

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM E EVENTOS ADVERSOS EM DOENTES INTERNADOS:

ANÁLISE DOS FATORES INTERVENIENTES

CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y LOS EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS:

ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE INTERVIENEN

NURSING CARE AND ADVERSE EVENTS AT INPATIENTS IN ACUTE HOSPITALS:

THE ROOT CAUSE ANALYSIS

Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho - RN, MSc, PhD em Ciências de Enfermagem,
Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Pedro Miguel Dinis Parreira - RN, MSc, PhD em Gestão, Professor Adjunto, Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins - RN, MSc, PhD em Ciências de Enfermagem,
Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem do Porto

RESUMO

Objetivos: O presente estudo tem como objetivos caracterizar os principais eventos adversos associados à prática de enfermagem em doentes internados e compreender como os diferentes fatores circunstanciais interagem na sua ocorrência. **Métodos:** Estudo qualitativo, com recurso a entrevistas semiestruturadas. Foram entrevistados 18 enfermeiros que trabalham em serviços de internamento hospitalar. Os relatos foram analisados seguindo o modelo de análise de eventos adversos proposto por Chang, Schyve e Richard⁽¹⁾. **Resultados:** Os relatos evidenciam grande variabilidade de incidentes de segurança, destacando os erros de medicação, quedas, erros de omissão e comissão na realização de práticas de enfermagem, tais como falhas na vigilância, julgamento clínico, privacidade e advocacia do doente. Identificamos a cadeia de fatores humanos e sistémicos que intervieram na rota do evento. Os resultados alertam para a possível associação entre a ocorrência de eventos adversos, as práticas de enfermagem menos adequadas e ambientes de trabalho desfavoráveis. **Conclusões:** Os resultados salientam a necessidade de mais compromisso da liderança com a segurança, melhoria das dotações de recursos humanos e materiais, articulação e comunicação entre os diferentes profissionais e serviços, formação dos profissionais sobre gestão do risco e segurança dos doentes, assim como maior desenvolvimento da cultura de segurança. **Palavras-chave:** Segurança do doente; enfermagem; risco; liderança.

RESUMEN

Objetivos: Este estudio tiene como objetivo caracterizar los principales eventos adversos asociados con la práctica de enfermería en pacientes hospitalizados y entender cómo los diferentes factores ambientales interactúan en su ocurrencia. **Métodos:** Estudio cualitativo dentro de las entrevistas semiestructuradas. Se entrevistó a 18 enfermeras que trabajan en los servicios hospitalarios. Los informes se analizaron siguiendo el modelo de análisis de eventos adversos⁽¹⁾. **Resultados:** Los informes muestran una gran variabilidad de los incidentes de seguridad, poniendo de relieve los errores de medicación, caídas, errores de omisión y comisión en la realización de las prácticas de enfermería, tales como fallos en la supervisión, ensayo clínico, la privacidad y la defensa del paciente. Identificamos la cadena de factores humanos y sistémicos que intervinieron en la ruta del evento. Los resultados ponen de manifiesto la posible asociación entre la ocurrencia de eventos adversos, las prácticas de enfermería menos adecuadas y ambientes de trabajo desfavorables. **Conclusiones:** Los resultados ponen de manifiesto la necesidad de un mayor compromiso de liderazgo a la

seguridad, la mejora de los créditos de los recursos humanos y materiales, la coordinación y la comunicación entre los diferentes profesionales y servicios, la capacitación de los profesionales en la gestión de riesgos y seguridad del paciente, así como mayores desarrollo de la cultura de la seguridad.

Palabras clave: Seguridad del paciente; enfermería; riesgo; liderazgo.

ABSTRACT

Purpose: Aims to characterize the main adverse events associated with the practice of nursing, in hospitalized patients and understand how different circumstantial facts interact in its occurrence. **Methods:** This is a qualitative study using semi-structured interviews. Were interviewed 18 nurses, working in the hospital unit. The reports were analyzed following the adverse event analysis model⁽¹⁾. **Results:** Reports show a wide variability of error types, emphasizing medication errors, falls, errors of omission and commission in performing nursing practices, such as gaps in surveillance, clinical judgment, respect for privacy and advocating the patient' interests. We identified the chain of human and systemic factors that intervened in the route events. The results warned the possible association between the occurrence of adverse events, less suitable nursing practices and unfavorable work environments. **Conclusions:** The results support the need for more leadership commitment to safety, improvement of human and material resources, coordination and communication between different professionals and services, training of professionals on risk management and patient safety, as well as greater development of safety culture.

Keywords: Patient safety; nursing; risk; leadership.

INTRODUÇÃO

A segurança do doente, particularmente a ocorrência de eventos adversos (EAs) nos cuidados de saúde, é uma preocupação crescente das organizações de saúde e de todos os stakeholders deste setor, reconhecida como área prioritária e incontornável da qualidade em saúde.

Os enfermeiros têm uma posição privilegiada na prestação de cuidados de saúde seguros, mas esta posição coloca-os frequentemente na trajetória de ocorrência de eventos adversos⁽²⁾.

O presente estudo tem como objetivos caracterizar os principais eventos adversos associados à prática de enfermagem em doentes internados e compreender como os diferentes fatores circunstanciais interagem na sua ocorrência. Discute a complexidade e define estratégias para a aprendizagem organizacional.

