

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

Da Condição da Génese do Erro em Enfermagem À Segurança do Cliente em Serviços de Urgência

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Luísa da Conceição Murcho Matado Caldas

Orientador(a):

Professora Doutora Lucília Rosa Martins Nunes

[Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora

Novembro 2006

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

Da Condição da Génese do Erro em Enfermagem À Segurança do Cliente em Serviços de Urgência

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Luísa da Conceição Murcho Matado Caldas

Orientador(a):

Professora Doutora Lucília Rosa Martins Nunes

[Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora

Novembro 2006

*Dedico este trabalho à minha mãe Elisa, e a cada João que junto a mim,
ou longe no espaço, mas sempre no coração, me acompanharam
passo-a-passo nesta jornada...*

AGRADECIMENTOS

*Agradeço à Professora Doutora Lucília Nunes todo o apoio, disponibilidade e sabedoria
que sempre me transmitiu...*

*Agradeço a todos os enfermeiros que colaboraram directa ou indirectamente neste estudo,
enfrentando o “erro”, porque a vontade de mudar é maior que qualquer medo...*

Agradeço à minha família, pelo carinho, pela paciência, por tudo...

Agradeço aos amigos, em especial à Fernanda, à Céu e ao Duarte ...

Agradeço à mão invisível que torna as “pegadas” mais leves...

*...knowledge does grow here and there by accumulation.
Yet far often knowledge grows by the recognition of error...*

Karl Popper

RESUMO

O actual contexto de mudança rápida das organizações de saúde, aliado ao desenvolvimento das tecnologias médicas e terapêuticas, impele-nos a um questionamento constante dos aspectos relativos às práticas de cuidados em geral e às “más práticas” em particular, numa perspectiva de melhoria contínua da sua qualidade.

O presente trabalho, *Da Condição da Génese do Erro em Enfermagem à Segurança do Cliente em Serviços de Urgência*, teve como objectivos descrever o contexto da génese do erro nas práticas de enfermagem em Serviços de Urgência e as atitudes dos enfermeiros face ao erro, assim como propor um projecto de intervenção tendente à sua diminuição e ao aumento da segurança dos clientes.

Tratou-se de um *Estudo de Caso* de carácter exploratório-descritivo, no qual participaram os enfermeiros das equipas da Urgência Geral e da Urgência Pediátrica de um Hospital da região de Lisboa. Como estratégias geradoras de dados optou-se por questionários e entrevistas semi-estruturadas. Na análise das evidências recolhidas por questionário fez-se uso da distribuição de frequências e da média, enquanto no tratamento das narrativas efectuou-se análise de conteúdo.

A procura do aumento da compreensão do fenómeno erro em enfermagem permitiu a identificação dos tipos de erros que decorreram durante as práticas, a visão e atitudes dos enfermeiros face ao erro, assim como a sua perspectiva do erro e do cuidar e das práticas de cuidados seguros.

Palavras Chave: Erro, “*Near miss*”, Qualidade, Práticas Seguras, Segurança do Cliente.

ABSTRACT

The current context of fast change of the health organizations, ally to the development of the therapeutic and medical technologies, impels us to a constant questioning of the aspects related to the care practices in general and to the "bad practices" in particular, in a perspective of continuous improvement of its quality.

The present work, *From the Condition of the Genesis of Nursing Error to the Security of the Client in Emergency Services*, had as objectives to describe the context of the origin of error in the nursing practices in Emergency Services and the attitudes of the nurses face to the error, as well as to propose an intervention project which leads to its reduction and increase the security of the clients.

It was an exploratory-descriptive character *Case Study*, in which participated the nurses from General and Paediatric Emergency teams from a local Hospital in Lisbon. The data generating strategies were questionnaires and half-structuralized interviews. In the analysis of the evidences collected by questionnaire, made use of the distribution frequencies and the average, while the handling of the narratives were made by contents analysis.

The search for the increase of the understanding of the error phenomenon in nursing, allowed the identification of several types of errors that emerge during the nurses practices, the vision and attitudes of nurses facing the error, as well as their perspective of error and the care, and the practise of safe care.

Key Words: Error, "Near miss", Quality, Safe Practises, Client Security.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	4
RESUMO	6
ABSTRACT	7
ÍNDICE	8
Lista de Quadros.....	9
Lista de Gráficos.....	10
GLOSSÁRIO DE SIGLAS	11
INTRODUÇÃO	12
1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
2 - METODOLOGIA	47
2.1 - Fontes de dados	51
2.2 - Estratégias Geradoras de Dados	52
2.3 - A Recolha de Dados	57
3 - DO ERRO EM ENFERMAGEM E DA SEGURANÇA DOS	60
CLIENTES	60
3.1 - Evidências Obtidas por Questionário	62
3.2 - Evidências Obtidas por Entrevista	72
4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	92
4.1 - Principais Conclusões	92
4.2 - Um Projecto de Intervenção	119
BIBLIOGRAFIA	129
ANEXOS	140
ANEXO I - Fotografias utilizadas nas entrevistas.....	141
APÊNDICES	147
APÊNDICE I - Pedido de autorização para realizaro pré teste do questionário e das entrevistas	148
APÊNDICE II - Questionário.....	150
APÊNDICE III - Guião da entrevista.....	160
APÊNDICE IV - Quadro resumo dos tipos de erros e “near misses”identificados por questionário	162
APÊNDICE V - Quadros e gráficos.....	164
APÊNDICE VI - Quadro categoria A – <i>Visão do Erro</i>	170
APÊNDICE VII - Quadro categoria B – <i>O Erro e o Cuidar</i>	198
APÊNDICE VIII - Quadro categoria C – <i>Atitudes Face ao Erro</i>	210
APÊNDICE IX - Quadro categoria D – <i>Cuidados Seguros</i>	228

Lista de Quadros

Quadro 1 – Instrumentos de Investigação.	50
Quadro 2 – <i>Escala de Likert</i> do questionário aplicado na identificação de erros e “near misses”.....	55
Quadro 3 – Síntese das categorias e sub-categorias do questionário aplicado.....	62
Quadro 4- Síntese da distribuição da identificação dos tipos de erro ou “near misses” por Turno de Enfermagem.....	64
Quadro 5 - - Síntese da distribuição da identificação de identificação de erros de medicação, por Turno de Enfermagem.....	70
Quadro 6 - Síntese da distribuição da identificação de erros de quedas de doentes, por turno de Enfermagem.....	72
Quadro 7 - Descritivo da categoria visão do erro.....	79
Quadro 8 - Descritivo da categoria atitudes face ao erro.	83
Quadro 9 - Descritivo da categoria cuidados seguros.	86
Quadro 10 - Descritivo da categoria o erro e o cuidar.....	89
Quadro 11 - síntese da distribuição das categorias e sub-categorias da identificação da génese do erro em enfermagem e da segurança dos clientes em serviços de urgência.	91
Quadro 12- Síntese do Projecto de Intervenção na Área da Segurança do Cliente.....	124

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Distribuição de Identificação de Tipos de Erros ou “Near Misses”	64
Gráfico 2 – Distribuição da Identificação de Erro de Medicamento Incorrectamente Formulado na prescrição	65
Gráfico 3 Distribuição da Identificação de Erro de Rotulagem de “Droga Adicionada” Inexistente ou Inadequada	65
Gráfico 4 – Distribuição da Identificação de Erro de Rotura de Stock no Serviço	66
Gráfico 5 – Distribuição da Identificação de Erro de Administração de Medicamento fora da Hora Prescrita	66
Gráfico 6 – Distribuição de Identificação de Erro de Apresentação de Seroma/Flebite no Local de Punção.....	67
Gráfico 7 – Distribuição da Identificação de Erro de Monitorização de Medicação por Tempo Insuficiente	67
Gráfico 8 – Distribuição da Identificação de Erro de Preparação de Via de Administração Errada.....	68
Gráfico 9 – Distribuição da Identificação de Erro de Preparação de Medicamento com Rótulo Inadequado.....	68
Gráfico 10 – Distribuição da Identificação de Erro de Medicamento Incorrectamente Transcrito.....	69
Gráfico 11 – Distribuição da Identificação de Erro de Falha na Vigilância dos Doentes: Abandono (fuga) do Serviço.....	71
Gráfico 12 – Distribuição de Identificação de Erro de Enganos com a Identificação/Troca de Doentes	71

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

CNA- Canadian Nurses Association

FIP- International Pharmaceutical Federation

ICN- International Council of Nurses

IQS – Instituto da Qualidade em Saúde

IOM – Institute of Medicine

ISO – International Standard Organization

JCAH- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

NCC MERP- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNAH – Programa Nacional de Acreditação de Hospitais

SA- Sociedade Anónima

SO- Sala de Observação

UCEP- Unidade de Cuidados Especiais Pediátrica

UE- Unidade de Enumeração

WHO- World Health Organization

INTRODUÇÃO

Partindo da reflexão sobre a prática profissional, foi possível a escolha do presente tema, cuja finalidade se prende com o delinear de um estudo, Dissertação do II Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, na área de Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde.

Este estudo aborda a problemática *Da condição da génese do erro em Enfermagem, à segurança dos clientes em serviços de urgência*, pretendendo-se inicialmente, neste breve projecto, explicitar a sua pertinência e as razões da sua escolha, seguindo-se “The State of Arts” e a metodologia que, nesta fase preparatória nos parece ser a mais indicada.

• Do Contexto do Tema / Problema

A enfermagem encontra-se intrinsecamente ligada à evolução dos cuidados de saúde em geral, sendo fortemente influenciada pelas alterações sócio-económicas, culturais, tecnológicas e até ambientais, que se têm observado na nossa sociedade. No último século, a evolução e desenvolvimento da enfermagem têm tido um amplo significado. Porém, enquanto profissão cujos princípios assentam em padrões ético profissionais que privilegiam a preocupação com a vida e máximo bem-estar do ser humano, a postura dos profissionais tem que ser permanentemente reflexiva, numa procura constante de acompanhar o progresso, não se deixando ultrapassar nem subjugar por ele, mas colocando-o ao serviço da população. Mas, embora este seja o caminho mais adequado, impõe-se ir ainda mais além, pois importa passar da reflexão à prática, o que implica, no caso da enfermagem, uma obrigação ético-legal de assegurar cuidados de saúde humanizados e isentos de riscos e danos para os clientes.

Neste contexto de mudança rápida do nosso mundo, e aliado ao rápido desenvolvimento das tecnologias médicas e terapêuticas, Archer, Biscaia e Osswald (1996) consideram como insuficientes os referenciais éticos regidos pelos princípios hipocráticos, como resposta às novas questões da ética, dando origem à bioética e fazendo apelo aos direitos dos clientes, como o direito à autonomia, à verdade, à informação e ao consentimento informado. O desenvolvimento da bioética trouxe à medicina um cariz

social que esta, de acordo com os autores, não comportava antes, mas que esteve e está sempre muito presente no campo da enfermagem, confrontando-nos quase permanentemente com dilemas relacionados com as novas tecnologias e tratamentos, mas também e não menos importantes, com a relação enfermeiro/cliente.

Comungamos dessa opinião, pois actualmente, com os novos poderes que a ciência permite ao Homem, cada vez é mais importante o questionamento constante dos aspectos relativos às práticas de cuidados, numa perspectiva do agir ético, como forma de garantia dos direitos dos cidadãos. O nosso percurso de vinte anos de exercício da enfermagem mostrou-nos que sempre teremos que enfrentar os complexos desafios que surgem perante nós, a nível pessoal, profissional, organizacional e social, pois a própria vida é também um constante e maravilhoso desafio, que nos impulsiona a caminhar. As diversas situações de saúde e de doença que temos vivenciado, algumas mais ingénuas, outras envoltas em maior complexidade, foram sem dúvida marcantes no nosso crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, indissociáveis como da própria natureza humana. À semelhança dos que se iniciam na profissão de enfermagem e conforme refere Ribeiro (1995), também a nossa preocupação inicial foi na vertente do tratar, à qual mais tarde se aliou a dimensão do cuidar, cuja ênfase é na personalização e humanização dos cuidados.

Por sua vez, estes dois últimos aspectos conduzem-nos sem dúvida a Jean Watson e à sua Teoria de “Human Care” – Cuidado Humano – que vê o Homem como um ser biológico, psicológico, social cultural e espiritual, enfatizando os aspectos transcendentais e metafísicos. Assim sendo, a sua perspectiva do cuidar em enfermagem, será em contexto e na relação com os outros indivíduos, tendo sempre presentes os factores científicos e humanísticos que são essenciais nessa relação (Watson, 1985). O Enfermeiro no seu dia-a-dia orientará a sua actuação com base num sistema de valores humanísticos, de modo que estes marquem verdadeiramente a prática dos cuidados, para que até os aspectos científicos e tecnológicos deles saiam impregnados, sendo a sua interacção que enriquece e suporta a ciência do cuidar.

Assim sendo, a visão contemporânea da enfermagem vai ao encontro da necessidade dos profissionais se munirem de estratégias, que lhes permitam na prática aliar as competências técnicas às competências relacionais, fazendo deste modo apelo ao

pensamento ético, pois trata-se de uma profissão que segundo Queirós (2001), se encontra intrinsecamente ligada a aspectos desta natureza e que envolvem certo grau de complexidade. Nesta perspectiva dual da relação que se estabelece entre a pessoa que presta os cuidados e a que os recebe, existe uma finalidade que é reconhecida como a da promoção da saúde e bem-estar, assim como da segurança da pessoa cuidada, que ultrapassa o referencial dos valores tradicionais e dos direitos dos clientes, para exigir uma conduta de responsabilidade ética por todos os cuidados realizados ao cliente, assim como na sua defesa e protecção dos seus direitos.

Na área da saúde e prendendo-se com a vulnerabilidade do grupo, a reflexão sobre o inquestionável direito à saúde de cada cidadão, prende-se também com os deveres de cada grupo profissional. Para Nunes (2005), reflectir sobre a enfermagem e os deveres dos profissionais na sua relação com o cliente, também implica os direitos, pois estes surgem do compromisso que os enfermeiros assumem, de prestar cuidados aos indivíduos nas diversas fases do seu ciclo de vida, materializando-se deste modo os princípios da ética profissional e da responsabilidade em exercer esse compromisso. A relação entre o profissional e a pessoa que recebe os cuidados, é feita com base no princípio da dignidade humana, inerente a todo o ser humano e presente na Constituição da República Portuguesa. Por sua vez, numa abordagem do Código Deontológico do Enfermeiro, os princípios do respeito pelos direitos humanos, da responsabilidade e da excelência do exercício, são os que orientam as práticas de enfermagem (art.º 78º, 3). Assim, no decurso da actividade profissional, os enfermeiros são responsáveis por todos os actos que realizam ou que delegam noutros profissionais, assumindo ainda o dever de analisar as práticas com regularidade no sentido da detecção de “eventuais falhas” susceptíveis de mudança e com a finalidade de alcançar a “excelência do exercício”, de acordo com o seu Código Deontológico, (Nunes, Amaral e Gonçalves 2005).

Porém, as alterações observadas durante o último século, não se limitam à evolução da ciência, da tecnologia e das profissões, mas extravasam os contornos do relacionamento interpessoal e interdisciplinar, alcançando as organizações como um todo e impondo uma visão num contexto social alargado (Biscaia 2000). Na sociedade Portuguesa, aliada à presente complexidade das organizações de saúde, ao facto desta ser um direito de todos e

de cada cidadão, denota-se um novo conceito de “cultura de exigência”, referido por Fragata e Martins (2005), como encontrando-se relacionado com o aumento das liberdades, do poder económico de algumas camadas da população e das modificações introduzidas na área da saúde, nomeadamente no sector privado com a oferta de seguros de saúde que permitem ao cidadão uma escolha mais ampla dos serviços e dos próprios profissionais. Os actuais consumidores dos serviços de saúde, vulgarmente chamados clientes ou utentes revelam cada vez mais preocupações relativamente à qualidade dos cuidados que lhes são prestados, mostram-se atentos ao preço-benefício, são cada vez mais exigentes e reclamam quando não estão satisfeitos, particularmente nas instituições privadas. Também a cura para muitas doenças e os tratamentos que permitem diminuir os óbitos ou manter a vida em situações que há poucos anos eram fatais, bem como o sensacionalismo que a comunicação social coloca nestes aspectos, facilmente nos levam a compreender que as expectativas das pessoas em torno da saúde sejam cada vez mais elevadas em termos de equidade e de qualidade. Estas constatações mostram uma nova realidade, confrontando os profissionais com múltiplas questões para as quais nem sempre é fácil encontrar respostas, mas que exige mudanças constantes por parte das organizações, no sentido de antecipar e satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes (Mezomo, 2001).

Neste contexto de relevância da qualidade na saúde, importa passar da teoria à prática, ou seja, impõe-se a implementação de “boas práticas” num processo de melhoria contínua e da procura de elevados níveis de eficiência, como afirma Biscaia (2000), e que só poderá conseguir-se com sistemas de qualidade aplicados aos serviços de saúde. Para tal impõe-se uma cultura organizacional orientada para os resultados e para a satisfação do cliente/utente, assim como uma cultura de equipa que promova o sentido de missão do hospital e o espírito de cooperação entre os serviços, pois todos existem para servir melhor quem os procura (Bilhim, 2004⁽¹⁾).

