metodologia: Estudo exploratório, descritivo e compreensivo, de desenho misto, quantitativo e qualitativo. Quanto ao estudo quantitativo pretendemos entregar num envelope endereçado à investigadora um questionário intitulado "Decisões e actos de enfermagem inadequados" a cada enfermeiro dos serviços. Contudo, antes da entrega do respectivo questionário pretendemos inicialmente fazer uma reunião formativa para explicar as vantagens do estudo para a prática de enfermagem. Posteriormente após tratamento dos dados temos como finalidade fazer "focus grupo" com os serviços seleccionados para confrontação dos dados empiricos com os pontos de vista de fontes de referência.

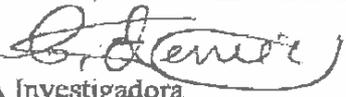
Resultados esperados:

- Gerar dados importantes para as **políticas de decisão** em enfermagem no sentido de melhoria contínua de cuidados
- **Validação de ferramentas de diagnóstico** que facilitem acções preventivas de acções e decisões inadequadas
- **Proposta de intervenção educativa** em contexto académico e formação contínua para o desenvolvimento de skills facilitadores dos processos de lidar com acções e decisões inadequadas na prática clínica de enfermagem.

Os dados que emergirem desta investigação serão tratados no estrito respeito pelo princípio da confidencialidade e do anonimato.

Gratos pela sua atenção,
Cumprimentos,

Coimbra, 23 de Junho de 2009


A Investigadora
(Mestre Cidalina Abreu)

ANEXO V

AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA

COMISSÃO DE ÉTICA
da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem** (UICISA-E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer Nº 22-01/2011

Título do Projecto: O erro na prática clínica de enfermagem e processos de lidar dos enfermeiros: implicações para o planeamento de cuidados e para a formação

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Professora Cidalina da Conceição Ferreira de Abreu

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Relator(es): José Carlos Amado Martins

Parecer

Estudo exploratório, descritivo-correlacional e compreensivo que tem como objectivos analisar acções e decisões inadequadas reportadas pelos enfermeiros durante a sua actividade profissional, compreender os processos de lidar seguidos pelos enfermeiros, como resposta a essas acções e decisões, avaliar as implicações para a mudança no exercício profissional na perspectiva dos enfermeiros, comparar as acções e decisões reportadas pelos enfermeiros portugueses com as reportadas em estudos nos EUA e Europa e propor linhas estratégicas de orientação preventiva no sentido da melhoria dos cuidados de enfermagem.

Para a recolha de dados são utilizadas como ferramentas o questionário e o focus-grupo, a utilizar na população de enfermeiros de hospitais da região centro do país.

A investigadora apresenta em anexo as autorizações de 13 instituições hospitalares.

Critérios de inclusão e exclusão bem definidos.

A investigadora garante a confidencialidade de toda a informação recolhida.

Não se esperam benefícios directos para os participantes, mas o estudo tem potencial para dar um contributo positivo para a qualidade dos cuidados de enfermagem e para a segurança dos doentes.

O documento de consentimento informado cumpre os requisitos.

Face ao exposto, parece-nos que nada há a opor, em termos éticos, à realização do presente estudo.

O relator: _____

José Carlos Amado Martins

Data: 9/02/2011 O Presidente da Comissão de Ética: _____

António Serra