Contextualização teórica

O evento adverso tem sido definido pelos vários autores como um efeito não desejado, resultante dos cuidados de saúde, seja por falha ou omissão na prestação dos cuidados.

Estudos realizados em vários países, como os desenvolvidos no Canadá⁽³⁾, Brasil⁽⁴⁾, Espanha⁽⁵⁾ e Portugal⁽⁶⁾ indiciam uma taxa de incidência de EAs em doentes internados entre 7,5% e 16,6%, considerando-se que cerca de metade resultam de falhas que podem ser prevenidas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que dimensão do problema requer uma ação internacional concertada, que permita a aprendizagem e colaboração entre os diferentes países, defendendo que, apesar das especificidades de cada país, os diferentes estudos revelam que muitos dos problemas resultam de causas comuns. Apesar da inclusão deste tema na agenda internacional, reconhece-se que o mesmo está longe de ser resolvido⁽⁷⁾.

A literatura é unânime em considerar que a prestação de cuidados de saúde em contexto hospitalar se desenvolve num sistema complexo e adaptativo onde os profissionais tomam decisões, agem e não estão imunes ao erro. Neste contexto, embora se assuma a segurança dos cuidados como uma responsabilidade multiprofissional, reconhece-se que a profissão de enfermagem desempenha um papel chave no desenvolvimento de cuidados de saúde seguros, uma vez que os enfermeiros gerem muitos dos fatores ambientais, cuidam do doente durante as 24 horas, asseguram a continuidade dos cuidados durante o internamento, articulam a sua atividade com os diversos profissionais e prestam a maior parte dos cuidados diretos ao doente. Pela posição que ocupam, no contacto direto com os doentes e os outros profissionais de saúde, os enfermeiros desempenham um importante papel na melhoria contínua do ambiente das práticas e cuidados. Nesse sentido é importante ser capaz de discutir os erros que acontecem sem medo das consequências, seja por processos disciplinares ou perda da imagem profissional^(8,9).

The *European Nurse Researchers Work Group*, recomenda que a investigação deste tema capte os fatores humanos e ambientais que intervêm no contexto do erro ambiente, incluindo as experiências individuais de quem cometeu o erro⁽¹⁰⁾.

METODOLOGIA

A investigação centra-se no estudo um fenómeno particular, os EAs e as circunstâncias que envolvem a sua ocorrência num determinado contexto. Optamos pelo paradigma interpretativo, privilegiando a sua compreensão. Esta abordagem tem a intenção de compreender o mundo da experiência humana⁽¹¹⁾. Angen⁽¹²⁾, defende que a noção de realidade é construída através das nossas experiências intersubjetivas dentro do mundo vivido, sugerindo, tal como Mertens⁽¹²⁾, que “a realidade é socialmente construída”. Nesta perspetiva, os investigadores assumem que a realidade, tal como a podemos conhecer, é interpretada intra e intersubjetivamente, através dos significados atribuídos a partir do mundo social⁽¹³⁾.

O estudo tem abordagem qualitativa, com recurso a entrevistas semiestruturadas, focadas na análise de um incidente de segurança experienciado ou observado pelo enfermeiro entrevistado.

Amostra e colheita de informação

Foi critério de inclusão no estudo ser enfermeiro e ter experiência profissional em serviços de internamento. Optámos por selecionar os participantes no grupo de enfermeiros que se encontrava a frequentar os cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC). Esta opção teve em consideração o facto de se tratar de enfermeiros com diversificada experiência profissional (mínimo 2 anos), diversificada proveniência institucional e que se encontravam fora do seu contexto de trabalho, o que lhes permitiu discutir a problemática sem receio de culpabilização. A dimensão da amostra obteve-se pela saturação dos dados e concretização dos objetivos deste estudo. Participaram no estudo 18 enfermeiros (13 mulheres e 5 homens), que tinham em média 35,23 anos de idade e 12,59 anos de experiência profissional.

No presente estudo consideramos evento adverso “qualquer tipo de incidente, acidente, erro ou desvio da norma, suscetível de causar dano ao doente”. Solicitámos a cada participante que descrevesse uma situação ocorrida com um doente internado no seu serviço, que pudesse ser considerado um evento adverso associado à prática de enfermagem. Foi solicitado que descrevesse o que aconteceu; o impacto no doente, no profissional e na organização; os fatores causais (falhas associadas ao sistema humano e ao sistema organizacional); as ações desenvolvidas ou propostas para prevenir/corrigir situações semelhantes. Foi estimulada a possibilidade de explorarem outros aspetos que considerassem relevantes para a compreensão do evento ocorrido.

Considerações éticas

As preocupações de natureza ética são essenciais na condução de processos de investigação que envolvem seres humanos⁽¹⁴⁾. Assim, durante a investigação respeitámos os princípios éticos inerentes à investigação, assim como o enunciado no Código Deontológico do Enfermeiro. O projeto de investigação obteve o parecer favorável na comissão de ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: domínio de Enfermagem da ESEnfC, n.º P13-12/2010. Formalizámos o pedido de autorização para a realização da colheita de dados à Srª Presidente da ESEnfC, que o aprovou. Os participantes foram previamente informados sobre os objetivos do estudo e metodologia de recolha de dados, nomeadamente o recurso à gravação da entrevista. Foi garantida a confidencialidade da informação e solicitado consentimento informado.