A saúde com qualidade surge como uma exigência e uma prioridade para as organizações de saúde, como uma estratégia global, comunitária, integrada no *3º Quadro Comunitário de Apoio*, através do Programa Operacional Saúde 2000-2006, que define como um dos objectivos prioritários “Melhorar o acesso a cuidados de saúde de qualidade”,

com a aplicação de medidas específicas, nomeadamente a 2.3, na “Certificação e garantia da Qualidade”, (Pignatelli, 2000:7). Em Portugal, o organismo de referência na aplicação destas estratégias é o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), que tem vindo a desenvolver projectos de melhoria da qualidade organizacional com a implementação de um sistema de acreditação para os hospitais públicos e em regime de Sociedade Anónima (SA), em parceria com o *Health Quality Service King’s Fund*. Os hospitais privados ou regime de gestão privada podem optar por outro sistema da qualidade, que lhes permita desenvolver e aperfeiçoar um conjunto de normas e protocolos numa responsabilidade mútua entre a organização e os colaboradores envolvidos num processo dinâmico que é de todos.

Para França (2004), a gestão da qualidade na área da saúde, para além de se revestir da máxima importância, deve desenvolver-se de forma faseada, com a aplicação de projectos a vários níveis, baseados em requisitos de “boas práticas” ou na prática baseada na evidência científica.

Sugere-nos assim, como o caminho cada vez mais obrigatório para a enfermagem, uma abordagem da “prática baseada na evidência”, conceito descrito por Muir Gray como “fazer bem as coisas certas”, ou seja, “fazer as coisas de uma forma mais eficaz e com os mais elevados padrões possíveis”, visando deste modo a obtenção de maior número de resultados positivos (Craig e Smyth, 2004:4). A investigação segundo este conceito foi inicialmente aplicada à medicina, sendo na actualidade o que melhor se aplica à área de saúde e especificamente dos cuidados de enfermagem, que enfrenta assim o desafio de aplicar sistematicamente os seus conhecimentos na investigação das práticas, gerando e integrando novos conhecimentos. Argumentam os autores, que o corpo alargado de conhecimentos da enfermagem implica a mobilização de uma ampla gama de bases de evidência inseridas nas ciências “médicas”, mas à medida que os papéis dos enfermeiros se desenvolvem integrados em equipas multiprofissionais, abarcando também as ciências do comportamento, sociais e da gestão. Isto significa, não uma investigação linear, mas uma investigação-acção que actualmente não existe por falta de recursos, tempo e competências específicas, mas que, quando existir permitirá efectivamente melhorar a qualidade clínica das intervenções em particular e desenvolver a performance da equipa de enfermagem e até multidisciplinar, num dado serviço ou unidade.

Desta forma, para analisarmos o exercício profissional dos enfermeiros, temos que perceber a sua génese, o seu contexto, os actores implicados e os pressupostos da sua actuação, assim como as organizações em que estão inseridos, sabendo-se *à priori* que se trata de uma tarefa complexa. Com efeito, a investigação permitirá introduzir mudanças no sistema de saúde, mas estas, de acordo com Reis (2004), irão por sua vez reflectir-se de forma significativa tanto nas práticas dos profissionais, como no domínio da gestão. As exigências do sector da saúde, colocam os gestores perante os grandes desafios das novas formas de organização, esperando-se por isso que estes tenham competências técnicas, capacidade de liderança, uma atitude proactiva e inovadora no envolvimento de todos os colaboradores valorizando o impacto das práticas nos resultados, e ainda a capacidade para se adaptarem rapidamente a novas situações.

A escolha deste tema advém assim, da sua relação directa com as nossas actuais funções e preocupações pessoais e profissionais, como Enfermeira Gestora de um Serviço de Urgência Geral e Pediátrico de um Hospital da região sul, tendo sido também fortemente influenciado pelo nosso percurso, pois aquilo que actualmente nos preocupa diverge daquilo que nos preocupava há 10 anos atrás, bem como no início da nossa carreira. De facto, “este é um processo absolutamente individual, pois a dimensão de ser e de mudar desenvolve-se de forma única em cada um, ligada ao seu agir concreto”, podendo até afirmar-se a existência de “um estilo pessoal que se constrói, relacionado com a reflexão sobre o vivido e o esforço para adequar os comportamentos e atitudes. E porque somos pessoas, também relacionado com as virtudes e os valores que cada um de nós se empenha em desenvolver” (Nunes 2000:25).

No contexto da sociedade actual, em que a mudança e a velocidade se encontram lado a lado, tendemos a passar rapidamente sobre o que nos rodeia e a seguir em frente, pois “não temos tempo a perder” e o tempo já é tão pouco para tudo o que gostaríamos de fazer...

Porém, a atitude correcta é a de reflectir sobre “o tempo que passa” e as construções que nele edificámos primariamente como ser humano e depois como profissionais, apesar

de se revestirem sempre de alguma “perplexidade e encantamento”, na busca permanente dos caminhos que poderão conduzir a uma maior autonomia e afirmação da profissão de Enfermagem, pois “nenhuma profissão pode existir sem o recurso à investigação, de modo a desocultar, esclarecer, prever e controlar os fenómenos que lhe dizem respeito” (Marçal, 1998:4).

Dissertar sobre a temática do erro em enfermagem e da segurança dos clientes em serviços de Urgência surge-nos assim com uma dualidade de sentimentos apaixonantes de quem no terreno está atento a algumas práticas sobre as quais gostaria de intervir eficazmente aumentando a sua qualidade, aliados a sentimentos de preocupação como Enfermeira Gestora na vertente da gestão do risco, abrangendo toda a organização de saúde.

Inquieta-nos a postura actual, em que na maior parte dos casos, as questões do erro e das “más práticas” são simplesmente ignoradas e só vêm à tona, por vezes sensacionalmente divulgadas pela comunicação social, quando provocam lesões graves ou até a morte dos clientes. Porém, se a atitude de “esconder a cabeça na areia” nos parece poder ser a mais frequente, encontramos-nos inseridas numa outra realidade, que apesar de ter como finalidade a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem na sua vertente técnica, parte do princípio de “apontar o dedo”, não a cada enfermeiro mas à unidade funcional a que pertence. De facto a existência de uma folha de “Registo de Ocorrência” na vertente técnica de cuidados de enfermagem, cujo âmbito se aplica a todos os enfermeiros do hospital, permite de forma anónima o registo e identificação do “acidente”, assim como das lesões ou risco para os clientes decorrentes das práticas. Dito desta forma parece muito simples e exequível, mas de facto, foi apresentada e introduzida há dois anos, com carácter obrigatório junto das chefias de enfermagem, não tendo sido explicada nem interiorizada a sua importância na gestão do risco, pelo que ninguém se sentiu motivado em estimular a sua utilização. Uma vez que se dava início ao processo de Gestão da Qualidade com a preparação para a certificação de algumas Unidades de acordo com a Norma ISO 9001:2000, foi elaborada uma Instrução de Trabalho correspondente ao

preenchimento do Registo de Ocorrência e colocadas em pastas nas salas de trabalho. Nesta folha é possível registar “acidentes” nos seguintes aspectos dos cuidados de enfermagem:

- Erros na preparação e administração de terapêutica / transfusões
- Complicações locais resultantes de venopunção
- Úlceras de pressão contraídas no hospital
- Lesões da pele no intra-operatório / outras técnicas
- Falhas ou faltas de equipamentos
- Queda accidental de doentes
- Outros a especificar

Apesar de a avaliação dos dados supostamente conduzir à implementação de medidas de melhoria das práticas de cuidados de enfermagem, verificou-se que no primeiro ano após a sua aplicação, as Unidades que tinham reportado ocorrências deste tipo foram penalizadas. Obviamente que esta atitude de penalização é desmotivante e não contribui para implementar esta estratégia específica, que poderia ser um instrumento de detecção e análise dos erros mais frequentes, e introdução de medidas tendentes à sua diminuição e ao aumento da segurança dos clientes.

Neste sentido, e numa época em que o acesso aos cuidados de saúde de alta qualidade é um direito humano essencial, reconhecido e valorizado pela União Europeia, a “Declaração do Luxemburgo sobre a segurança do doente”, faz apelo a que sejam tomadas medidas tendentes à aplicação de processos sistemáticos de segurança. Torna-se claro, que o primeiro passo a ser dado deverá ser no sentido de estabelecer uma cultura de segurança do cliente, que é fundamental para a qualidade dos cuidados de enfermagem em particular e abrangendo os cuidados de saúde em geral, em que a gestão do risco esteja enraizada na cultura individual e organizacional.

O Conselho Internacional de Enfermeiros considera a segurança dos clientes como sendo da responsabilidade da enfermagem, porém o problema dos erros não pode ser atribuído apenas a estes profissionais, pois grande parte deles ocorre por falhas do sistema, sugerindo assim que sejam incorporadas medidas que englobem não apenas os factores humanos como os do sistema, o que pressupõe também uma abordagem organizacional, (ICN, 2005).

Por seu lado, tanto a abordagem individual como a organizacional, pressupõem a reflexão sobre as práticas e a mudança de atitudes que deve partir do próprio, mas o qual acarreta alguns constrangimentos, pois assumir perante os colegas e chefia que se cometeu um erro é complicado e por outro lado acarreta sentimentos negativos. Deste modo, o comportamento mais fácil e menos penalizante é optar pela omissão, principalmente se a organização não possui um sistema anónimo de notificação.

Mas se concordamos que como enfermeiros não podemos ficar de braços cruzados esperando nunca ter o azar de nos acontecer um erro fatal para o cliente, também pensamos que a gestão do risco deve estar presente em cada serviço e em particular naqueles de maior stress e sobrecarga para os profissionais, como o são os serviços de urgência. As suas características relacionadas com a exiguidade do espaço físico, o desenvolvimento do trabalho por sobrecargas enormes em determinadas horas, escassez ou inadequação dos recursos materiais e humanos, grande rotatividade dos profissionais que não permitem a estabilização das equipas, são apenas alguns dos motivos que mais propiciam a ocorrência de erros. A gravidade da situação relaciona-se ainda com a inexistência de mecanismos para a sua detecção e consequentes medidas para os minorar.

Cabe então aos enfermeiros gestores o importante papel de desenvolver e aplicar estratégias tendentes à gestão do erro, que englobe a análise das práticas, para que deste modo seja possível a toda a equipa uma actuação preventiva, aumentando a segurança dos clientes e a fiabilidade da organização (Fragata e Martins, 2005).

Perante a escassez de estudos qualitativos sobre esta temática na área da enfermagem, resta-nos concordar com Gomes (2005) que, ao fazer referência a um estudo de médicos Portugueses, enfatiza a emergência de “aprender com os erros”, pois apesar de partirmos dos pressupostos que “errar é humano”, e que muita da nossa aprendizagem se faz por “tentativa e erro”, também é um facto que a nossa missão como enfermeiros é zelar pela saúde e bem-estar dos clientes e não provocar-lhes danos em circunstância alguma, muito menos por erros das práticas.

Deste modo, tendo como ponto de partida a revisão teórica e intrinsecamente ancorada nas nossas vivências, múltiplas questões se nos colocam: Em que circunstâncias

ocorrem os erros nas práticas de Enfermagem em Serviços de Urgência? Os Enfermeiros reconhecem os erros que ocorrem durante as actividades que executam, reportando-os e assumindo a sua responsabilidade? Qual o papel que os pares e os Enfermeiros Gestores preconizam, face à ocorrência de erros nas práticas de cuidados da Equipa de Enfermagem, tendo em vista o desenvolvimento de uma cultura de segurança?

Estas são apenas algumas das questões que nos inquietam e que conduzem à questão primordial que se encontra na base deste trabalho:

Como é que a análise dos erros, que ocorrem durante a prestação de cuidados de enfermagem, considerando o contexto da génese e atendendo às atitudes face ao erro, pode contribuir para a sua diminuição e para o aumento da segurança dos clientes em serviços de Urgência?

A amplitude da pergunta foi tão propositada como ampla é a nossa preocupação face a esta problemática. Na procura de algumas respostas, delineámos as fronteiras desta investigação, estabelecendo os seguintes **objectivos**:

- a) Descrever o contexto da génese do erro nas práticas de Enfermagem em Serviços de Urgência
- b) Descrever as atitudes dos Enfermeiros face aos erros que decorrem das suas práticas em serviços de Urgência
- c) Propor um projecto de intervenção tendente à diminuição dos erros em Enfermagem e ao aumento da segurança dos clientes

Pretendemos assim, uma mais ampla clarificação da génese do erro em enfermagem e uma maior consciencialização do caminho a percorrer no sentido da sua diminuição e do aumento da segurança dos clientes, sendo esta a finalidade deste trabalho.

Delinear e desenvolver uma investigação, coloca-nos nesta fase perante uma outra questão: como será possível este estudo?

As suas características em geral conduzem-nos à opção por um tipo de investigação qualitativa, respondendo às necessidades de compreender, descrever e interpretar o objecto

em análise, o que só é possível com uma abordagem deste tipo, (Fortin, 2000). Ainda, Craig e Smyth (2004), afirmam que os métodos qualitativos são os que permitem uma mais ampla compreensão dos modos como a evidência se pode transformar e informar a prática.

1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A compreensão da realidade deve partir da análise específica do seu campo de actuação, abrangendo as vertentes determinadas pelas opções de investigação, tornando-se assim pertinente desenvolver uma abordagem empírica, assim como os estudos encontrados e que se relacionam directamente com a génese do erro em enfermagem e a segurança dos clientes.

É crucial, no início de qualquer investigação, o recurso a uma pesquisa bibliográfica, que permita ao investigador abranger uma variedade de fenómenos que de outro modo lhe seria impossível e que lhe permitem não apenas o delineamento do estudo mas ser o seu suporte, Gil (1998); Fortin (2000); Craig e Smyth (2004).

Busca-se, com este referencial teórico, apresentar conceitos, opiniões e principais autores e estudos sobre a temática, de modo a que seja possível o surgir de novas ideias e uma nova abordagem, susceptível de ser reconhecida e analisada.

Das organizações e da gestão de recursos humanos na saúde

Na sociedade actual observam-se profundas e constantes alterações tanto na sua estrutura social como organizacional, sendo neste contexto de mudança rápida que se encontram inseridas as organizações de saúde, com o elevado grau de complexidade que lhe está inerente.

Falar das organizações de saúde, implica uma visão da teoria organizacional de modo a que seja possível estabelecer pontes entre a teoria descrita e a realidade constatada.

Ao ler os escritos sobre as organizações, cedo nos apercebemos da existência de uma multiplicidade de correntes em teoria organizacional derivadas do facto de cada escola de pensamento tentar dar a sua interpretação para os fenómenos que a caracterizam, desenvolvendo um quadro metodológico de compreensão da realidade.

Na segunda metade do século XIX, em plena industrialização que condicionou alterações profundas nas características do trabalho, as obras dos autores clássicos como Adam Smith, Karl Marx, Emile Durkheim, Max Weber, entre outros, denotam já alguma

apreensão com as questões da mudança das bases das organizações, enquanto as influências da industrialização norte-americana e inglesa estão patentes nos trabalhos de Frederick Taylor, Henry Fayol e Chester Bernard, considerados como os impulsionadores de variadas teorias e modelos organizacionais. O contributo dos referidos autores clássicos, bem como de outros que se seguiram, veio trazer os seus diversos olhares, procurando sugerir pistas e ferramentas que permitem a interpretação da realidade organizacional, conduzindo a paradigmas para a construção de referenciais teóricos e analíticos.

Apesar desta multiplicidade de modelos de representação da realidade organizacional, esta pode ser analisada de uma forma relativamente simples, de acordo com três eixos: o que é a organização, como desenvolve a sua actividade e quais são os seus modos de fazer, ou seja, que processos têm, e ainda que competências têm os seus actores (Da Silva, 2004). Esta visão pode ser aplicada, quer ao sistema de saúde na sua globalidade, ou a cada organização em particular.

Porém, as perspectivas contemporâneas em análise organizacional, de acordo com Neto e Truzzi (2002), não se limitam a esses eixos, considerando também relevantes os aspectos ligados à complexidade do ambiente em que se inserem as organizações, as relações organizacionais com actores externos, os factores cognitivos dos actores singulares, assim como o contributo das ciências da sociologia, administração, psicologia social, antropologia e economia para uma visão mais ampla do fenómeno organizacional.

Justifica-se, assim, que se procurem algumas definições de organização, que no contexto deste trabalho nos conduzam a uma melhor interpretação e contextualização da problemática em causa.

As organizações são hoje parte integrante da nossa vida em sociedade, pois desde nascermos em hospitais e trabalharmos em empresas, até quando morremos, recorrermos à igreja e à empresa funerária, tudo se passa dentro de organizações, como afirma Bilhim (2004⁽¹⁾). Estas, significam, não apenas entidades sociais como as empresas, os hospitais, ou a Administração Pública, mas englobam toda uma interacção entre os vários actores que as constituem, os modos como desenvolvem as suas actividades com vista a atingir

determinados fins, pressupondo uma maior ou menor distinção e hierarquização de funções e graus de complexidade e implicando uma coordenação das actividades.

Para Chiavenato (1995), uma organização é um sistema composto por actividades humanas aos mais diversos níveis, constituindo um conjunto de pequenos grupos, normas, valores e comportamentos, ou seja, um sistema de actividades conscientes e coordenadas de um grupo de pessoas, que visam atingir objectivos comuns. A interdependência entre uma organização e o seu meio envolvente é tida como uma condicionante essencial, especialmente no caso das organizações de saúde, as quais se encontram sujeitas a influências demográficas, sócio-económicas, tecnológicas e outras, constituindo-se em sistemas complexos.