Modelo de análise da Informação

Reconhecendo a importância de utilizar uma linguagem e metodologia de análise padronizada, na análise dos relatos baseamo-nos no modelo de análise de EAs *Patient Safety Event Taxonomy* (PSET). Este modelo foi desenvolvido pela *Joint Commission* para analisar eventos adversos. De acordo com os peritos da OMS, tem uma estrutura hierárquica, é escalável e permite a descoberta de conhecimento. A taxonomia tem cinco nós raiz (tipo, impacto domínio, causa, prevenção e mitigação) e é capaz de capturar dados de narrativas, permitindo a ordenação de informações complexas de forma lógica e reproduzível¹.

Apresentamos na figura 1 o modelo de análise dos relatos, que segue a perspectiva de *root cause analysis*, partindo dos referidos cinco nós raiz: o tipo de evento, o Impacto, o domínio, a causa e as ações de mitigação e prevenção.



Figura 1 – Modelo de análise adaptado de *Patient Safety Event Taxonomy*⁽¹⁾.

A informação, recolhida em suporte áudio, foi posteriormente transcrita para documento Word. A análise de conteúdo foi realizada utilizando o método de Bardin⁽¹⁵⁾. Depois de uma leitura flutuante dos relatos, iniciámos o processo de categorização partindo, *a priori*, da utilização das cinco unidades temáticas. Foram criadas diferentes categorias e subcategorias em cada unidade temática. A validade intersubjetiva da análise foi assegurada por um painel de quatro investigadores, peritos em diferentes áreas de enfermagem, nomeadamente enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem de reabilitação, enfermagem de saúde mental e fundamentos de enfermagem. Na aceitação de categorias e subcategorias foi criado como critério de confiabilidade inter-juiz, uma concordância de pelo menos 75%, sem discrepâncias significativas. Os dados foram organizados com recurso ao programa informático Nvivo 8.

RESULTADOS

Apresentamos em seguida os principais resultados, em cada uma das cinco unidades temáticas principais.

Tipo de evento

Os eventos são essencialmente descritos como falhas de processo ao nível da **performance clínica** do profissional. Contudo, essas falhas, foram frequentemente associadas a falhas nos **processos de gestão** e na **comunicação**.

Como podemos observar no Quadro 1, os relatos evidenciam uma grande variabilidade de tipos de erro, salientando-se os erros de medicação, as quedas, erros por omissão e por comissão na realização de práticas de enfermagem junto do doente, como sejam as falhas na vigilância, no julgamento clínico, no respeito pela privacidade, na advocacia dos interesses do doente (família). São também identificadas omissões de procedimentos organizacionais com potencial impacto negativo no doente.

Foram relatados diferentes tipos de erro de medicação, nomeadamente erros de dose, troca de medicamento, troca de doente e troca de via de administração. Quando analisamos as fases do processo onde ocorreram as falhas verificamos que, maioritariamente, são referidas falhas na fase de administração. Contudo, também são identificadas falhas na preparação e no armazenamento do medicamento na unidade de internamento.

As falhas na vigilância do doente e julgamento clínico emergiram em vários relatos, em que os enfermeiros sentem que podem ter contribuído para o agravamento da situação clínica

do doente, nomeadamente em situações de pós-operatório, como é referido: *“O doente tinha chegado do recobro. O enfermeiro não tomou a iniciativa de o colocar numa cama mais perto para o vigiar melhor. ... ao chamar o médico tive alguma dificuldade em justificar o que aconteceu e em explicar o agravamento da situação.”* E9.

Os enfermeiros valorizam o dever profissional de defesa dos direitos do doente e família, nomeadamente o direito à privacidade, à informação, à prestação de cuidados em tempo oportuno, mas reconhecem a dificuldade em assumirem este papel de advogado do doente, como se exemplifica: *“É um cuidado nosso, mas há situações em que é impossível...”* E8.

Foram relatadas algumas falhas na realização de procedimentos organizacionais, que colocaram em causa a segurança do doente, como se exemplifica *“quando fomos para ligar a doente ao ventilador, havia um tubo do ventilador que estava desconectado. Era eu que estava responsável e esta minha falha colocou em causa a segurança e a vida daquela doente, porque eu não verifiquei corretamente o material”* E15.

Se é verdade que a generalidade dos relatos espelha a assunção de que as falhas ocorrem sobretudo ao nível da performance individual, na realidade são identificadas simultaneamente falhas nos processos de gestão e de comunicação, que analisaremos em seguida.

Nos **processos de gestão**, foram identificadas falhas ativas, como falhas na gestão de doentes (admissão e alta) e no acompanhamento e supervisão de estudantes e profissionais em integração, como exemplificam os seguintes excertos: *“Aquele doente tinha entrado durante a tarde e não foi contemplado na distribuição que é feita no final do turno da manhã para o dia seguinte.”* E1; *“o problema é o estudante ter ido sozinho.”* E7.

Os relatos também evidenciaram que, quando ocorre um evento, frequentemente coexistem várias **falhas de comunicação** envolvendo diferentes profissionais e diferentes tipos de comunicação, quer ao nível da comunicação oral quer ao nível da comunicação escrita.