Depreende-se a necessidade de abordagens no campo da sociologia das organizações de saúde em Portugal, que tenham em conta tanto a variedade de factores internos como externos, na medida em que todos eles são significativos em maior ou menor escala.

Os hospitais modernos possuem elevado grau de complexidade “na medida em que corporizam um sistema social de vivência da doença, modelado pelas lógicas ideológicas e práticas dos grupos profissionais”, carecendo de maior número de estudos (Silva 2004: 13). No campo da sociologia em Portugal, é reconhecido o número reduzido de estudos nas organizações da saúde em geral e em particular na profissão de Enfermagem, embora o estudo de Carapinheiro e Lopes (1997) seja significativo, pois lança diversos olhares sobre o hospital, inserido num sistema de saúde que tem sofrido mudanças significativas nas últimas décadas, sendo hoje caracterizado pela dualidade da oferta dos sectores público e privado. As autoras, consideram que o hospital pode ser visto numa perspectiva da organização, pois utiliza uma lógica organizacional específica, um sistema próprio de normas e valores sociais que, embora sujeitos às mudanças e influências políticas e económicas, se autonomiza quanto à definição e tomada de decisões sobre políticas médicas e hospitalares próprias, correspondendo-lhe processos específicos de produção e reprodução das relações de poder.

No que respeita às questões da autonomia hospitalar, esta é obviamente ainda mais significativa nas organizações privadas, pois estas são orientadas para o lucro e satisfação

dos seus clientes, e estão preocupadas em criar e sedimentar a sua imagem no mercado, procurando deste modo, formas organizacionais vocacionadas para processos de trabalho altamente diferenciados, descentralizados e flexíveis. Bilhim (2004 ⁽¹⁾), considera que estas são as características das organizações “pós-modernas”, construídas com base no desenvolvimento de culturas que favorecem e encorajam a autonomia, a opinião dos actores e a sua participação activa nas tomadas de decisão, viradas para os aspectos emocionais, uma vez que estes são promotores do desenvolvimento. As novas exigências do mercado, que colocam o cliente no centro das organizações, condicionam um elevado grau de flexibilidade nas estruturas e práticas, de modo a que todos os seus membros tenham um papel significativo e nela estejam envolvidos participando dentro da sua área de competência e trabalhando em consonância, de forma a oferecerem bens e serviços de elevada qualidade.

Estas novas abordagens, colocam os trabalhadores perante o desafio de alcançarem objectivos específicos, e exigem particularmente dos gestores o grande desafio de liderar todos no sentido de alcançarem a missão a que a sua organização se propõe, numa permanente busca da excelência, como se de uma orquestra se tratasse.

Tratando-se da saúde, os factores complexidade e mudanças constantes a que o sistema está sujeito, são considerados por Reis (2004), como preponderantes na prestação de cuidados, e exigindo por parte dos gestores atitudes inovadoras e liderança efectiva, a par de competências técnicas e relacionais que lhes permitam, de uma forma proactiva, manter os seus colaboradores com elevados níveis de desempenho e de satisfação. Com efeito, gerir pessoas é simultaneamente uma actividade complexa e essencial em qualquer organização, sendo que as questões referentes à gestão de recursos humanos são as que alicerçam a organização e, nesta acepção abrangente, o espaço em que decorrem os processos de gestão de recursos humanos é o mais fundamental da organização, conforme afirmam Caetano e Vala, (2002). De facto, as pessoas que hoje trabalham nas organizações, não podem ser vistas como um mero “recurso”, mas como uma “mais valia”, na medida em que constituem um “factor crítico sem o qual não há forma de competir e ter sucesso”, exigindo nesta óptica, quer na administração pública quer no sector privado, uma gestão estratégica de recursos humanos (Bilhim 2004 ⁽¹⁾: 7).

De acordo com Hamel e Prahalad (1994) e Bilhim (2004⁽²⁾), a gestão estratégica implica a tomada de decisão sobre o que a organização deverá fazer para passar do estádio actual ao desejável estádio futuro, e a garantia de que todas as acções necessárias serão implementadas com sucesso com vista a atingir tal meta. Deste modo, “a gestão estratégica emerge como o processo de formulação e implementação de planos que orientam a organização”, englobando o “planeamento estratégico, as decisões operacionais e o funcionamento da organização.” (Bilhim, 2004⁽¹⁾;47). A gestão estratégica envolve a organização no seu todo, especificando a sua relação com a envolvente geral e específica, definição da missão e dos objectivos para a sua consecução, estratégias e plano de gestão da carteira de negócios/actividades, (Bilhim, 2004⁽²⁾). O autor refere que a missão caracteriza a finalidade básica da organização, a razão de ser da sua existência; a visão constitui uma referência a longo prazo para a sua actuação, sendo qualitativo; os objectivos constituem o que a organização pretende atingir a curto prazo, no sentido de manter a sua missão e atingir a visão.

Seguindo este raciocínio, vários autores defendem, por oposição a uma perspectiva diferenciadora ou fragmentada, uma perspectiva integradora da cultura organizacional que enfatiza o consenso no interior da organização.

Fazendo a ligação com a Enfermagem, podemos dizer que aos profissionais que se encontram na prestação de cuidados se exige que se movimentem na esfera da cultura da organização que integram, aquilo que vulgarmente chamamos de “vestir a camisola”, pois todos são importantes para o sucesso. Quanto aos gestores, Reis (2004) refere que têm que estar preparados para desenvolver competências e aplicar técnicas nomeadamente de liderança em organizações em mudança, gerir conflitos e ser facilitador do trabalho em equipas pluridisciplinares, ter capacidade de argumentação baseada na avaliação do desempenho e numa perspectiva da qualidade e de ganhos em saúde, ter em atenção o binómio qualidade/custo, utilizar os resultados da pesquisa da prática baseada na evidência e ainda demonstrar aptidão para obter a colaboração da equipa pluridisciplinar.

Mas Bilhim (2004⁽¹⁾) faz referência à obra *Frontiers of Management*, da socióloga Rosabeth Kanter, em que esta, opondo-se ao tradicionalismo, aborda a mudança de uma forma revolucionária afirmando que esta não se impõe e que os profissionais devem ser providos de utensílios que lhes permitam utilizar as suas capacidades mentais, enquanto os

Líderes devem encarar a mudança como algo partilhado com toda a organização e levar as pessoas a actuar do modo considerado como adequado. Kanter, considera como capacidades essenciais aos líderes da mudança, as seguintes:

- a procura constante da excelência, que só é possível através da constante procura de novas e melhores formas de desenvolver as suas actividades, tentando ver para além das suas fronteiras;

- a procura de novos caminhos e de práticas inovadoras, desafiando o estabelecido;

- ter uma visão do futuro, que assemelhando-se a “um sonho” nos impulsiona a caminhar e a ultrapassar as dificuldades

- envolver todos os trabalhadores, clientes, accionistas, fornecedores, tornando-os parceiros da organização

- desenvolver e envolver uma equipa de pessoas entusiasmadas na mudança, dando-lhe as ferramentas necessárias à sua prossecução

- ter capacidade de persistência, não desistindo perante as dificuldades que sempre surgem na dura tarefa da mudança

- partilhar os momentos bons e o mérito de todos os que se envolveram

- tornar a cultura organizacional numa cultura da inovação constante.

Constatamos assim, como são enormes os desafios que se colocam aos gestores da mudança, pois implicam não apenas o desenvolvimento de processos e produtos, mas olhar de uma forma inovadora a realidade e transformá-la tendo em vista os objectivos da organização.

Da qualidade e das boas práticas nas organizações de saúde

Assegurar a qualidade dos cuidados de saúde às populações através de mecanismos eficazes, é uma necessidade identificada pela Organização Mundial de Saúde, constante na Meta 31 do documento “As Metas de Saúde Para Todos” (Portugal 1985), propondo que cada País defina as suas próprias estratégias e as aplique de acordo com as suas especificidades.

Na Europa, o *Programa Saúde XXI 2000 - 2006*, inserido no 3º Quadro Comunitário de Apoio, constitui uma ferramenta que visa o desenvolvimento da área da saúde, com base em três eixos prioritários, um dos quais se relaciona com a melhoria contínua da qualidade, elegendo-se como prioridade a Gestão do Risco Clínico e Não Clínico e centrando-se na “Certificação e garantia da qualidade”, constituindo assim uma importante estratégia Comunitária a este nível (Pignatelli, 2000). A melhoria da qualidade em saúde passa pela aplicação de estratégias que sejam o garante do nivelamento dos indicadores de boas práticas, balizadas por padrões internacionalmente aceites.

O conceito de qualidade é relativamente recente, sendo a sua visão inicial restrita à inspecção do produto final e controlo da qualidade de produção, tendo evoluído até à garantia da qualidade ao nível da organização e funções, da concepção à venda. Na actualidade, a perspectiva é ainda mais abrangente falando-se em gestão da qualidade total, que pressupõe um envolvimento e colaboração de todos os colaboradores na sua prossecução (Sale, 2000).

As múltiplas noções de qualidade que encontramos na literatura, possuem semelhanças, na medida em que se focalizam na satisfação dos clientes/utentes. Para Mezomo (2001), a qualidade em saúde é vista como a antecipação e satisfação das necessidades e expectativas dos clientes e encontra-se directamente relacionada com a missão, valores e cultura da organização. Mais abrangente ainda é a noção de cultura da qualidade, pois pressupõe o envolvimento de todos na sua definição, assentando em pilares fundamentais que se relacionam com o cliente externo e interno, e com a cadeia da qualidade total, considerando-se o primeiro como o enfoque da organização, pois esta só existe para satisfazer as suas necessidades, sendo ele quem deve definir a qualidade. A pessoa seguinte (ou grupo) no processo de trabalho, é o cliente interno e a satisfação só é conseguida através de uma cadeia inquebrável de clientes / fornecedores internos, em que os requisitos são o que o cliente quer, necessita ou espera, encontrando-se implícito e explícito que todas as pessoas são responsáveis pela qualidade, constituindo importantes elos desta cadeia.

Se a qualidade significa colocar os clientes/utentes no centro de todo o processo, a nossa prática diz-nos que significa também mudança, que para alguns constitui um desafio

estimulante, mas talvez para a maioria é um obstáculo, que se não for ultrapassado pode dificultar grandemente o decorrer de todo o processo, condicionando assim a grande necessidade de uma promoção efectiva da participação e envolvimento de todos os actores, uma vez que “não há mudança sem as pessoas, por mais atraente que tal mudança possa parecer” (Bilhim, 2004:205). Da mesma forma, o autor sugere inicialmente a obrigatoriedade de definir e clarificar a Missão e a Visão da organização, pois não é possível iniciar um caminho sem sabermos para onde vamos e as razões que nos levam a percorrê-lo, considerando que o maior desafio está na mudança da cultura organizacional.

Constituindo as linhas orientadoras da acção, a objectivação destes conceitos, assim como a sua divulgação e partilha de todos, são de acordo com Pisco (2000), também factor de motivação para os profissionais.

Concordamos que, a missão de qualquer organização é oferecer bens ou serviços que satisfaçam as necessidades reais dos seus clientes, onde se incluem os serviços de saúde, que por sua vez se devem desenvolver de acordo com normas e especificações *standard*, de modo a que seja possível a qualquer momento detectar falhas e agir de forma correctiva ou implementando medidas de prevenção. Isto só é possível através da implementação de um sistema de gestão da qualidade, cuja metodologia visa diminuir falhas internas e prever a ocorrência de falhas latentes, partindo da realidade de cada organização e no caso da saúde, tendo em consideração as particularidades de cada serviço, Christo (2002(1)).

A monitorização da qualidade dos cuidados pode realizar-se a vários níveis, no entanto, segundo Sale (2000), a nível nacional os principais programas usados são a Comissão de Auditoria, a auditoria Organizacional do *King's Fund Centre*, os Standards Britânicos e Internacionais em Sistemas de Qualidade – ISO 9000/BS 5750 aplicados aos serviços de saúde e a adesão ao Patient's Charter. Na Europa, na década de noventa surgiu ainda o *Modelo de Excelência da European Foundation for Quality Management*, reconhecido como uma valiosa ferramenta para a excelência da gestão e baseado na metodologia da auto-avaliação das organizações, aposta nos “meios” (Liderança; Política e Estratégia; Pessoas; Parcerias e Recursos; Processos), como forma de atingir melhores resultados (Resultados Clientes; Resultados Pessoas; Resultados Sociedade; Resultados Chave do Desempenho), Reis (2002).

Constatamos que a certificação dos serviços de saúde pode ser feita de acordo com um de vários referenciais normativos existentes, pese embora o facto de alguns serem mais conhecidos que outros, o que importa é que seja reconhecida a sua necessidade para a melhoria efectiva da qualidade, e ainda que da sua aplicação sejam retirados proveitos para os clientes e para os gestores, e não apenas por ser “moda” dos últimos tempos, como afirma Christo (2002(1)).

Em Portugal, o Programa Nacional de Acreditação de Hospitais (PNAH), mencionado por França (2004), teve início em Setembro de 1999 em sete hospitais, com o Manual de Auditoria Organizacional do *King’s Fund Health Quality Service*, sendo considerado como propulsor de mudanças organizacionais de alguma complexidade, contextualizado à realidade de cada uma. A definição de acreditação proposta pela *International Society for Quality in Health Care* e apresentada pela autora, demonstra a sua abrangência:

“O mais antigo e mais reconhecido processo estabelecido para a avaliação dos serviços de saúde; processo formal de garantir a prestação de cuidados seguros e da mais elevada qualidade; processo baseado em padrões e processo criado e desenvolvido por profissionais de saúde para os serviços de saúde e, por último, um processo de desenvolvimento que utiliza competências dos pares formados e organizados em equipa” (França 2004:02)

Basicamente, os programas de garantia da qualidade, segundo Sale (2000), envolvem equipas multidisciplinares e pressupõem a realização de acções concretas de acordo com os imperativos específicos de cada organização de saúde, em que cada um propõe linhas orientadoras e etapas conducentes a auditorias, as quais permitem a avaliação retrospectiva das práticas clínicas, qual o seu efeito sobre os clientes e quais as melhorias a introduzir. Deste modo, a gestão pela qualidade implica a partilha de valores centrados na satisfação dos clientes/utentes, porque as suas exigências hoje são ser atendidos com rapidez, eficiência e de uma forma personalizada, mas trabalhar na senda da excelência também pode constituir motivação e satisfação para os profissionais (Bilhim 2004).

Acresce ainda fazer notar, que nos caminhos para a excelência nos devemos afastar de noções redutoras como contentarmo-nos em “fazer o melhor que podemos”, pois urge que a qualidade na saúde seja uma co-responsabilização e uma exigência de todos e de cada um na prestação de cuidados de saúde de qualidade (Biscaia, 2000).

Um dos referenciais mais conhecidos, é a Norma ISO 9000, que é a versão Portuguesa da Norma Europeia EN ISO 9001: 2000, tendo sido traduzida pelo Instituto

Português da Qualidade. A Organização Internacional de Normalização (ISO) pertence a uma federação internacional, cujo trabalho é de elaboração de Normas Internacionais. Portugal é um dos Países Europeus sujeitos à obrigatoriedade da implementação da ISO 9000, que sendo um sistema de gestão da qualidade visa os processos e a garantia da qualidade do produto final, cuja finalidade é o aumento da satisfação do cliente.

Esta Norma Internacional apresenta-se com alguma flexibilidade, na medida em que as suas orientações permitem que seja aplicável à especificidade de cada organização, relativamente ao seu tamanho e estrutura, tipo de serviços que presta aos clientes, assim como aos seus objectivos específicos, podendo aplicar-se a todo o Hospital (público ou privado) ou apenas a serviços, como esterilização, imunohemoterapia, laboratórios, imagiologia, por exemplo, sendo estes considerados como áreas a ser certificadas prioritariamente pelas ISO 9000:2000, de acordo com o 3º Quadro Comunitário de apoio 2000-2006, Christo (2002(1)). . Apresenta requisitos universais que funcionam como directrizes, permitindo a identificação de problemas e oportunidades de melhoria, definição dos processos, elaboração de documentação, implementação de soluções, controle dos resultados, identificação de desvios, sua origem e correcção, e finalmente na manutenção do sistema, o que corresponde ao envolvimento de toda a organização num processo cíclico de melhoria contínua da qualidade, que visa planear, executar, verificar, actuar e de novo planear (Plan-Do-Check-Act).

Para além dos requisitos gerais, a Norma estabelece os requisitos relativos à documentação do sistema de gestão da qualidade, que englobam documentação referente à política de qualidade e seus objectivos, a elaboração de um manual da qualidade, documentação sobre procedimentos gerais e específicos, incluindo aqueles que permitem à organização, a gestão eficaz dos seus processos.

Para Eggli e Halfon (2003), as Normas ISO têm como principal objectivo a satisfação dos clientes/utentes e focalizam-se na gestão das actividades (descrição e monitorização de processos com especial atenção aos pontos críticos, prevenção e correcção de erros, controlo de documentos), que se devem desenvolver de acordo com as boas práticas e na monitorização dos efeitos, de modo a ir ao encontro das suas necessidades.

Outro desafio proposto na Norma ISO 9000 é a existência de registos da qualidade e do controlo das situações de conformidade e de não-conformidade com os requisitos, que leva à necessidade de definir e implementar uma forma de os monitorizar, desde a sua elaboração até à supressão, passando pelo armazenamento. A gestão do risco clínico e não clínico, é também uma das áreas de grande enfoque das ISO, levando à definição e implementação de estratégias de monitorização de erros e falhas a todos os níveis, com vista à prevenção e aumento da segurança dos clientes e dos profissionais.

Aplicando as directrizes de sistemas da qualidade, estamos deste modo, no caminho das organizações “vencedoras”, que são as que estão empenhadas em executar tudo bem, os seus referenciais são de uma política de qualidade, possuem uma visão de futuro, têm trabalhadores competentes, envolvidos e dispostos a esforçar-se para alcançar a missão, englobados numa gestão participativa que encara as crises como oportunidades de melhoria e finalmente liderados para o sucesso, sendo esta a chave para a melhoria da qualidade, Mezomo (2001).

Referindo-se a um dos mais conceituados hospitais dos Estados Unidos da América, Dennison (2005), frisou que neste, aliada à cultura da qualidade está a cultura da segurança, cujo enfoque é no sistema e na liderança, sendo utilizadas pelos líderes estratégias tendentes à diminuição da cultura da culpabilização e à promoção do trabalho em equipa multidisciplinar, à utilização de incentivos e apoio à criatividade de cada elemento.

Relativamente aos projectos de garantia/melhoria contínua da qualidade e à gestão do risco na realidade portuguesa, das leituras efectuadas sugere-nos, que mesmo nos serviços e hospitais certificados, a ênfase tem sido mais pronunciada no controle da qualidade dos “produtos finais”, do que na análise dos erros e das falhas, o que está de acordo com Fragata e Martins (2005:105), que ao referir-se ao erro nas diferentes especialidades médicas, mais especificamente na área do diagnóstico laboratorial, afirma que “para efeitos de acreditação parece importar mais a performance geral do que a ocorrência de erros, os quais são, em regra, considerados eventos excepcionais”. Acrescentam que a qualidade das organizações pode parecer relacionar-se com a frequência

com que nelas ocorrem erros, porém os melhores hospitais são antes aqueles que possuem mecanismos eficazes para que a sua ocorrência diminua e quando acontecem as suas consequências sejam mínimas, sendo aqui que a certificação pode incidir ao nível da gestão do risco, ao exigir procedimentos escritos e normas de actuação. Por outro lado, é necessário que todos os elementos da organização se sintam motivados e possuam recursos, mantendo-se desperta para a possibilidade da existência de erros a qualquer momento, pois isto é o que a caracteriza as organizações de elevada segurança.

Em resumo, a manutenção das boas práticas nas organizações de saúde, a adopção de estratégias integradas em programas de gestão do risco, nos quais todos os colaboradores se sintam envolvidos, podem traduzir-se na melhoria da qualidade assistencial, justificando deste modo a implementação dos sistemas de gestão da qualidade.

Da Enfermagem e da ética do cuidado

Desde a antiguidade, discute-se o dever de cuidar e de zelar pelas crianças, idosos e doentes, não lhes infligindo qualquer mal, pois constituem os grupos mais fragilizados da população. No paradigma de civilização moderna e focando-nos nas profissões do ramo da saúde, a enfermagem, é porventura aquela em que mais se evidenciam os princípios éticos do cuidar humanizado, pois, conforme Freitas e Oguisso (2004), este integra a sua categoria central, da qual emergem as finalidades de ajudar os outros a recuperar das lesões ou danos anteriores, assim como prevenir os danos futuros. Nesta perspectiva, o enfoque é colocado no cuidado que é prestado ao longo do ciclo de vida, reforçando-a, zelando pelo seu equilíbrio bio-psico-social-ecológico e espiritual.

A finalidade da Enfermagem centra-se no cuidado que visa o bem-estar e o “bem-viver”, considerados como um direito dos cidadãos, a par do dever do Enfermeiro de exercer com a máxima competência e garantindo a qualidade, mantendo uma busca constante da excelência e assumindo a inteira responsabilidade pelas decisões que toma e delega, (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005).

Esta abrangência da enfermagem, conduz-nos a uma abordagem obrigatória de alguns aspectos da ética e bioética, que não sendo uma paragem neste caminho, nos

permitirão compreender a sua importância na relação com a génese do erro e da segurança dos clientes.

Quando se fala em bioética, segundo Archer, Biscaia e Osswald (1996), referimo-nos a um grupo de alocações, teorias e práticas que nos causam alguma apreensão, as quais apesar de terem surgido apenas na década de setenta, constituem hoje um referencial para as ciências médicas, sociais e até políticas, levando-nos a concordar que nos encontramos na sua era. Assim, a bioética agrupa o saber transdisciplinar que ajuda o Homem na análise e tomada de decisão relativamente a questões primordiais como a vida, a sua qualidade e a inter-relação e dependência entre os seres vivos, sendo que os seus fundamentos se relacionam com o Juramento de Hipócrates, que reporta a quinhentos anos antes de Cristo, e se baseia no princípio paternalista que diz que o médico deve sempre agir de modo a nunca prejudicar o cliente. Mas, impulsionada pelas preocupações éticas relativas ao avanço das novas tecnologias no campo da medicina e da biologia, a relação terapêutica deixou de ser mero paternalismo para, de acordo com Cabral (1996), ser baseada nos postulados éticos de “autonomia”, de “não maleficência”, de “beneficência” e de “justiça”, que abordaremos com base em Beauchamp e Childress (2001). O princípio da autonomia, também chamado da “Liberdade”, aplica-se aos povos, estados e pessoas, referindo-se ao respeito pela pessoa e pela sua autonomia, em que cada um tem o direito de escolher e decidir livremente sobre a sua própria vida, o que relativamente aos clientes, significa dar-lhe a correcta informação e assegurar-se de que esta foi compreendida, de modo a que possam decidir livremente sobre tudo o que lhes diz respeito. Na medida em que temos em consideração a vontade do cliente, devemos protegê-la, protegendo deste modo a sua autonomia, que se torna num valor que deve simultaneamente ser estimulado e respeitado por todos os que prestam cuidados de saúde, ou neles colaboram.

O princípio da não maleficência, é para Cabral (1996), bastante linear, pois constitui a obrigatoriedade de não fazer mal a ninguém, não lhe provocar, sofrimento, dor, outras doenças ou até morte, referindo-se assim a males “não morais” mas de ordem física, sendo a problemática que o envolve referente à licitude das razões que levam a causar mal a outros. A este propósito é citado o “argumento do *slipery slope* (declive escorregadio), segundo o qual se deverão proibir certos actos pela simples razão do notável risco que a sua admissão acarretaria.”, (Cabral, 1996:55).

Os autores consideram o princípio da não maleficência ligado ao da beneficência, na medida em que se deve fazer e promover o bem e aquilo que traz benefícios para o cliente, retirando o mal e evitando os danos. Este princípio coloca por vezes os profissionais perante dilemas referentes à legitimidade de ao aplicar tratamentos e desenvolver determinadas acções, estas causarem em simultâneo efeito positivo que é aquele que se pretende, e outro negativo que é tolerado – “princípio de duplo efeito”. Exalta-se o facto do princípio da beneficência ser considerado de ordem moral para todos indivíduos, a par de constituir uma obrigatoriedade, ou seja, um dever decorrente do exercício de certas profissões como são exemplo a medicina e a enfermagem.

Por sua vez, o princípio da justiça, centra-se no facto de realizar uma distribuição justa, igual e equitativa, de bens e serviços na sociedade em geral e no caso particular da bioética, as exigências centram-se na justiça *distributiva*, que confronta muitas vezes os profissionais com difíceis dilemas como é exemplo a existência de muitos clientes e poucos recursos.

Cada um destes princípios, formula a obrigatoriedade em respeitar a pessoa e os valores, constituindo uma útil abordagem prática enquanto princípios formais orientadores face às questões da bioética. No entanto, Beauchamp e Childress (2001), chamam a atenção para o facto de não deverem ser vistos de forma isolada, nem ser restritivos, donde advém a necessidade de definir critérios, que na prática operacionalizem o correcto agir em cada contexto. É ainda importante reconhecer que, na actuação dos profissionais há limites naquilo que cada um pode fazer, até onde pode ir, tendo que se estar consciente que muitos tratamentos constituem simultaneamente o desafio de serem um benefício e um risco para os clientes. Neste caso, a sua actuação deve ir no sentido de realizar o tratamento que constitui o maior interesse do cliente, tendo por base o seu consentimento informado, e ainda assegurar-se que está agindo de acordo com os princípios da profissão, satisfazendo deste modo ambos o princípio da não maleficência e da beneficência.

A este propósito, Archer, Biscaia e Osswald (1996) ao referir-se ao facto de algumas das modernas tecnologias de diagnóstico e terapêutica envolverem risco de morbilidade e de mortalidade, reafirma a opinião dos autores anteriores relativamente aos

limites na actuação pois apesar de actualmente ser possível fazer toda uma variedade de exames e tratamentos complexos, impõe-se uma análise profunda do ponto de vista ético, que analise em profundidade cada situação e pondere entre o risco e o benefício para o cliente. Acrescenta que, embora na prática existam outras dificuldades, nomeadamente as que confrontam os riscos e benefícios com os custos, o bom senso e a adesão ao princípio da não maleficência deve imperar nas decisões.

Vemos assim, que as profissões ligadas à saúde e em particular a medicina e a enfermagem, possuem um evidente e profundo valor ético que lhes advém do próprio sentido da sua missão, intimamente ligada ao tratar e cuidar das pessoas que deles necessitam, desde o nascimento à morte. A actuação da enfermagem rege-se por normas ético-morais, assentando nos pressupostos de que a vida humana é inviolável e tem um valor desmedido, devendo por isso ser respeitada e abordada com a máxima dignidade.

Por sua vez, o código de ética do International Council of Nurses (ICN), considera a necessidade de cuidados de enfermagem como universal, atribuindo-lhe responsabilidades para com o indivíduo, a família e a comunidade, nas áreas da promoção da saúde, prevenção da doença, restabelecimento da saúde e alívio do sofrimento, assumindo um importante valor social. Considerando a responsabilidade primeira para com a pessoa humana que é cuidada, a dimensão ética da responsabilidade do profissional de enfermagem está presente no processo de cuidar, cabendo-lhe nesta perspectiva, assegurar que a utilização dos avanços da tecnologia e da ciência, são compatíveis com a segurança, a dignidade e os direitos das pessoas.

Etimologicamente, o termo “responsabilidade” refere-se à qualidade de quem é responsável, ou a obrigação de responder pelos seus actos, pelos actos de outros ou ainda por algo que lhe foi confiado, de acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa. De igual modo, ser responsável pressupõe agir com conhecimento e liberdade, de modo a que os actos da pessoa possam ser considerados como seus e assim tendo o dever de responder por eles.

Nunes (2006(2)) ao equacionar a responsabilidade, refere que se fala de responsável como uma característica específica de uma pessoa e de uma acção, assumindo por sua vez a responsabilidade uma categoria legal e um dever adjunto a um papel ou a uma função.

Ao transpor para a enfermagem estas definições, vemos que o enfermeiro no exercício da profissão age sob a sua responsabilidade, na medida em que as intervenções que realiza são autónomas e interdependentes, conforme o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Isto significa que, mesmo actuando por dependência funcional ou hierárquica, o enfermeiro tem que responder pelos actos que pratica ou que delega, tendo sempre presente a preocupação em defender a dignidade e a autonomia da pessoa humana. Deste modo, face às exigências actuais da prestação de cuidados, já referidas antes, temos que ter sempre presente o risco que a nossa intervenção normalmente acarreta para o cliente, procurando a todo o custo minimizá-lo.

A dimensão ética da responsabilidade do profissional de enfermagem também se refere à análise regular das práticas, com particular relevância para as que nos confrontam com dilemas éticos, no sentido de detectar atempadamente eventuais falhas susceptíveis de mudança nas atitudes, prevenindo a sua recorrência e diminuindo a sua ocorrência. Quando falamos em “falha entendemos (de uma forma ampla) o erro ou lapso, consubstanciados numa acção ou omissão que provoquem dano, e consideramos a atitude geradora do comportamento.” (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005:135). A utilização da análise e pensamento crítico como base da tomada de decisão ética, constituem uma pedra basilar na temática do erro e da segurança dos clientes, numa perspectiva de melhoria das competências profissionais e conseqüente excelência dos serviços prestados.

Porém, o âmbito da responsabilidade na medicina, para Archer, Biscaia e Osswald (1996), e extrapolado para a enfermagem não se esgota nos aspectos éticos, abrangendo ainda a responsabilidade civil, criminal e disciplinar, as quais por não ser possível abordar aqui de modo adequado, remetemos para outra fase do trabalho, se for caso disso.

Ao pensar a enfermagem numa perspectiva ética do cuidar, também abordada por Freitas e Oguisso (2004), percebemos que a responsabilidade do profissional não se traduz apenas pelo cumprimento ou não das normas e orientações do código de ética ou

deontológico, pois o simples facto de agir ou omitir a actuação, podem acarretar risco ou dano para o cliente, conforme referimos antes, independentemente desta conduta ser ou não intencional. Mas, ainda nesta perspectiva, existe a obrigação legal de se reparar o dano, sempre que este decorrer de negligência, imprudência ou imperícia, de acordo com o Código Civil Português, havendo ainda lugar, nestes casos a considerar não só a responsabilidade do profissional em causa, mas ainda da instituição onde trabalha. As autoras, consideram que, sendo um direito que assiste ao cliente, ter um atendimento de enfermagem isento de riscos de danos, é um dever dos enfermeiros prevenir as más práticas e as ocorrências danosas, tendo ainda as organizações o dever legal de providenciar para que eles não ocorram, utilizando políticas de gestão de recursos humanos e materiais adequadas.

Finalmente, mas não menos importante, é perante a ocorrência de um erro, o que deve fazer o enfermeiro? Fragata e Martins (2005), sugerem que perante isto, a primeira atitude é considerar os pontos de vista dos intervenientes, não esquecendo que o primeiro lesado é o cliente, tanto física como moralmente, pois as expectativas de melhoria da sua condição foram defraudadas, depois os profissionais envolvidos e finalmente os familiares do cliente, os responsáveis da organização, ou até abrangendo a sociedade em geral. A abordagem deve ter em consideração não só os aspectos desenvolvidos antes, mas também os direitos dos clientes, nos quais se inclui o direito à verdade sobre tudo o que consigo se passa, assim como pelo princípio ético da justiça tem direito a ser reparado pelos danos que lhe foram infligidos. Archer, Biscaia e Osswald (1996), consideram como uma exigência ética decorrente do respeito pela autonomia, o facto de o cliente ser informado com verdade e respeito, o que parece simples de realizar, mas que na prática coloca imensas dificuldades que têm a ver até com a nossa cultura. Quando no decurso da relação terapêutica, após informado, o cliente dá o seu consentimento sobre qualquer exame ou tratamento que o profissional lhe vai realizar, este é feito com base na confiança que tem nos profissionais e que por sua vez actuam de acordo com os postulados éticos da beneficência e da não maleficência.

O cliente espera que os profissionais lhe digam sempre a verdade e de acordo com os resultados de um estudo realizado com clientes em cuidados continuados, 98% dos

clientes inquiridos afirmaram que gostariam de saber se ocorresse um erro durante o seu tratamento, por pequeno que este fosse (Fragata e Martins, 2005). Já no caso dos médicos, os autores referem outros estudos, em que apenas 60% admitem que diriam a verdade caso ocorresse um erro não fatal, enquanto que se o erro fosse fatal mais de 30% tentariam esconder a verdade à família, estando as respostas associadas ao medo de assumir as consequências, que em casos mais graves podem conduzir a procedimentos litigiosos. O erro médico na perspectiva dos autores implica atitudes diferentes relacionadas com as características de cada um, as suas competências e experiências pessoais e ainda a formação que tiveram neste sentido, envolvendo no entanto sentimentos de culpa e dificuldades morais e sociais para lidar com eles, que podem ser maiores ou menores em função da atitude dos outros com quem trabalhamos e da cultura organizacional.

A atitude correcta perante a ocorrência de erros exige a sua análise do ponto de vista ético e moral, atitudes de responsabilidade perante o ocorrido, dizer a verdade ao cliente e relatar a ocorrência. Mas, a responsabilidade perante os erros ultrapassa a dimensão ética dos direitos dos clientes e dos deveres dos profissionais que estão na prática de cuidados, para serem também das chefias e das organizações, pois todos somos co-responsáveis pela segurança dos clientes, que são o elo mais fraco na cadeia.

Do erro e da segurança do cliente

O erro, definido no *Dicionário da Língua Portuguesa* (1999: 647) como “acto ou efeito de errar; inexactidão; culpa; engano; pecado; ilusão” sugere-nos à partida um tema cinzento, associado a vivências pouco agradáveis e a sentimentos negativos. Por outro lado, todos sabemos que “errar é humano” e pelo menos na infância, muita da nossa aprendizagem é feita por tentativa e erro, o que pode eventualmente aligeirar um pouco o lado mais amargo desta temática.

Porém, numa organização um acontecimento ligado a um erro não deixa de ter uma conotação negativa e ser constrangedor para os seus intervenientes, podendo ainda acarretar consequências mais ou menos graves para os clientes.

Com efeito, os eventos adversos e os erros praticados no exercício dos cuidados de saúde são significativos, embora a Organização Mundial de Saúde considere como sendo ainda mais graves nos Países sub-desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, este é um tema que merece a atenção de todos e particularmente nos cuidados hospitalares onde os riscos são maiores.