Quadro 1 - Tipos de erro envolvidos no evento descrito

Categoria	Subcategoria	Tema/Ação envolvida	Participantes
Falhas na performance clínica	Erro de medicação	Armazenamento	E6
		Preparação	E2, E14, E17
		Administração	E4, E7, E13, E16, E18, E19
	Queda do doente	Falha na avaliação do risco e adoção de medidas preventivas	E12
	Falhas na vigilância e advocacia	Falhas na vigilância e julgamento clínico	E9, E17
		Respeito pela vontade do doente/família	E10, E11
		Privacidade	E8
	Omissão de procedimentos organizacionais	Envio de amostra ao laboratório	E3
Verificação prévia de material		E15	
Falhas nos processos de Gestão	Gestão de doentes	Processos de entrada e transferência de doentes	E1, E4, E5
	Acompanhamento e supervisão	Orientação de estudantes	E6, E7
Falhas na comunicação	Comunicação oral	Entre profissionais	E3, E9, E13, E16
		Com a família	E10, E11
	Registos	Ausência de registos em tempo oportuno	E3, E13

Impacto

O **impacto no doente** pode ocorrer a nível físico, psíquico e social, podendo a sua gravidade variar entre ausência de dano, dano mínimo, moderado, severo e morte⁽¹⁾.

Os relatos, embora referenciem algum impacto psicológico e social, incidem sobretudo sobre as consequências na função física, como sintetizamos no Quadro 2. Os danos tiveram carácter temporário, ou seja, foram adotadas medidas de remediação e a situação foi revertida ao fim de algum tempo. Apesar de um número significativo de eventos não provocar dano do doente ou originar dano mínimo, vários doentes sofreram um impacto moderado ou grave. Estas situações implicaram maiores custos para o doente, (alterações na função cardiorrespiratória, traumatismo, dor, alergia) e intervenções mais complexas, como administração de medicamentos e intensificação da vigilância. Ocorreram também situações com impacto severo, em que os doentes sofreram alterações nas funções vitais e obrigaram à intervenção da equipa de emergência ou a transferência para unidades de cuidados intensivos, como refere este exemplo: “O doente estava num estado crítico. ... Havia necessidade de continuar a aspirar e a situação complicou-se de tal forma que teve de ser acionada a urgência” E9.

Analisando o impacto no profissional, constatamos que a generalidade dos participantes identifica a situação descrita como uma experiência muito negativa. Sentem-se responsáveis pelo que aconteceu e, mesmo nos casos em que a situação ocorreu com outro profissional, sentem que falharam como grupo profissional. Os enfermeiros expressam mal-estar, perturbação, angústia e medo pelas consequências no doente. O sentimento de culpa está muito presente nos relatos, como é referido: “*Quando percebi que tinha errado eu fiquei com um sentimento de angústia. O que é eu fiz? Como é que eu me enganei? Porque é que eu não tive mais atenção?*” E19.

A falha de um profissional que trabalha em equipa é frequentemente percebida como uma falha que afeta a imagem do grupo e o relacionamento dentro da equipa. Assim o impacto negativo é vivenciado como experiência individual e como experiência de grupo, como refere este exemplo: “*Na equipa, sentimo-nos mal, porque foi mais um erro, e não era habitual naquele serviço existirem esse tipo de erros. Ficámos tristes e preocupados... Isto repercutiu-se na equipa.*” E14. Quando os eventos acontecem com estudantes, o enfermeiro que acompanha o estudante sente que falha duplamente, isto é, falha com o doente e falha com o estudante.

Para além das preocupações relativas ao doente, algumas vezes os profissionais também temem as represálias organizacionais, contudo, é evidente que o sentido de responsabilidade é mais forte, impulsionando os enfermeiros a partilhar o que aconteceu e a pedir ajuda para minimizar os danos.

A **nível organizacional** os eventos adversos aumentam as necessidades de maior vigilância, medicação adicional, prolongamento do internamento, mobilização de recursos extraordinários, como ativação de equipas de emergência e/ou internamento em cuidados intensivos, repercutindo-se em maior consumo de recursos materiais e humanos, como exemplifica a seguinte expressão: “*O doente foi mais ou menos estabilizado, teve que ser entubado e foi para a reanimação...*” E9.

Quadro 2 - Caracterização do impacto dos eventos relatados

Categoria	Subcategoria	Participantes
Doente	Função Física	Sem dano: E2, E3, E4, E15, Mínimo: E1, E6, E8, E19
		Moderado: E12, E16, E18
		Severo: E9, E13, E14, E17
	Função psicossocial	E5, E7, E16
	Na família	E10, E11
Profissional	Experiência Individual	E1, E2, E3, E4, E6, E7, E13, E14, E15, E16, E19
	Experiência de grupo-relação com a equipa	E8, E9, E10, E11, E12, E14
	Relação com a organização	E6, E16
Organização	Mobilização de recursos humanos e materiais	Moderado: E3, E4, E12, E16, E18, E19 Severo: E5, E6, E9, E13, E14, E17

Domínio

A análise do domínio permite-nos caracterizar os aspetos circunstanciais em que ocorrem os incidentes. De todos os aspetos contextuais que poderiam ser analisados, tendo em atenção os objetivos do estudo, apenas nos focámos nos **profissionais envolvidos** e no **momento do dia**.