Para uma mais ampla compreensão deste fenómeno, Fragata e Martins (2005), consideram importante observar duas perspectivas: a que tem directamente a ver com o profissional e que decorre dos problemas da prática, e a que se relaciona com falhas do sistema, ou organização em que se inserem. Apesar da abordagem mais corrente do erro ser a do ponto de vista do indivíduo, que não deve ser excluída e que implica a mudança de atitudes, aquela que permite pensar o contexto e observar os circuitos, é por ventura mais importante, na medida em que pode ser promotora de mecanismos de segurança que incidam na diminuição da prevalência dos erros e danos menos severos. Também, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, a linha de pensamento actual relativamente à segurança dos clientes, não descarta a importância individual dos prestadores de cuidados e dos “produtos”, mas coloca a “principal responsabilidade dos eventos adversos” em falhas no desenho, organização e procedimentos do sistema, referindo um estudo desenvolvido nos Estados Unidos da América, onde se conclui que 75% dos erros com medicação foram precisamente devidos a falhas no sistema, não sendo portanto devidos a negligência ou falta de treino dos indivíduos (WHO 2004: 3).

Contudo, ao abordar a génese dos erros na perspectiva do indivíduo, importa desde já perceber as diferenças entre os “lapsos” ou “enganos”, que podem acontecer a qualquer pessoa no desempenho das suas actividades, em qualquer momento ou contexto, fazendo parte da natureza humana e decorrentes das suas limitações intrínsecas, em oposição à “violação” que consiste na opção deliberada, por uma atitude ou comportamento que não estão estabelecidos e infringem as regras normais de actuação definidas, ultrapassando ou omitindo as regras das boas práticas e da segurança, conduzindo à ocorrência de erros e à negligência, (Casella, 2005; Fragata e Martins, 2005). Ainda falando na origem dos eventos adversos, ao abordar os erros na perspectiva do sistema, os autores explicam a noção de

“near misses” (quase falhas), como sendo um conjunto de eventos adversos que foram travados durante a sua trajectória pela activação de mecanismos de defesa do sistema, não conduzindo ao acidente fatal. Casella (2005) exemplifica um *near miss* com o caso em que há uma campainha do quarto que toca e quando a enfermeira lá chega apercebe-se que a cliente estava “quase” a cair da cama, tendo deste modo chegado a tempo de evitar o acidente.

A análise realizada no sentido da identificação das causas dos acidentes, de todos os passos que levaram à sua ocorrência, ou seja, a sua trajectória e ainda todos os elementos intervenientes, são de acordo com a literatura sobre a segurança dos clientes, primordiais na aplicação de estratégias tendentes à diminuição dos acidentes, pelo que os autores citados anteriormente chamam a atenção para a importância de reportar não só os erros como os *near misses*.

A actual complexidade dos cuidados prestados na área da saúde e os múltiplos intervenientes no processo de tratamento, cura ou recuperação da doença, os efeitos adversos dos erros cometidos pelos profissionais nas suas práticas, podem ser muito prejudiciais para os clientes, provocando lesões graves, aumentando o seu sofrimento ou até conduzindo à morte. Estes acontecimentos são deveras contraditórios em referência aos princípios da Medicina e da Enfermagem, que se regem pelo conhecido Código de Hamurabi, que remonta ao séc XVIII, e segundo o qual, o dever máximo se refere ao zelo pelo bem do cliente, de tal modo que se prevê punições decorrentes de danos causados a estes durante o exercício (Freitas e Oguisso, 2004). Advém que, nos cuidados prestados aos clientes há sempre a possibilidade de, a cada passo, poder ocorrer algo adverso, ficando o resultado aquém do esperado, o que implica um certo grau de risco para a segurança do cliente.

Assim sendo, é importante conhecer a realidade, para diagnosticar e intervir ao nível individual e do sistema, desenvolvendo as mudanças necessárias também no ambiente de trabalho.

Sabemos que há indústrias e áreas como a aviação, onde há muito foram desenvolvidas estratégias tendentes à diminuição dos erros e ao conseqüente aumento da segurança dos clientes. Porém, esta não é de todo a realidade do sector da saúde, onde apesar dos eventos adversos poderem comportar danos tão graves que podem conduzir à morte, muito tem que ser feito no sentido de introduzir e implementar medidas tendentes à gestão do risco, criando deste modo um ambiente seguro para todos os utentes, pois se os acontecimentos adversos e os erros podem acontecer, é emergente actuar no sentido de diminuir a sua incidência (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

A literatura sobre a temática do erro e da segurança do cliente, mostrou a existência de estudos e artigos de reflexão, que focam essencialmente a tipologia dos erros e alguns aspectos a ele relacionados, assim como o facto dos eventos adversos mais frequentes na actualidade, serem nomeadamente os referentes a erros de medicação, (ICN, 2005).

Deste modo, aliado ao facto da sua indissociável relação com o ser humano, surge uma outra componente do erro, que é a sua utilização como importante instrumento de mudança e de progresso, que só será possível mediante uma abordagem criteriosa (Fragata e Martins, 2005).

As medidas tendentes à diminuição da incidência e prevalência dos erros em enfermagem passam por uma abordagem a todo o sistema, baseada numa filosofia de comunicação e clarificação entre os actores envolvidos, ao invés da actual cultura do erro e da culpabilização individual dos profissionais, como defende o Conselho Internacional de Enfermeiros face à “Segurança do Doente”.

Das profissões de saúde, a enfermagem teve desde sempre uma maior responsabilidade no “processo de cuidar humanizado e isento de riscos ou danos por parte dos profissionais responsáveis” assim como o dever de zelar pelo bem-estar do cliente (Freitas e Oguisso, 2004;29), assumindo deste modo uma responsabilidade específica não apenas nas condições de segurança que envolve as práticas mas também na sua promoção.

A importância e a pertinência destes aspectos reportam a uma preocupação dos enfermeiros face à promoção de um ambiente seguro na prestação de cuidados, que por sua vez, nos direccionam para as questões da gestão do risco e da necessidade emergente de criar estratégias que, numa perspectiva futura, permitam uma abordagem de intervenção

efectiva, não esquecendo a dimensão ética da responsabilidade do profissional de enfermagem.

Neste caso, a pesquisa realizada deu-nos a conhecer uma realidade internacional diversa da nacional, no que concerne à abordagem do erro numa perspectiva de segurança do cliente. Williams (2005) apresentou-nos numa conferência a experiência de uma agência pública no Reino Unido – “The National Patient Safety Agency”, que tendo vários anos de história de pesquisa e publicações nesta área, centraliza o seu trabalho na forma de “observatório da segurança do doente”, recebendo os contributos da pesquisa realizada por instituições de saúde públicas e privadas e proveniente do ensino, analisando os sistemas de *reporting* e outras bases de dados importantes para a segurança dos clientes, assim como colaborando com outras organizações nacionais nomeadamente *Healthcare Commission* e *National Institute of Clinical Excellence*, desenvolvendo programas globais que envolvem desde a definição das políticas, elaboração de vídeos, programas de treino de grupos e de treino por *e-learning*, abrangendo tanto o risco clínico como o não clínico.

Este tipo de abordagem e actuação é mencionado também por Kaufmann (2005), professor na Universidade da Basileia na Suíça, como sendo por eles preconizado e cujo desenvolvimento histórico se iniciou em 1987 com a monitorização de um estudo Australiano em Anestesia, mais tarde, em 1993 os contributos da cultura de segurança da N.A.S.A. foram aplicados na melhoria da *performance* das equipas médicas e em 1995, aliado à INTERNET foi criado um serviço *on-line*, o “Critical Incident Reporting System medical”, tornando-se assim extensivo a todas as disciplinas médicas.

Em Portugal, ao analisar o *Relatório de Actividade do Ano de 2003* dos hospitais SA, que apresentava simultaneamente o planeamento para 2004-2006, apercebemo-nos que as prioridades de actuação são a melhoria da qualidade do acesso, qualidade do serviço e qualidade clínica, havendo nesta última a referência à necessidade de existirem padrões nacionais e internacionais que sejam o garante do nivelamento das boas práticas, com vista à melhoria contínua dos processos clínicos. As 18 actividades propostas para a rede de hospitais SA, que visam a melhoria da qualidade e aumento da eficiência, englobam a

promoção da acreditação dos hospitais e conseqüente melhoria dos processos, assim como a aplicação de estratégias conducentes à melhoria da operacionalidade das práticas, pressupondo, deste modo, a gestão do risco, embora não havendo alusão à mesma.

De facto, França (2004), ao analisar a experiência do *Programa Nacional de Acreditação de Hospitais* (PNAH), afirma que os projectos de acreditação são promotores da mudança organizacional, e que nos países desenvolvidos, estes programas se focalizam, entre outros, na melhoria da segurança, o que é reafirmado nas entrevistas dos hospitais que já têm a acreditação no âmbito do PNAH. A definição de uma estratégia concertada na área da gestão do risco, inexistente anteriormente em todos os hospitais, é considerada como uma mais-valia para os utentes, pois é assente nas suas necessidades, tendo constituído também motivo de satisfação para os profissionais, na medida em que a sua participação activa é imprescindível para aumentar a segurança dos cuidados que prestam. A abordagem à gestão do risco, envolveu o levantamento dos riscos clínicos e não clínicos em todos os serviços e a definição de políticas e procedimentos, como: a actuação perante situações de emergência e respectivos planos, e a formação a todos os funcionários em áreas críticas como combate a incêndios, reanimação cardio-respiratória; o relato de incidentes, através do seu registo sistemático; a implementação de um sistema de triagem nas urgências que permite que os clientes graves não corram o risco de agravar o seu estado enquanto esperam para ser atendidos na sua vez; a reestruturação dos serviços de saúde ocupacional; a monitorização da qualidade dos registos do processo clínico pela implementação de auditorias, entre outros. Consideram ainda, estes profissionais, que dentro de todo o projecto de acreditação dos hospitais integrados no PNAH, que o desafio maior se centrou, sem sombra de dúvida nesta área, uma vez que partiram do zero para o desenvolvimento da gestão do risco como prática contínua.

A experiência de um hospital da região centro, chegou-nos através de Casella (2005), que apresentou a perspectiva dos incidentes e o programa de gestão do risco clínico, aqui implementado e integrado num processo de certificação do *King's Fund Health Quality Service*, segundo o qual já possui a acreditação. O programa de gestão de risco clínico visa o desenvolvimento de uma cultura de segurança que engloba todos os

colaboradores, desde médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares de acção médica e incluindo os gestores, até aos fornecedores e serviço de voluntariado. Com ele pretende-se a identificação e análise dos riscos, classificando-os de acordo com a gravidade em função dos danos causados, calculando o seu potencial de ocorrência, chegando assim ao índice de criticidade dos incidentes (gravidade x frequência), podendo ainda ser necessária a revisão e posterior adequação dos objectivos de cada serviço. Baseia-se na informação que é obtida através de um sistema de detecção e registo de erros, acidentes, incidentes e negligência, como por exemplo: atraso ou erro no diagnóstico, administração incorrecta de medicamento, queda acidental, falha de equipamento, falta do processo clínico no momento da consulta, transfusão desnecessária, suicídio e outros. O processo já implementado neste hospital, aplica uma metodologia de análise do risco baseada no estudo da sua origem, causa e análise (Root-Cause-Analysis), implicando deste modo a aplicação de acções correctivas, e permite ainda um estudo epidemiológico anual dos incidentes, divulgados numa conferência subordinada ao tema “O Primado do doente”, pois na realidade, a abordagem desta problemática dá, indubitavelmente a primazia dos cuidados ao cliente.

2 - METODOLOGIA

Uma vez definido o tema e apresentada a sua pertinência e relevância, elaborada a pergunta de partida e definidos os objectivos, bem como uma pesquisa sobre “The State of Arts”, a decisão seguinte é a de seleccionar um paradigma.

Kuhn afirma que a escolha de um paradigma depende do modo como o investigador vê a realidade e da sua própria visão do mundo, definindo paradigma como “um método específico de resolver um puzzle, de observar a experiência humana e de estruturar a realidade”, (Munhall 1982:176).

No enquadramento teórico, apresentamos o nosso modo de ver a realidade relativamente à problemática da génese do erro em enfermagem e da segurança do cliente, e que vai ao encontro de alguns autores referenciados, pelo que, facilmente se compreenderá que a nossa escolha incida num paradigma qualitativo que nos permita chegar às realidades subjectivas dos sujeitos deste estudo, até porque os métodos qualitativos “são aqueles que melhor se adequam para investigar crenças, atitudes e preferências dos profissionais e dos doentes” (Craig e Smith, 2004:136). À semelhança de outro estudo anteriormente por nós realizado, sobre o significado da saúde para o adolescente com doença crónica, atrai-nos o facto de poder seguir um modelo não demasiado rígido, nem muito estruturado, mas antes que se vai desenhando ao longo do caminho, apesar dos riscos que daí possam advir.

A nossa opção recai assim sobre um estudo exploratório-descritivo porque, como referem vários autores dos quais destacamos Patton (1990) e Gil (1998), se parte de um fenómeno que ainda se encontra pouco explorado, através do qual se pretende alargar a perspectiva de análise. Também segundo Graig (2004), a investigação qualitativa visa aumentar a compreensão do mundo social e dos contextos, do ponto de vista das pessoas que nelas estão envolvidas, sendo a ênfase colocada nos significados e nas experiências de cada um. Um estudo descritivo, de acordo com Fortin (2000), consiste em descrever um fenómeno ou um conceito referente a uma população, permitindo designar as características desta população ou de uma sua amostra.

Os estudos qualitativos sobre erros na profissão de enfermagem são ainda escassos e desconhecemos a sua existência relativamente à gestão do risco e segurança dos clientes em serviços de saúde em Portugal. No entanto, nas conclusões de algumas investigações, nomeadamente no âmbito da Medicina (Fragata e Martins 2005) sugerem-se abordagens mais profundas. Patton (1990) e Polit, Beck & Hungler (2004) reforçam a ideia de que a realização de uma análise mais profunda, só é alcançada através de uma abordagem qualitativa, porque apenas esta permite um conhecimento mais abrangente, associado a uma interpretação cuidada, precisa e profunda dos fenómenos ligados às relações dos seres humanos entre si e o ambiente, o que vem reforçar a nossa opção por um tipo de investigação qualitativa.

Por outro lado, Polit, Beck & Hungler (2004), afirmam que a tendência actual da investigação em enfermagem é da prática baseada na evidência, a qual segue dois paradigmas abrangentes, o positivista e o naturalista. Considerando um paradigma como um modo de ver a complexidade do mundo, este trabalho segue a abordagem científica naturalista ou interpretativista, pois pressupõe a subjectividade e multiplicidade da realidade que é vista como uma construção social, na medida em que coloca a ênfase na fenomenologia e na interacção entre os sujeitos investigadores e investigados. Finalmente porque, a finalidade desta investigação é um olhar que nos permita compreender um pouco da problemática do erro em enfermagem, quiçá a obtenção de algumas respostas às múltiplas questões sobre este fenómeno, que tem tanto de actual como da necessidade de intervenção imediata (Yin, 2005).

As duas perspectivas sobre a natureza da realidade, têm implicações na escolha dos métodos de pesquisa, sendo os métodos naturalistas aqueles que abordam a realidade e complexidade dos indivíduos, empolgando as suas próprias experiências e procurando a verdade, nas “verdades” contextualizadas de cada um, (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Baseado nesta perspectiva analítica, o trabalho desenvolveu-se de acordo com as seguintes opções metodológicas:

- O estudo decorreu a partir da recolha de informação realizada junto de informantes privilegiados, tratando-se assim de uma amostragem intencional, com recurso à técnica da entrevista, coadjuvada por outros materiais de colheita de dados padronizada (questionários).
- O desenvolvimento de um estudo cuja abordagem metodológica é não experimental e de orientação qualitativa, levou-nos a recorrer a técnicas de triangulação de dados, como estratégia para aumentar a sua fiabilidade (Fortin, 2000; Yin, 2005), nomeadamente através de:
 - a) **Observação directa** (o investigador é interveniente activo no sistema hospitalar, num serviço de urgência geral e pediátrica);
 - b) **Questionários** do tipo *survey*, de levantamento de informação relativa a situações de ocorrência de erros ou *near misses*;
 - c) **Entrevistas em profundidade**, realizadas aos Enfermeiros da prestação de cuidados directos e aos segundos elementos da gestão.

A análise do fenómeno em profundidade e a utilização de diferentes técnicas permitiu ainda a triangulação de fontes de dados, conferindo assim validade interna aos resultados do estudo (Polit, Beck & Hungler, 2004; Yin,2005).

As estratégias metodológicas derivam do paradigma de investigação pelo qual optámos e, neste caso, considerámos como o mais relevante, o método de estudo de caso, pois constitui uma estratégia de abordagem, ligada à investigação qualitativa e ao paradigma interpretativista.

Segundo Yin (2005), um estudo de caso consiste na orientação definida por questões do tipo “como”, “quem” e “porquê”, podendo assumir um carácter mais descritivo, exploratório ou explicativo, quando o enfoque é em fenómenos actuais inseridos em contextos da vida real, tornando-se particularmente útil ao permitir a sua abordagem intensiva.