Como se pode observar no Quadro 3, um número importante de eventos aconteceu com estudantes e com enfermeiros pouco experientes no serviço, indiciando que a inexperiência pode expor mais o profissional a este tipo de incidentes. Quando analisamos a informação disponível sobre **o momento do dia** em que ocorreu o evento, os chamados “períodos de transição” emergem como momentos particularmente críticos. A sobreposição de atividades que ocorrem nos finais de turno, parece competir entre si e deixar menos tempo e disponibilidade mental ao enfermeiro, comprometendo a prestação de cuidados, nomeadamente a vigilância e comunicação, como explicita o relato seguinte. *“Chegamos a um ponto em que é preciso chegar ao fim do turno e tem que estar tudo feito... Situações, que aparentemente não pareciam complicadas, passam a complicar...naquele momento anda-se a fazer outras coisas...terapêuticas, registos...”* E9.

Por outro lado, as transferências de doentes, nomeadamente doentes pouco estáveis, como é o caso dos doentes em pós-operatório imediato, constituem também momentos críticos.

Quadro 3 - Caraterização do domínio onde ocorreram os eventos relatados

Categoria	Subcategoria	Tema	Participantes
Profissionais envolvidos	Grupo profissional	Só enfermeiros	E1, E2, E3, E4, E19, E8, E9, E10, E11, E12, E14, E15, E17, E18
		Enfermeiro/estudante	E6, E7
		Enfermeiro/médico	E5, E13, E16
	Pouca experiência	Estudantes	E6, E7
		Enfermeiros	E1, E3, E5, E9, E14, E17
Momento do dia	Turno	Manhã	E1, E2, E3, E4, 10, E12
		Tarde	E5, E6, E7, E9, E16, E17
		Noite	E19, E11
		S/informação	E8, E13, E14, E15, E18
	Transição	Passagem turno	E1
		Final de turno	E9, E10, E11, E12, E19
		Início de turno	E4, E17
		Doente recebido recentemente	E1, E4, E9, E17

Causas

Todos os incidentes relatados evidenciam como causa próxima falhas na performance clínica, indiciando que o fator humano esteve sempre presente. Como se observa no Quadro 4, as falhas humanas foram agrupadas em quatro categorias centrais: **Comunicação na equipa, competência profissional, dificuldade funcional e envolvimento profissional.**

As falhas de comunicação foram consideradas fatores determinantes na ocorrência dos eventos adversos. Em vários relatos ficou evidente que estas não só estiveram no início do mecanismo de erro, como permitiram o seu desenvolvimento, como ilustra o exemplo seguinte. *“Houve ali uma falha de comunicação entre os dois enfermeiros e entre o médico e os enfermeiros, ...estamos a falar de uma ação interdependente... aquela prescrição oral foi feita duas vezes. ...geralmente o médico diz, eu já pedi ao seu colega mas ele ainda não foi ...importa-se de ir? E nós vamos verificar com o outro colega.”* E13.

As falhas de conhecimento ou competência profissional foram associadas a falta de experiência profissional e evidenciaram menor proatividade na resolução de situações novas ou de maior complexidade, como explicita o seguinte excerto: *“um enfermeiro leva muito tempo a ser perito. ... num serviço com a dimensão e o grau de complexidade de cuidados desta natureza... um recém-licenciado é lançado às feras.”* E9. Foram também mencionados outros fatores como: fadiga, stress, falta de atenção, facilitismo, inércia, desmotivação, pouco envolvimento do profissional, entre outros.

Quadro 4 – Síntese dos fatores humanos intervenientes nos eventos relatados

Categoria	Subcategoria	Participantes
Comunicação na equipa	Qualidade da informação	E1, E3, E9, E13, E16
	Assertividade	E8, E10, E11
Competência Profissional	Inexperiência	E3, E6, E7, E9, E10, E13, E14, E17
	Excesso de confiança	E4
Dificuldade funcional	Stress	E6, E19
	Fadiga,	E19
	Distração, facilitismo	E2, E4, E6
Envolvimento profissional	Desmotivação, Desencantamento	E5
	Inércia, desinteresse	E5, E10

Os enfermeiros, com humildade, falam das suas fraquezas e identificam os fatores humanos como causas próximas dos incidentes relatados. Contudo, foi constante a convicção que muitas dessas fragilidades se devem a fatores organizacionais, que condicionam a sua performance, como se apresenta no Quadro 5.

A **constituição das equipas**, foi identificada como uma questão central em todos os relatos. Os participantes identificam como principais problemas o défice de recursos humanos e a instabilidade da equipa, que associam à mobilidade excessiva dos profissionais, não só por políticas de recrutamento assentes na precariedade do emprego mas, também resultantes da mobilidade dentro da organização.

A subdotação da equipa, que se repercute numa sobrecarga de trabalho particularmente evidente em alguns períodos do dia, foi considerada um dos fatores mais importantes para a ocorrência de eventos adversos. Os enfermeiros sentem que a falta de enfermeiros os obriga a trabalhar à pressa, muitas vezes sem tempo para refletir na e sobre a ação, potenciando a possibilidade de erro, como se exemplifica: *“Há muitas vezes défice de recursos humanos, ... que nos pode levar a fazer as coisas sem nos questionarmos sobre o que estamos a fazer. Esta necessidade de prestar cuidados de forma rápida pode levar a que se cometam erros.”* E2.