Deste modo, a inexistência de estudos estruturados nas organizações de saúde em Portugal, no âmbito do objecto de estudo, que é o erro em enfermagem, que permitam abordar esta temática, como indutora de intervenção conducente ao aumento da segurança dos clientes, a complexidade do problema de investigação e a emergente necessidade de alargar os nossos horizontes no sentido da sua compreensão, levou-nos a optar pela realização de um estudo de caso (Yin, 2005).

Em resumo, podemos dizer que o presente trabalho, se encontra estruturado de acordo com o seguinte quadro, (Da Silva, 2004).

Quadro 1 – Instrumentos de Investigação.

Categoria		Instrumentos de investigação
Tipo de investigação		Investigação qualitativa
Paradigma de investigação		Interpretativista
Método de investigação		<i>Estudo de Caso</i> descritivo / exploratório
Técnica de recolha de dados		Questionários e entrevistas
Modo de Análise de Dados	Modos de análise	Hermenêutica e holística
	Mecanismos de classificação/ categorização	Classificação baseada em conceitos e categorias
	Mecanismos de comparação	Comparação entre os casos e com a teoria
	Mecanismos de análise de narrativas	Análise de conteúdo
	Mecanismos para apresentar os dados	Estilo narrativo, baseado nas respostas dos informantes
	Estudo dos significados	Narrativa

Temos assim, como instrumentos de investigação uma abordagem qualitativa cujo paradigma é interpretativista, destacando-se como estratégia de abordagem o *Estudo de Caso* e a opção por questionários e entrevistas como técnicas de recolha de dados, que analisaremos conforme descrito no quadro 1.

2.1 - Fontes de dados

Nos estudos de carácter exploratório, Patton (1990), refere que os dados dizem respeito a fenómenos relativamente desconhecidos e que se pretendem explicar, pelo que interessa seleccionar casos ricos em informação, o que nos levou a uma escolha intencional da população.

Tendo em consideração que o fenómeno em estudo é o erro em enfermagem e a segurança do cliente em serviços de urgência, assim como os objectivos definidos, consideramos como população os Enfermeiros das equipas da Urgência Geral e da Urgência Pediátrica de um Hospital da região de Lisboa, porque, na abordagem qualitativa “os sujeitos que participam no estudo tiveram ou têm experiência de um fenómeno particular, possuem uma experiência e um saber pertinente.” (Fortin, 2000:148).

As limitações impostas directamente pelo tempo, levaram-nos a restringir a este Hospital, enquanto que a escolha das duas urgências se deve ao facto de terem sido as nossas inquietações face aos cuidados de enfermagem prestados aos clientes de todas as idades que a elas recorrem, que em nós despoletaram o ensejo de realizar este estudo. As suas vivências, em muito semelhantes às nossas, são também aquelas que particularmente nos interessam numa perspectiva de desenvolvimento de cuidados de enfermagem seguros, para todos os clientes.

No caso particular dos questionários não é possível, pela natureza da aplicação, saber o número de enfermeiros da amostra, pois como se descreve adiante, qualquer elemento da equipa podia fazer registos de um ou mais erros, ou até não fazer nenhum, no caso de não o detectar.

Relativamente às entrevistas definiu-se como critério de inclusão os enfermeiros desempenharem funções de chefe de equipa de enfermagem ou segundos elementos da gestão do serviço, pois permite-lhes uma visão mais alargada tanto da equipa de enfermagem como da organização, o que nos pareceu bastante significativo para alcançar os objectivos.

A população-alvo é constituída por 113 enfermeiros, dos quais 90 são da Urgência Geral e os restantes 17 da Urgência Pediátrica.

Após a escolha da população e definida a abordagem metodológica, solicitou-se autorização ao Conselho de Administração do Hospital, para realização do estudo.

Com uma amostra inicial de treze sujeitos, dos quais seis da urgência Pediátrica e sete da Urgência Geral, demos início aos primeiros contactos telefónicos com as Enfermeiras Chefes de cada Serviço, com as quais agendámos uma entrevista de divulgação do objectivo e finalidade do estudo. Esta permitiu-nos ainda, uma noção mais abrangente das diferenças que caracterizam cada equipa de enfermagem e cada serviço, o planeamento da colheita de dados e a solicitação da sua colaboração.

Antes de iniciar a colheita de dados e em particular antes de cada entrevista, solicitou-se oralmente aos sujeitos a autorização da gravação áudio, transcrição, utilização e divulgação dos dados, tendo os aspectos éticos subjacentes à investigação, constituído uma preocupação constante ao longo das etapas percorridas.

2.2 - Estratégias Geradoras de Dados

Nos estudos descritivos em geral e nos estudos de caso em particular, que decorrem da necessidade de caracterizar um determinado fenómeno, a entrevista é a eleita quando se pretende pôr a descoberto aquilo que não se pode observar directamente, embora múltiplas estratégias possam ser utilizadas para gerar dados, pois cada uma permite um olhar, contribuindo para uma abordagem holística e contextualizada (Fortin, 2000; Graig e Smyth, 2004; Yin, 2005).

A flexibilidade do procedimento e a nossa experiência anterior de realização de entrevistas em profundidade a adolescentes, levou-nos uma vez mais a eleger esta técnica como a principal geradora de dados, mas não a exclusiva.

Os nossos receios iniciais, que se prendiam com a complexidade e abrangência do tema e com a voz de alguns colegas mais cépticos que pairava sobre os nossos ouvidos dizendo - “ninguém te vai dizer nada, ninguém vai admitir que errou”, foram rapidamente colocados de lado, ao constarmos a disponibilidade demonstrada logo de início, não só para colaborar, como para conhecer os resultados finais.

Deste modo, apresentamos as etapas que seguimos e a cada passo um pouco das nossas dificuldades e sentimentos, tendo sido nossa opção utilizar no decurso do trabalho “os enfermeiros”, por ser a forma utilizada pela Ordem dos Enfermeiros, entidade reguladora da profissão de enfermagem.

Seguindo uma sugestão da nossa orientadora, a fase inicial da colheita de dados realizou-se através de um questionário, sendo uma das vantagens que levou à sua escolha, a não obrigatoriedade da exposição dos actores perante uma temática potencialmente culpabilizante, causadora de constrangimento e redutora da sua colaboração (Fortin, 2000). Para esta autora, como para a maioria dos autores consultados, o questionário constitui uma importante técnica de obtenção de dados em pesquisa social, pois as suas questões, apresentadas por escrito aos informantes, permitem recolher informações de forma organizada, standardizada e controlada, o que aumenta o seu rigor e controlo dos enviesamentos.

Devido ao facto de não termos encontrado um questionário já publicado e que nos fosse possível utilizar, construímos o nosso, tendo por objectivo realizar um levantamento das situações de erros ou *near misses* identificados pelos enfermeiros e cujos resultados contribuíram significativamente para a elaboração do projecto de intervenção que apresentamos.

Na elaboração das questões tivemos em consideração dois conceitos:

- “erro clínico” - falha numa acção planeada, cujo resultado fica aquém do esperado, ou o uso de um plano errado para atingir um fim (*Institute of Medicine*, 1999);
- “near misses” ou “quase erros” - situações em que parece haver um acumular de pequenos “eventos adversos” que tendem para o erro, podendo ou não culminar neles se, tanto nos indivíduos como nos sistemas, existirem mecanismos que os impeçam (Fragata e Martins, 2004).

O questionário foi estruturado com base nos erros descritos tanto na literatura Nacional como na Internacional (Cook et al, 2004; Fragata e Martins, 2005; IOM, 1999; Ludwic e Silva, 2004; NCC MERP, 2001; Silva e Cassiani, 2004; WHO, 2002) e ainda na nossa própria vivência profissional, tendo listado 5 tipos de erros, que se dividem por subtipos específicos, apresentados pela seguinte ordem:

1. Erro de medicação
2. Quedas de doentes
3. Queimaduras
4. Enganos com a identificação ou troca de doentes
5. Falhas na vigilância

A listagem dos erros foi numerada e criadas colunas correspondentes aos turnos de trabalho, “Turno Manhã”, “Turno Tarde” e “Turno Noite”, pois pareceu-nos importante para o estudo fazer esta distinção, assim como a utilização de uma escala de medida que nos permitiu avaliar a variável intensidade do erro, ou seja, o grau segundo o qual os enfermeiros caracterizam a ocorrência do erro identificado. Tendo por base as etapas sugeridas por Fortin (2000:257), construímos uma *Escala de Likert*, com *score* mínimo de 1 e máximo de 5 conforme o quadro abaixo:

Quadro 2 – *Escala de Likert* do questionário aplicado na identificação de erros e “near misses”.

<i>Score</i>	<i>Categorias de opinião</i>	<i>Enunciados</i>
1	Esporadicamente	Considerar a ocorrência de erro num período superior a 6 meses
2	Raramente	Considerar a ocorrência de erro num período entre 1 e 6 meses
3	Às vezes	Considerar a ocorrência de erro 1 por mês
4	Frequentemente	Considerar a ocorrência de erro 1 por semana
5	Muito Frequentemente	Considerar a ocorrência de erro 1 por dia

O pré-teste do questionário foi aplicado a 5 enfermeiros do serviço onde desenvolvemos a nossa actividade, dos quais 3 são considerados como enfermeiro perito e 2 como enfermeiro iniciado, tendo por base a classificação proposta por Benner (2001), para deste modo podermos comparar as respostas. Foi-lhes solicitado o preenchimento do questionário tendo por base vivências anteriores de erro que seriam transportadas para a actualidade, como se nessa altura tivessem decorrido e ainda a realização de comentários e sugestões relativamente a facilidade de preenchimento, clareza das questões, forma de apresentação e outras. As alterações realizadas após o pré-teste foram relativas essencialmente a instruções de preenchimento com frases mais objectivas, ao acrescentar dois “Exemplos de preenchimento” e o espaço para o registo dos erros foi uniformizado.

Pretendeu-se que, ao longo de uma semana, sempre que cada enfermeiro detectasse um erro ou “quase erro”, o registasse no questionário colocado no seu posto de trabalho, seguindo para tal as instruções escritas que se encontravam junto, posicionando-se no respectivo turno em que se encontrava e tendo por base a sua prática diária de cuidados de enfermagem num Serviço de Urgência, fazer a correspondência da sua opinião com o número do *score* que colocava no espaço respectivo.

Em ambos os serviços de Urgência Geral e Pediátrica, foram realizadas sessões de divulgação e esclarecimento acerca do estudo, em períodos estratégicos de forma a abranger as 5 equipas de enfermagem, solicitando a colaboração de todos. De igual modo foi feito um acompanhamento do desenrolar do preenchimento dos questionários junto dos enfermeiros chefes de equipa, uma vez que o nosso maior receio se relacionava com a invulgaridade do facto de haver um questionário único onde todos podiam fazer os registos, ao invés de cada enfermeiro ter o seu.

Por outro lado, constituindo uma das mais valiosas fontes de informações para um estudo de caso, segundo Yin (2005), a nossa opção incidu também numa entrevista aberta, semi-estruturada, que nos permitiu mais facilmente explorar o fenómeno do erro em enfermagem através de informantes-chave, cuja perspectiva sendo significativa, se pode deste modo conhecer e tornar explícita, recorrendo o entrevistador às suas capacidades de bom ouvinte e de flexibilidade, colocando as questões do modo que lhe pareceu mais adequado e de acordo com os conteúdos emergentes. Assim sendo, elaborámos um preâmbulo e um guião com questões suficientemente abertas e de carácter lato, mas de forma a fornecer áreas temáticas que nos permitissem explorar livremente e colocar outras questões para elucidar o sujeito, de forma dinâmica, ao sabor dos achados que foram emergindo.

Como estratégia geradora de dados e facilitadora do início do diálogo, escolhemos 10 fotografias previamente enumeradas e que, na nossa perspectiva, representam locais, situações ou pessoas que de forma mais ou menos directa podem estar relacionadas com o erro e a segurança dos clientes. São essencialmente diferentes locais de trabalho, situações de cuidados a clientes, jovens em situações de estudo, e paisagens, e pretendia-se que os sujeitos escolhessem uma foto que, do seu ponto de vista, tivesse uma maior relação com a ocorrência de erros durante as práticas de enfermagem em serviços de urgência.

As fotografias são coloridas, têm dimensões muito idênticas (21 x 14 cm), e são apresentadas no Anexo I, com as respectivas fontes.

À semelhança do questionário, o pré-teste da entrevista, cujo pedido de autorização está em Apêndice I, foi feito no nosso local de trabalho, a dois enfermeiros iniciados e a dois enfermeiros peritos de acordo com o modelo de Benner (2001), tendo-se iniciado com a apresentação das fotografias apenas a cada um deles, o que facultou comparar as respostas e a adesão ao roteiro, tendo permitido:

- * Validar as orientações do guião relativamente à clareza e precisão, sequência e gradualidade das perguntas, e sua coerência face aos objectivos do estudo e ao grupo a que se destinava;
- * Validar a adequação da estratégia de utilização de fotografias, como facilitadora do início do diálogo.

Deste modo, foi reformulado o guião da entrevista que se apresenta em Apêndice III.

2.3 - A Recolha de Dados

Os questionários foram aplicados no serviço de Urgência Geral e de Urgência Pediátrica, entre 30 de Maio e 8 de Junho de 2006, prevendo-se inicialmente que aí permaneciam durante 7 dias, optou-se por alargar para 10 dias este período, pois correspondeu a 2 *roulements* completos, permitindo assim uma maior igualdade de circunstâncias a todas as equipas.

Foram organizadas pastas com a apresentação do questionário, identificação do estudo a que se destinava, seus objectivos e motivos da escolha do tema, assim como as definições seguidas pela autora na elaboração das questões e já expostas no capítulo anterior, instruções de preenchimento e dois exemplos.

Na Urgência Geral foram colocadas pastas nos postos de trabalho “Urgência Ambulatória”, “Balcão de Homens”, “Balcão de Mulheres”, “Reanimação” e “SO”, enquanto que na Urgência Pediátrica, de dimensões mais reduzidas, apenas se colocaram na “Sala de Enfermagem de Balcão” e “Central de Enfermagem da UCEP”. Esta estratégia mostrou-se eficaz, pois os enfermeiros ao detectarem um erro não necessitavam de sair do seu posto de trabalho para o registar e também apenas interrompiam os cuidados aos clientes por breves momentos, uma vez que não tinham de ir procurar o questionário.

Tanto o contacto inicial que tivemos com os enfermeiros, como aquele que mantivemos ao longo deste período de recolha de dados, permitiu-nos esclarecer algumas

dúvidas e desbravar um pouco o caminho para as entrevistas, tentando desmistificar a carga negativa do tema. No final dos 10 dias foram recolhidos todos os questionários, compilados e trabalhados os dados em conjunto, pois as diferenças entre os dois serviços não permitiam comparações e também não era esse o nosso objectivo. O tratamento e análise destes dados são apresentados no capítulo seguinte.

Relativamente às entrevistas, foram realizadas a enfermeiros peritos, tendo-se optado pela flexibilidade das entrevistas semi-estruturadas, que se desenrolaram com base no guião definido, entre os dias 16 e 26 de Junho de 2006.

A amostra foi não probabilística, correspondendo ao tipo “bola de neve”, conforme Polit, Back & Hungler (2004), e à semelhança de Nunes (2006(1)) escolhemos lançar duas primeiras “bolas de neve” a cada um dos enfermeiros que exercem funções de coordenação em cada serviço, ou seja substituem o chefe na sua ausência, os quais após entrevistados atiraram mais duas “bolas” indicando o nome de outro colega chefe de equipa para ser entrevistado e assim sucessivamente.

No Hospital foram cedidos os gabinetes dos enfermeiros chefes e do enfermeiro director, o que permitiu que as entrevistas decorressem num clima de tranquilidade, intimidade e confiança que permitiu a expressão livre e espontânea das suas experiências, numa conversa descontraída e aparentemente nada influenciada pelo facto de todos eles já me conhecerem antecipadamente. No entanto e conforme o preconizado por Patton (1990) e outros autores, tentei demonstrar atitude empática e neutra, interrompendo o discurso dos sujeitos, apenas no sentido da sua exploração, clarificação e aprofundamento.

Foram entrevistados 4 enfermeiros do Serviço de Urgência Geral e 4 do Serviço de Urgência Pediátrica. Estas foram audiogravadas com a permissão dos entrevistados, as narrativas transcritas integralmente (*verbatim*) à medida que se foram realizando, tendo-se alcançado a “saturação de dados” com a oitava entrevista, entendendo-se este como um fenómeno em que as categorias da análise se encontram estabelecidas e no qual a obtenção de mais dados não iria trazer nada de diferente (Fortin, 1996). As 8 entrevistas tiveram uma

duração máxima de 65:20m, mínima de 21:26m e a média 39:68m e foram validadas pelos informantes.

Após uma breve conversa informal demos início às entrevistas agradecendo a colaboração, lembrando o objectivo e a finalidade do trabalho, e garantindo a confidencialidade dos dados. Iniciando pelo preâmbulo e colocando as fotografias em cima da mesa, em igual sequência para todos os enfermeiros, seguimos o guião da entrevista solicitando que as olhassem com alguma atenção e escolhessem aquela que, no seu ponto de vista tivesse mais a ver com a ocorrência de erro em serviços de urgência.

Utilizando este tipo de abordagem semi-estruturada, foi-nos possível explorar questões específicas relativamente ao erro em enfermagem e à segurança dos clientes em serviços de urgência, permitindo ao mesmo tempo, que os actores nos transmitissem toda uma panóplia de vivências, sentimentos e preocupações face aos cuidados de enfermagem, as quais teria sido impossível alcançar de outro modo.

3 - DO ERRO EM ENFERMAGEM E DA SEGURANÇA DOS CLIENTES

No presente capítulo procedemos à análise dos dados recolhidos na busca de respostas às questões que se encontram na base deste estudo e sempre com os olhos colocados nos objectivos. Analisar as evidências de um estudo de caso é tarefa delicada, de acordo com Yin (2005), pois tanto as estratégias como as técnicas carecem de definição mais apurada, o que no nosso caso não foi excepção. Nesta fase, olhando para os dados, enfrentámos um misto de satisfação pelo resultado alcançado não apenas com o nosso esforço, mas também com a enorme colaboração e coragem dos enfermeiros que nele participaram, assim como com a angústia de “tantos” dados para analisar em tão pouco tempo. Mas, como quando o trabalho é muito temos o hábito de estabelecer um plano de acção e executá-lo rapidamente, assim fizemos.

Definimos então que todas as evidências, tanto quantitativas como qualitativas, seriam analisadas, iniciando com a sua apresentação descritiva, de acordo com as estratégias utilizadas.

Apresentação Descritiva das Evidências

Neste estudo de caso, conforme evidenciámos anteriormente, optou-se pela utilização de um questionário e de entrevistas, em dois momentos distintos, como estratégias para gerar dados. Num primeiro momento solicitou-se aos enfermeiros dos Serviços de Urgência Geral e Pediátrica do Hospital, o preenchimento do questionário, e num segundo momento dialogámos com alguns desses informantes-chave, no sentido de aumentar a compreensão da génese do erro em enfermagem com vista à sua diminuição e consequente aumento da segurança dos clientes.

Apresentamos esquematicamente a nossa visão da estrutura essencial do fenómeno erro, que emergiu das evidências colectadas.

Representação da estrutura essencial do fenómeno erro nas práticas de enfermagem em serviços de Urgência



Assim, apresentamos as evidências colectadas, pela ordem cronológica da sua recolha e por sua vez sintetizadas e organizadas por ordem decrescente das frequências, não tendo o investigador feito uso de nenhum *software* específico, pois apesar de ter conhecimento da sua existência, desconhece como os utilizar.

3.1 - Evidências Obtidas por Questionário

O questionário elaborado e aplicado em ambos os Serviços de Urgência Geral e Pediátrica conforme se expõe anteriormente, superou largamente as nossas expectativas no que concerne à dimensão das evidências, talvez devido ao facto de no início do estudo termos observado algumas expressões do rosto mais fechadas e opiniões que diferiam daquelas que seguimos, relativamente à definição de erro e “near miss”, ou até talvez pelos nossos próprios receios de investigadora inexperiente.

Devido à sua extensão, o questionário é apresentado na íntegra apenas em Apêndice II, enquanto neste capítulo se expõe a estatística descritiva, pela qual decidimos tendo em vista os objectivos do estudo.

As 5 categorias de erros ou “near misses” e respectivas sub-categorias definidas conforme descrito na metodologia, foram listadas do seguinte modo:

Quadro 3 – Síntese das categorias e sub-categorias do questionário aplicado.

Categorias	Sub-categorias
1. Erro de Medicação	1.1. Erro de Preparação de Medicação
	1.2. Erro de Administração de Medicação
	1.3. Erro de Vigilância de Medicação
	1.4. Erro na Administração Parentérica
	1.5. Erro no Stock
2. Quedas de Doentes	
3. Queimaduras	
4. Enganos com a Identificação ou Troca de Doentes	
5. Falhas na Vigilância dos Doentes	

Conforme o quadro anterior, observa-se que a primeira categoria é mais exaustiva, menciona os “Erros de Medicação”, a qual por uma questão de sistematização do processo, se divide em 5 sub-categorias respectivamente “Erro de Preparação”, de “Administração”, de “Vigilância de Medicação”, na “Administração Parentérica” e no “Stock”. Por sua vez, cada uma destas permite identificar e particularizar os tipos de erros, facultando ainda a hipótese de, em todos os itens do questionário, o reconhecimento de “Outros” tipos de erros, os quais o enfermeiro especifica nesse caso.

As restantes categorias são apresentadas pela seguinte ordem: - “Quedas de Doentes”, “Queimaduras”, “Enganos com a Identificação ou Troca de Doentes” e a última alude a “Falhas na Vigilância dos Doentes”, cada uma possibilitando o registo de 3 ou 4 tipos de erros.

Ao organizar e interpretar o conjunto de evidências recolhidas, fizemos uso de procedimentos de análise como a distribuição das frequências, e uma medida de tendência central que é a média (Clegg, 1995). Para facilitar a leitura destes dados, serão apresentados quadros síntese e alguns gráficos. Porém, como não nos limitámos a identificar Tipos de erros e aspirámos aprofundar um pouco mais, solicitámos aos enfermeiros que nos transmitissem a sua percepção, relativamente à intensidade com que pensam que cada erro identificado acontece. Assim, para elucidar sobre estes dados expomos os gráficos dos mais significativos em termos de frequência, podendo no entanto o leitor recorrer aos Apêndices IV e V, para obter mais informação.

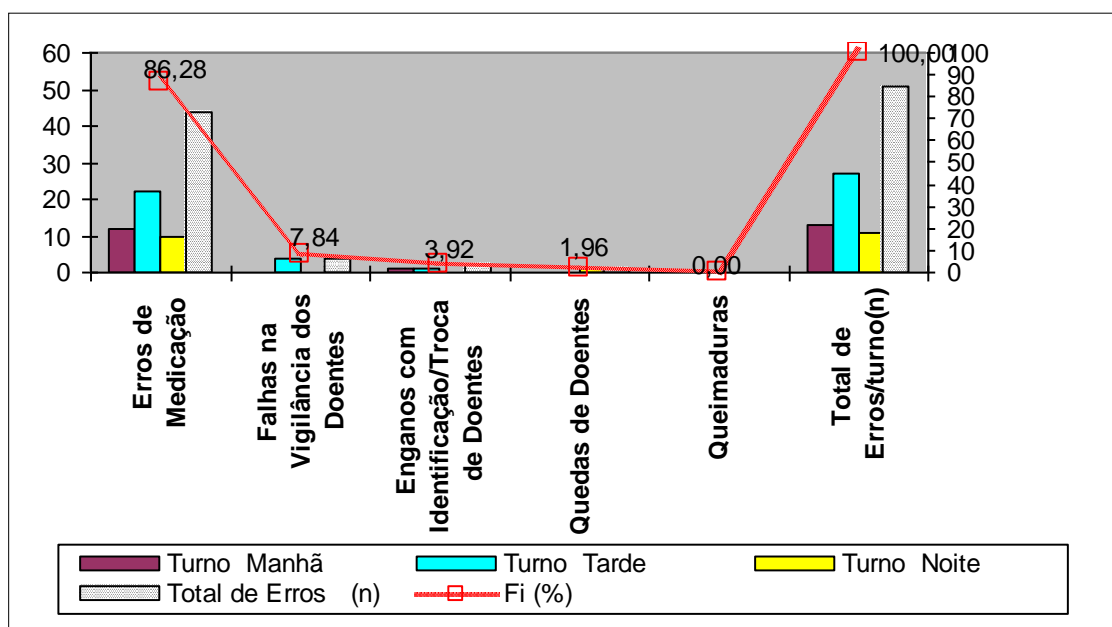
Verificámos que os enfermeiros das duas equipas da Urgência Geral e da Pediátrica, durante os 10 dias em que os questionários ficaram colocados nos postos de trabalho, identificaram um total de 51 tipos de erros ou “near misses”, sendo a categoria “Erros de Medicação” aquela em se registaram mais erros – 44 (86,28%), dos quais metade - 22 (43%) foram no Turno da Tarde, e os outros distribuíram-se quase equitativamente pelo Turno da Manhã -12 (23,45%) e pelo Turno da Noite -10 (19,54%).

Embora a média total de erros ou “near misses” identificados por turno de enfermagem seja 17, ao observarmos a sua distribuição, constatámos que o Turno da Tarde surge em primeiro lugar com uma incidência de 52,8%, seguido do Turno da Manhã com 25,41% e só depois o Turno da Noite com 21,5%.

Quadro 4- Síntese da distribuição da identificação dos tipos de erro ou “near misses” por Turno de Enfermagem.

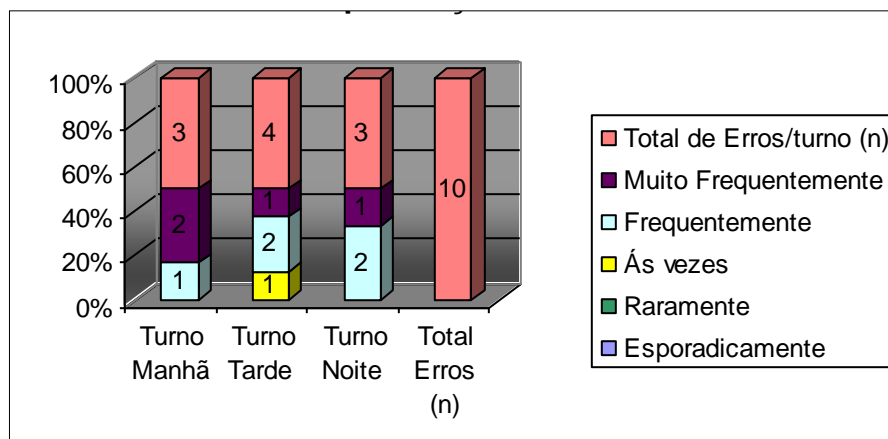
Identificação dos Tipos de Erro ou "Near Misses"	Turno Manhã		Turno Tarde		Turno Noite		Total Erros (n)	Fi (%)
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)		
Erros de Medicação	12	23,45	22	43	10	19,54	44	86,28
Falhas na Vigilância dos doentes	0	0	4	7,84	0	0	4	7,84
Enganos com a Identificação ou Troca de Doentes	1	1,96	1	1,96	0	0	2	3,92
Quedas de Doentes	0		0		1	1,96	1	1,96
Queimaduras	0		0		0	0	0	0
Total de Erros/turno (n)	13	25,41	27	52,8	11	21,5	51	100%

Gráfico 1 – Distribuição de Identificação de Tipos de Erros ou “Near Misses”



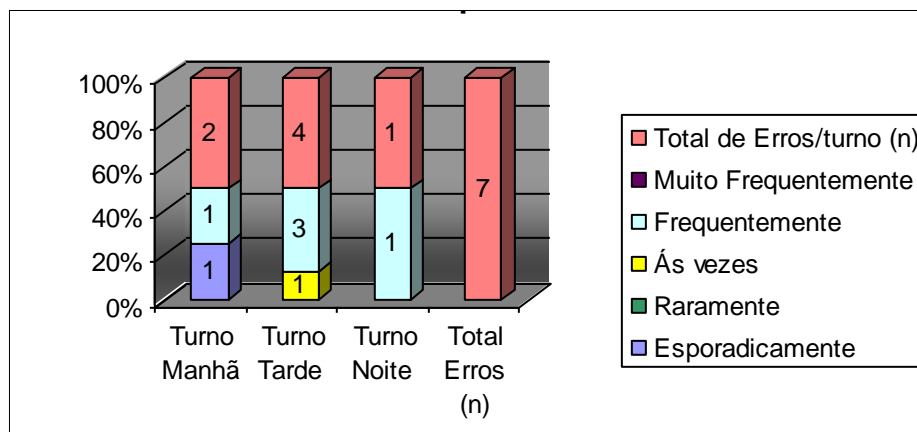
Ao observar ao pormenor a distribuição da Categoria **Erros de Medicação** vemos que estes são maioritariamente “Medicamento incorrectamente formulado na prescrição (nome ou apresentação / dose / via de administração / quantidade / hora) – 10 (22,73%), distribuídos quase uniformemente por turno, com 4 à Tarde e 3 de Manhã e à Noite. Apenas 1 enfermeiro refere que este erro acontece “Às vezes - ocorrência de 1 por mês”, enquanto que os restantes acontecem “Frequentemente - ocorrência de 1 por semana” e “Muito Frequentemente - ocorrência de 1 por dia”, conforme se pode ver no gráfico.

Gráfico 2 – Distribuição da Identificação de Erro de Medicamento Incorrectamente Formulado na prescrição



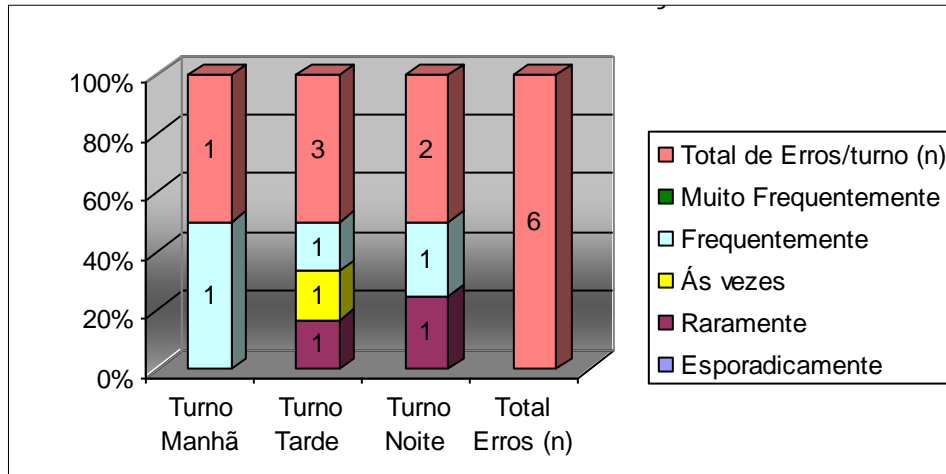
Em relação à inexistência ou inadequação de “Rotulagem de “Droga Adicionada””, do total de 7 (15,91%) erros identificados, mais de metade – 4 foram no Turno da Tarde, de Manhã - 2 e à noite apenas 1, cuja ocorrência é referida uma vez como “Esporadicamente – num período superior a 6 meses” e “Às vezes”, mas a maioria parece ser “Frequentemente”.

Gráfico 3 - Distribuição da Identificação de Erro de Rotulagem de “Droga Adicionada” Inexistente ou Inadequada



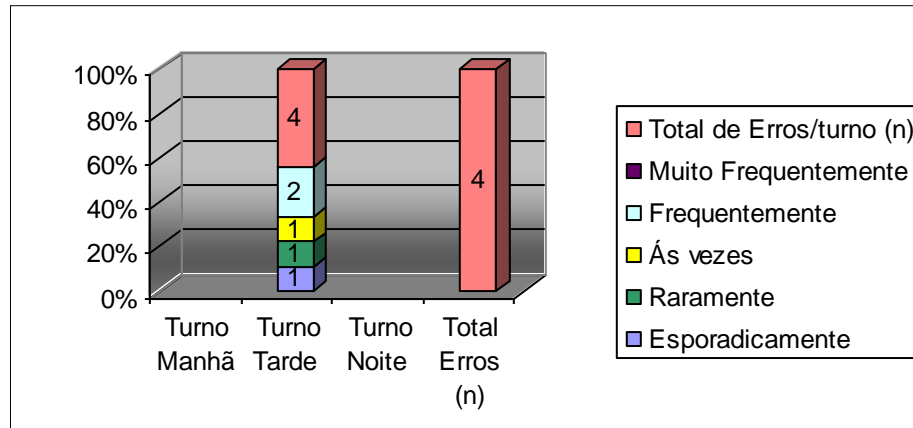
As “Roturas de Stock no serviço” aparecem com um valor de 6 (13,64%), ligeiramente inferior ao anterior (Erro de “Rotulagem de “Droga Adicionada””), mas com uma distribuição semelhante por turno de trabalho e cuja ocorrência oscila entre “Raramente”, “Às vezes” e “Frequentemente” cerca de metade.

Gráfico 4 – Distribuição da Identificação de Erro de Rotura de Stock no Serviço



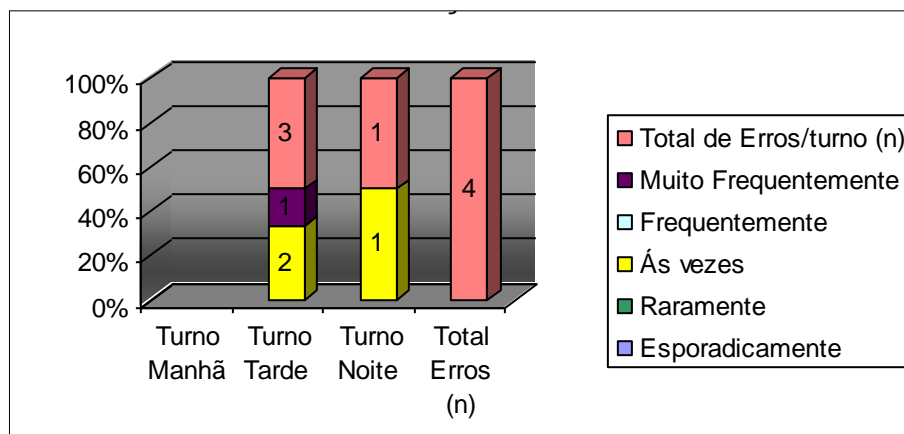
Com 4 (9,09%) o Turno da Tarde retém a totalidade dos erros identificados como medicamento “Administrado fora da hora prescrita”, correspondendo a ocorrência de erro nas várias opções de “Esporadicamente”, “Raramente”, “Às vezes” e “Frequentemente”, embora este último seja referente a 2 erros.