Os profissionais referem que a subdotação e a instabilidade nas equipas de enfermagem reduzem a capacidade de resposta. Neste contexto, a admissão de novos profissionais representa um risco acrescido, uma vez que os programas de integração, frequentemente são demasiado curtos e os profissionais são impelidos a assumir responsabilidades superiores às competências que a sua experiência permitiu desenvolver, como elucida o seguinte

exemplo: *“Agora com a rotatividade da equipa, porque realmente somos uma equipa muito jovem...não está a ser nada fácil. Eles têm um tempo de integração mínimo...eles nem chegam a ter uma noção da definição das prioridades. As intervenções que podem esperar e as que não podem.”* E13.

Os participantes salientaram a relevância das políticas organizacionais na constituição da equipa e sobretudo a importância da liderança nos aspetos ligados à formação e desenvolvimento das mesmas. As falhas de liderança foram salientadas particularmente na integração e acompanhamento de novos profissionais e no incentivo e apoio à mudança, como ilustra o seguinte excerto: *“a mudança acarreta maior trabalho. Para evitar alguma sobrecarga de trabalho deixava-se ficar as coisas para o dia seguinte. A enfermeira chefe tinha que ter conhecimento destas coisas e ter tomado outras decisões, o que não fez”* E5.

Cerca de 95% dos participantes relatam falhas que envolvem a **organização dos cuidados**. Esta categoria inclui aspetos referentes à forma como as atividades de enfermagem estão desenhadas e organizadas, que se repercutem no “modo de fazer” daquele serviço, influenciando as práticas. Os relatos referem que, embora formalmente os serviços tenham métodos de organização do trabalho centrados em cuidados individualizados, frequentemente os enfermeiros sentem necessidade de quebrar regras de segurança na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente, nem sempre quem prepara a medicação é o profissional que a administra, nem sempre quem realiza os registos é o profissional que prestou os cuidados *“...Penso que nos turnos da tarde às vezes acontece isto: um prepara para os seus doentes, depois fica ocupado por determinada circunstância, tem que se ausentar, por exemplo para ir acompanhar um doente, e é outro enfermeiro que administra”* E7.

Os enfermeiros são frequentemente interrompidos nas suas atividades e as prioridades são alteradas em consequência da interação permanente com o doente, a família, o médico ou outros elementos da equipa que, perante situações imprevistas, reclamam a participação dos enfermeiros para a resolução dessas situações, como se exemplifica”

“Um serviço com uma grande afluência, muito desorganizado em termos de gestão de cuidados. Às vezes, o enfermeiro, para além dos seus doentes, também tem que ajudar um doente externo numa biópsia renal... e quando regressa aos seus doentes já aconteceram muitas coisas... é muito confuso” E3.

Alguns participantes salientam problemas estruturais nos serviços, que dificultam o trabalho dos profissionais e a vigilância dos doentes. Salas muito distantes, pequenas, mal organizadas foram considerados fatores que dificultam a vigilância dos doente e/ou a preparação da medicação, como refere o extrato seguinte: *“ As unidades estão quase sempre muito mal preparadas... para quem está doente, claro, mas para quem trabalha lá também...”* E8.

Não podendo inferir que as condições físicas estão diretamente ligadas à ocorrência dos eventos de segurança, podemos intuir que esta falta de condições dificulta o trabalho dos profissionais e indiretamente contribui para aumentar o risco.

Quadro 5 – Síntese dos fatores sistémicos identificados nos eventos relatados

Categoria	Subcategoria	Participantes
Constituição da equipa	Défice de pessoal: Sobrecarga de trabalho	E2, E7, E9, E12, E15, E16 E13, E19
	Instabilidade: Rotatividade Transferências	E9, E13
Liderança	Integração inadequada	E3, E9, E13
	Falhas no acompanhamento e supervisão	E6, E7
	Falta de apoio e incentivo à mudança	E5, E12, E16, E19
Organização dos cuidados	Falhas na implementação do método de trabalho	E1, E2, E4, E7, E12
	Desorganização nos processos de trabalho	E3, E5
	Interrupções	E2, E7
	Interação com outros grupos profissionais e serviços	E5, E11, E13, E19
	Práticas habituais do grupo	E2, E4, E7, E12, E13
Ambiente físico	Estrutura espacial	E2, E7, E9, E17
	Materiais	E8, E12, E17

Mitigação de danos e prevenção

Quando analisamos a forma como as equipas aprendem com os erros, verificamos que na generalidade dos casos o foco de análise continua a estar centrado sobretudo no exercício do profissional e praticamente não se discutem as circunstâncias organizacionais ou sistémicas que envolvem a ocorrência dos incidentes, como se refere: “... depois na passagem de turno falou-se muito rapidamente do que aconteceu. ... Aconteceu pronto. Resolveu-se e acabou, como se não tivesse acontecido. Acho que poderia ter sido oportunidade para repensar na forma de distribuição, mas não.” E1.

Quase todos os profissionais reconhecem que muitos dos eventos poderão ser prevenidos e propõem medidas de melhoria dirigidas ao profissional, à gestão de recursos humanos, gestão de processos e à gestão de espaços físicos e materiais, que em conjunto melhorem as condições do exercício profissional.

DISCUSSÃO

No respeito pelos valores e princípios ético deontológicos, os enfermeiros assumem a responsabilidade por garantir cuidados de qualidade à pessoa/família que neles confiam e, como salientam outros estudos, evidenciam disponibilidade para refletir sobre os incidentes de segurança^(16,17). É inegável que ocorrem falhas na prática de enfermagem, com potencial para causar dano ao doente, não se podendo ignorar esta realidade nas estratégias de promoção da segurança, como também tem sido evidenciado noutros estudos^(2,16,17).

Embora o EA tenha sido associado a práticas profissionais menos seguras, tal como tem sido salientado por outros autores^(16,18), quando o erro acontece, a preocupação dos enfermeiros foca-se na redução do dano e prevenção de eventuais complicações, não hesitando no pedido de ajuda de outros profissionais.

Foram identificados erros de omissão (vigilância, julgamento clínico, advocacia, realização de procedimentos, registos, ...) e erros de comissão (erros na preparação e administração de medicação, comunicação ineficaz, supervisão inadequada, ...). Todos os enfermeiros identificaram o incidente de segurança como uma falha na sua performance, assumindo a responsabilidade profissional pela sua ocorrência. No entanto identificam simultaneamente falhas na comunicação e falhas nos processos de gestão, como têm postulado vários autores^(2,19).

Como é salientado noutros estudos^(2,18), o contexto menos adequado em que se desenvolvem as práticas de enfermagem parece influenciar a resposta de cada profissional aos desafios que diariamente enfrenta, colocando-o na rota de ocorrência do evento adverso.

Assim, foi sentido pelos profissionais que muitas vezes a sobrecarga de trabalho e necessidade de rapidez na ação, potenciou estados de fadiga, *stress* ou distração, dificultou a sua capacidade de refletir e agir de forma mais adequada. O desgaste conduziu alguns enfermeiros ao desencanto profissional, à desmotivação e a um menor envolvimento profissional, com repercussões negativas no desenvolvimento de atitudes mais proactivas para a segurança dos cuidados. Neste contexto, a qualidade e assertividade nos processos de comunicação frequentemente ficam comprometidas, constituindo fatores adicionais à trajetória do erro. Quando analisamos o contexto em que ocorreram os eventos, verificamos que em cerca de 40% dos casos estiveram envolvidos profissionais com pouca experiência, o que sugere que menor experiência profissional associada a processos de integração menos conseguidos reduzem a capacidade do enfermeiro para gerir e intervir de forma segura em situações mais complexas. Estes resultados, tal como sugere Palese, Mesaglio, De Lucia, *et al.*⁽²⁰⁾, alertam para a necessidade de os gestores prestarem particular atenção à estabilidade das equipas. Carayon e Gurses⁽²¹⁾, consideram que a carga de trabalho é influenciada

pela dotação de enfermeiros, pelas características do doente e também pelo desenho do sistema de trabalho, defendendo que, se muitas vezes não é possível modificar as primeiras variáveis, se deverá dar mais atenção à melhoria dos contextos de trabalho.

A liderança de enfermagem pode desempenhar um papel pró-ativo muito importante, não só no desenvolvimento de contextos mais favoráveis a práticas profissionais seguras, mas, acima de tudo, no fortalecimento de uma cultura de segurança promotora da aprendizagem com os erros⁽²²⁻²⁴⁾.

CONCLUSÕES

Os resultados evidenciam que continuam a ocorrer incidentes na prática dos enfermeiros com potencial para causar dano aos doentes, salientando-se a necessidade de compreender a interação dos fatores humanos e sistémicos que contribuem para a sua ocorrência. Destaca-se a necessidade de uma abordagem sistémica, particularmente na análise da constituição das equipas, da organização dos processos de trabalho, nomeadamente nos finais de turno, da forma como se processam as transferências dos doentes, dos fatores que condicionam as interrupções do trabalho dos enfermeiros. É também salientada, a necessidade dos enfermeiros gestores serem capazes de identificar o impacto negativo, que as condições de trabalho desfavoráveis estão a ter nos níveis de *stress*, motivação e empenho dos profissionais, sugerindo-se uma particular atenção na sua prevenção.

Certamente que o caminho para a transformar as instituições de saúde, em organizações mais seguras, passa por maior compromisso com a cultura de segurança e pelo desenvolvimento de uma liderança que estimule a gestão do risco de forma integrada.

Limitações do estudo

Reconhecemos que a amostra selecionada pode ter limitado uma abordagem mais abrangente da temática em estudo. Limitámos a análise à perspetiva dos enfermeiros mas admitimos que a análise beneficiaria de um olhar multiprofissional.

Também consideramos que ao centramos a entrevista na descrição de um evento significativo, limitamos o tipo de eventos descrito. Situações em que a linearidade entre a ação do profissional e os resultados no doente é menos óbvia, como por exemplo as infeções associadas aos cuidados de saúde ou as úlceras de pressão, não foram relatadas, necessitando de outra abordagem de estudo.

BIBLIOGRAFIA

1. Chang A, Schyve PM, Croteau RJ, O'Leary DS, Loeb JM. The JCAHO patient safety event taxonomy: A standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. *International Journal for Quality in Health Care* [Internet]. 2005 Apr 1 [citado 2017 Fev 1]; 17(2): 95-105. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzi021>.
2. Benner PE, Kathy M, Vickie S. *Nursing Pathways for Patient Safety*. National Council of state Boards of Nursing. St. Louis Missouri (US): Mosby Elsevier; 2010.
3. Baker GR. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal* [Internet]. 2004 May 25 [citado 2017 Fev 1]; 170(11): 1678-86. Disponível em: <http://www.cmaj.ca/cgi/doi/10.1503/cmaj.1040498>.
4. Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC de. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Internet]. 2005 Dec [citado 2017 Fev 1]; 8(4): 393-406. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000400008>.
5. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Requena-Puche J, Terol-García E, Kelley E, et al. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: Results of the Spanish national study of adverse events (ENEAS). *International Journal for Quality in Health Care* [Internet]. 2009 Dec 1 [citado 2017 Fev 2]; 21(6): 408-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp047>.
6. Sousa P, Uva A de S, Serranheira F, Leite E, Nunes C. *Segurança do doente. Eventos adversos em hospitais portugueses: Estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa (PT); 2011.
7. Council of the European Union (UE). *Council Recommendation on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections*. 2947th Employment, social policy, health and Consumer affairs council meeting. Luxembourg (LU): Council of the European Union; 2009.
8. Bender MM, Connelly CD, Brown C. Interdisciplinary collaboration: the role of the clinical nurse leader. *Journal of Nursing Management* [Internet]. 2013 Jan [citado 2017 Fev 2]; 21(1): 165-74. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2834.2012.01385.x>.

9. Savitz LA, Jones CB, Bernard S. Quality Indicators Sensitive to Nurse Staffing in Acute Care Settings. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DI, editors. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 4: Programs, Tools, and Products)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005.
10. Smith L, Burke J, Sveinsdóttir H, Willman A, editors. *Patient safety in Europe: Medication errors and hospital-acquired infections*. In: *Patient safety in Europe: Medication errors and hospital-acquired infections*. Medical Care. Glasgow: Workgroup of European Nurse Researchers Patient (EU); 2008.
11. Cohen L, Manion L, Morrison K. *Research methods in education*. 7th ed. London (GB): Routledge; 2011.
12. Mertens D. *Research methods in education and psychology: Integrating diversity with quantitative and qualitative approaches*. 2nd ed. Thousand Oaks (US): Sage Publishing; 2005.
13. Angen MJ. Evaluating interpretive inquiry: Reviewing the validity debate and opening the dialogue. *Qualitative Health Research* [Internet]. 2000 May [citado 2017 Fev 2]; 10(3): 378-95. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/104973230001000308>.
14. Streubert H, Carpenter D. *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 5ª ed. Loures (PT): Lusociência; 2006.
15. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4ª ed. Lisboa (PT): Edições 70; 2009.
16. Doran D. *Nursing Outcomes: State of the science*. 2nd ed. Toronto (CA): Jones & Bartlett Publishers; 2011.
17. De Freitas GF, Hoga LAK, Fernandes MD,FP, González JS, Ruiz MCS, Bonini BB. Brazilian registered nurses' perceptions and attitudes towards adverse events in nursing care: A phenomenological study. *Journal of Nursing Management* [Internet]. 2011 Apr [citado 2017 Fev 3]; 19(3): 331-8. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2834.2011.01208.x>
18. Johnson M, Tran DT, Young H. Developing risk management behaviours for nurses through medication incident analysis. *International Journal of Nursing Practice* [Internet]. 2011 Dec [citado 2017 Fev 3]; 17(6):548-55. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-172X.2011.01977.x>

19. Carayon P, Schoofs Hundt A, Karsh B-T, Gurses AP, Alvarado CJ, Smith M, et al. Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Quality & safety in health care* [Internet]. 2006 Dec [citado 2017 Fev 3]; 15(Suppl 1): i50-58. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2005.015842>.
20. Palese A, Mesaglio M, De Lucia P, Guardini I, Forno MD, Vesca R, et al. Nursing effectiveness in Italy: Findings from a grounded theory study. *Journal of Nursing Management* [Internet]. 2013 Mar [citado 2017 Fev 3]; 21(2): 251-62. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2834.2012.01392.x>.
21. Carayon P, Gurses AP. Nursing workload and patient safety: A human factors engineering perspective. In: Hughes RG, editor. *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville (US): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
22. Bamford M, Wong CA, Laschinger H. The influence of authentic leadership and areas of worklife on work engagement of registered nurses. *Journal of Nursing Management* [Internet]. 2013 Apr [citado 2017 Fev 3]; 21(3): 529-40. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2834.2012.01399.x>.
23. Castilho AF, Parreira PM, Martins MM. Liderança em enfermagem e segurança dos doentes. *Revista de Investigação em Enfermagem* [Internet]. 2014 Nov [citado 2017 Fev 3]; 9(Série II): 81-9. Disponível em: http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/Rie9_Serie2.pdf.
24. Castilho AF, Parreira PM. Patient safety culture in inpatient services: Improve a challenge. London (GB): Patient safety culture in inpatient Bulletin of world congress for health & safety, 70; 2012.

Correspondência: afilomena@esenfc.pt