Gráfico 5 – Distribuição da Identificação de Erro de Administração de Medicamento fora da Hora Prescrita



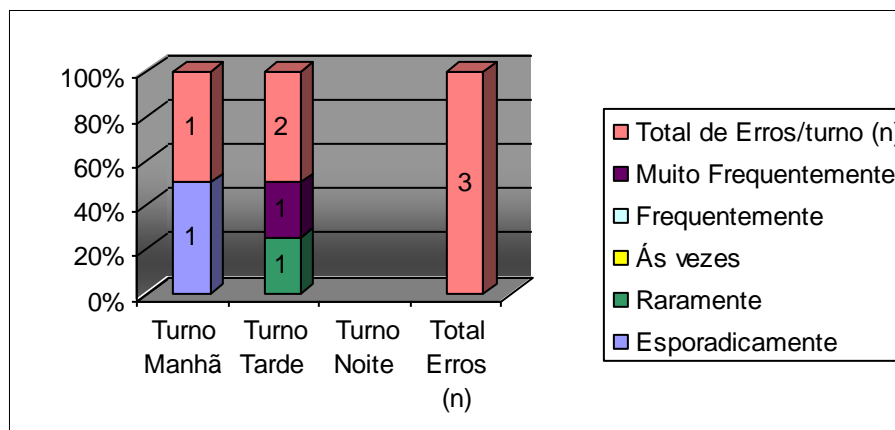
Com o mesmo total de 4 erros identificados no questionário, a “Apresentação de seroma / flebite no local de punção”, corresponde à quase totalidade no Turno da Tarde e unicamente 1 erro observado na Noite.

Gráfico 6 – Distribuição de Identificação de Erro de Apresentação de Seroma/Flebite no Local de Punção



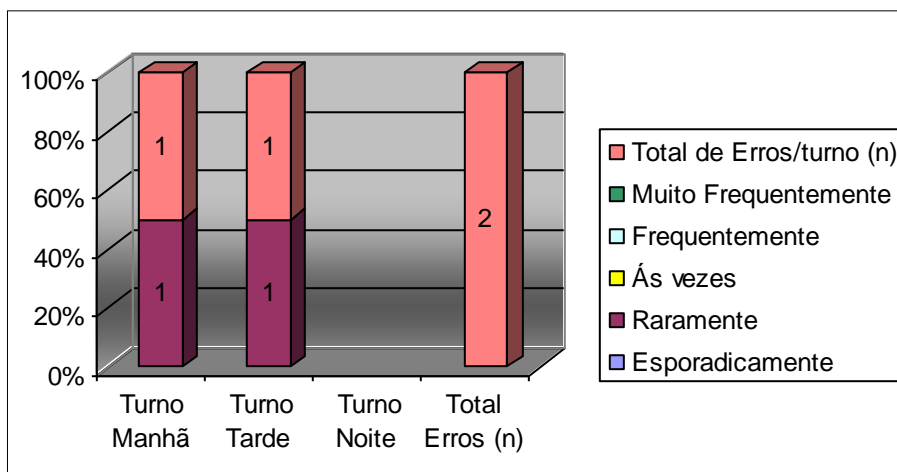
A “Monitorização por tempo insuficiente (só no início da aplicação)” é referenciada como tendo acontecido 1 vez no turno da Manhã e 2 na Tarde, perfazendo 3 (6,82%) no total, cada 1 referenciado como acontecendo a sua ocorrência como “Esporadicamente”, “Raramente” e “Muito Frequentemente”.

Gráfico 7 – Distribuição da Identificação de Erro de Monitorização de Medicação por Tempo Insuficiente



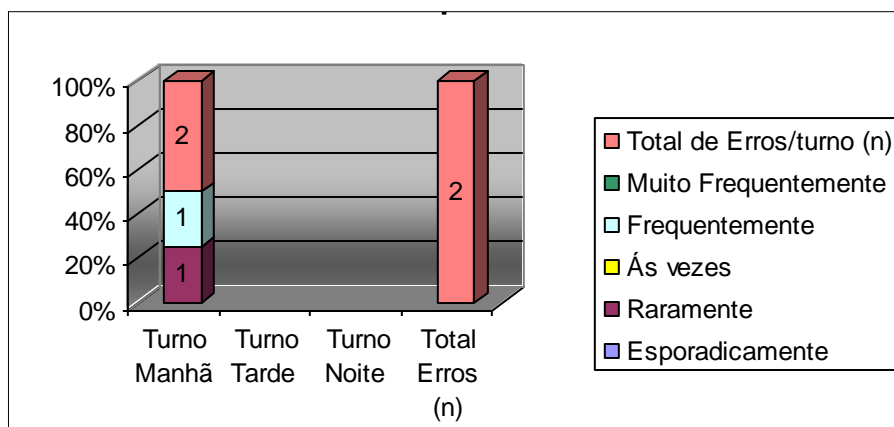
De seguida e com a frequência – 2 (4,55%) temos a identificação de erros de “Preparação da via de administração errada” que aparece como “Raramente” acontecendo, 1 dos quais no Turno da Manhã e o outro na Tarde.

Gráfico 8 – Distribuição da Identificação de Erro de Preparação de Via de Administração Errada



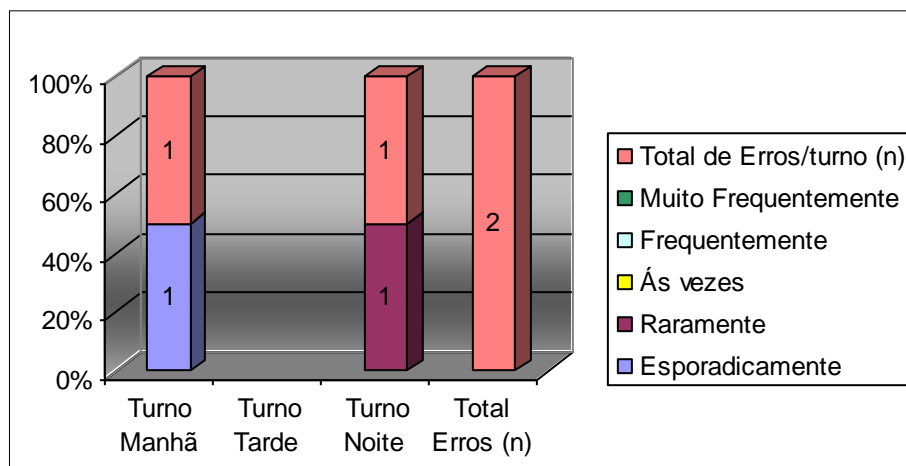
A “Preparação de medicamento com rótulo inadequado (imperceptível / falta de elementos: concentração / sem prazo de validade”, também com 2 erros reconhecidos, ambos no turno da Manhã, são descritos como ocorrendo “Raramente” e “Frequentemente”.

Gráfico 9 – Distribuição da Identificação de Erro de Preparação de Medicamento com Rótulo Inadequado



“Medicamento incorrectamente transcrito” aconteceu 1 no Turno da Manhã com uma ocorrência “Esporadicamente” e outro na Noite acontecendo “Raramente”, o que perfaz 2 na totalidade.

Gráfico 10 – Distribuição da Identificação de Erro de Medicamento Incorrectamente Transcrito



Nos 4 itens seguintes, ainda na categoria dos erros de medicação, observamos apenas 1 ocorrência (2,27%), motivo pelo qual se optou pela descrição sem apresentação de gráfico, correspondendo a:

- “Dose incorrecta – superior ao prescrito” e “Dose incorrecta – inferior ao prescrito”, são referidos como “Raramente” ocorrendo e foram registados na Noite;
- “Erro na programação de infusoras” foi assinalado no Turno da Tarde com uma ocorrência de “Frequentemente”;
- Erro “Na arrumação”, observado na Manhã e acontecendo “Esporadicamente”.

Expomos seguidamente um Quadro síntese dos erros identificados pelos enfermeiros como pertencendo à categoria de **Erros de medicação**, por Turno de Enfermagem e Frequências relativas.

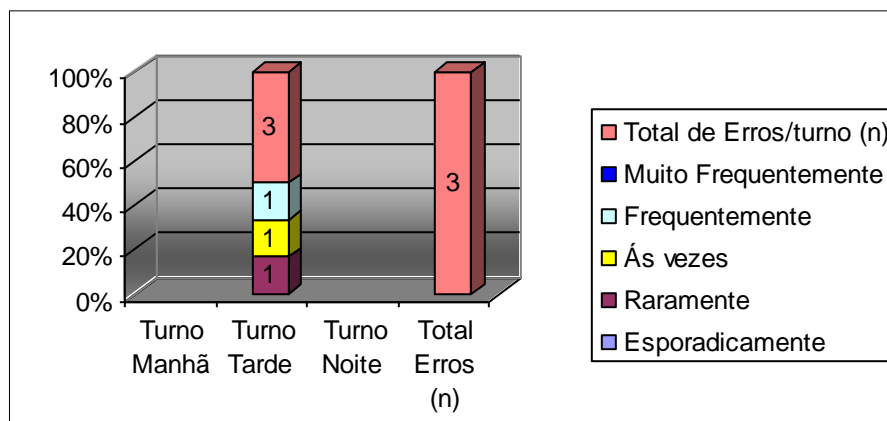
Quadro 5 - Síntese da distribuição da identificação de identificação de erros de medicação, por Turno de Enfermagem.

Identificação de Erro de Medicação	Turno Manhã	Turno Tarde	Turno Noite	(n)	Fi (%)
Medicamento incorrectamente formulado na prescrição	3	4	3	10	22,73%
Rotulagem de "Droga Adicionada" inexistente ou inadequada	2	4	1	7	15,91%
Rotura de stock no serviço	1	3	2	6	13,64%
Administrado fora da hora prescrita	0	4	0	4	9,09%
Apresentação de seroma / flebite no local de punção	0	3	1	4	9,09%
Monitorização por tempo insuficiente (só no início da aplicação)	1	2	0	3	6,81%
Preparação da via de administração errada	1	1	0	2	4,55%
Preparação de medicamento com rótulo inadequado	2		0	2	4,55%
Medicamento incorrectamente transcrito	1	0	1	2	4,55%
Dose incorrecta - superior ao prescrito	0	0	1	1	2,27%
Dose incorrecta - inferior ao prescrito	0	0	1	1	2,27%
Erro na programação de infusoras	0	1	0	1	2,27%
Na arrumação	1	0	0	1	2,27%
Sub-Total Erros / Turno	12	22	10	44	100%

Após a descrição dos erros relativos à primeira categoria, “Erros de Medicação”, apresentamos as quatro categorias restantes, ou seja, “Falhas na Vigilância dos Doentes”, “Enganos com Identificação/Troca de Doentes”, “Quedas de Doentes” e “Queimaduras”, nas quais se observaram um total de 7 registos de erro (13,72%), não tendo havido nenhum na última categoria.

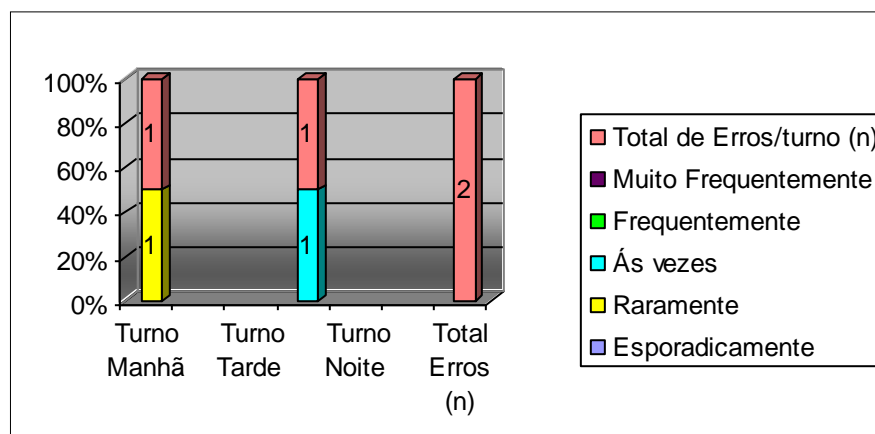
Relativamente a identificação de **Falhas na Vigilância dos Doentes** acumula 4 erros (7,48%), que se distribuem 3 na sub-categoria “Abandono (fuga) do Serviço”, todos no Turno da Tarde, com ocorrências variáveis de acordo com o gráfico 11 e ainda nesta categoria mas não constante neste por ser apenas 1 erro, que reporta a “Doente agitado não imobilizado / vigiado, retirou cateter, algália, sondas ou outros”, referenciado no Turno da Tarde como acontecendo “Às vezes”.

Gráfico 11 – Distribuição da Identificação de Erro de Falha na Vigilância dos Doentes: Abandono (fuga) do Serviço



Quanto à categoria **Enganos com a Identificação ou Troca de Doentes**, apenas 2 (3,92%) foram observados, sendo um registo do Turno da Tarde, em que houve “Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT’s) realizados ao doente errado” o que “Às vezes” acontece (azul no gráfico 12), enquanto no Turno da Manhã, em “Outros” tipos de erro foi identificada uma “Troca na rotulagem de produtos para análise”, citado como ocorrendo “Raramente”(amarelo no gráfico 12).

Gráfico 12 – Distribuição de Identificação de Erro de Enganos com a Identificação/Troca de Doentes



Relativamente à categoria de **Erro de Quedas de Doentes** foi identificada a queda de 1 doente “Da maca ou da Cama”, a qual teve lugar no Turno da Noite, com a ocorrência

referenciada como acontecendo “Às vezes”. Aqui, expomos apenas o quadro síntese por se tratar de um acontecimento isolado.

Quadro 6 - Síntese da distribuição da identificação de erros de quedas de doentes, por turno de Enfermagem

Identificação de Erro de Quedas de Doentes	Turno Manhã	Turno Tarde	Turno Noite	(n)
Da maca ou da cama	0	0	1	1
Sub-Total Erros / Turno	0	0	1	1

3.2 - Evidências Obtidas por Entrevista

Num breve perfil dos 8 enfermeiros entrevistados no nosso estudo, estes distribuem-se uniformemente pelo Serviço de Urgência Geral e de Urgência Pediátrica, exercem funções de enfermeiro Coordenador ou de Chefe de Equipa, são 6 (75%) do género feminino, têm uma média de tempo de exercício profissional de 14 anos e a média de exercício em Serviço de Urgência é de 11 anos. Salientamos assim, o facto de serem peritos, que segundo Benner (2001), são aqueles enfermeiros que tendo uma vasta experiência, detêm intuitivamente o significado mais profundo dos problemas, e sem rodeios focalizam a sua actuação na solução adequada a cada caso.

O tratamento das narrativas foi efectuado através de “análise de conteúdo”, com base num processo de categorização *a posteriori*, no qual foi seguida a metodologia preconizada por Bardin (1997). Ao iniciar a etapa da análise das entrevistas, as transcrições foram lidas uma a uma, de uma forma “flutuante” para que nos fosse facilitada a compreensão do todo, e só depois se incidiu nas particularidades de cada uma delas na tentativa de isolar o fenómeno da génese do erro em enfermagem e da segurança dos clientes em serviços de urgência. Tendo seguido a regra da “exaustividade” e “não selectividade” na constituição do *corpus* de análise, todos os seus elementos constituintes, sem excepção, foram tidos em consideração.

Nesta fase inicial de análise dos dados, sentimos necessidade de ordenar o discurso dos sujeitos e excluir do *verbatim* termos supérfluos característicos da linguagem, embora mantendo as frases do modo como foram expressas pelos sujeitos (Veiga 1994). Para maior compreensão do sentido das descrições, foram utilizados os seguintes símbolos/códigos linguísticos:

(...)	-	Excerto da transcrição original, considerado como irrelevante para a análise; termos supérfluos como “portanto”, “lá está”, “se calhar”, “é assim” e “eu acho que”
...	-	Pausas no discurso
(C)	-	Correcção (rectificação no decorrer de uma frase)
(O)	-	Omissão de palavras ou de sílabas no início ou fim das palavras
(R)	-	Repetição em série de uma ou mais palavras
Palavras em <i>itálico</i>	-	Discurso da entrevistadora
Palavras entre ()	-	Palavras de ligação que conferem significado à declaração
Palavras entre “ “	-	Palavras referidas pelo próprio como sendo entre aspas; expressões da gíria; nomes de fármacos

Ainda na fase de preparação do material para a análise, organizámos o texto de cada entrevista em colunas à esquerda, enquanto a coluna da direita ficou vazia para permitir a colocação dos códigos. Seguidamente iniciámos a árdua, mas estimulante tarefa de transformar em categorias as dezenas de páginas com dados “brutos”, tendo seguido passo a passo, Bardin (1997) e apresentando quadros resumo nos Apêndices VI a IX.

A análise dos dados foi validada com a orientadora deste estudo, que expressou a sua opinião quanto à “Compreensão das Unidades de Contexto”.

Assim, todos os enfermeiros entrevistados, após observarem as fotografias expostas na secretária, escolheram uma que para eles tem maior relação com a ocorrência de erro durante as práticas de enfermagem em serviços de urgência – fotografias nºs 5 (5 vezes), 8 e 9 (2 vezes). Explicando as razões conducentes à sua escolha, relacionaram com:

- Erros de medicação
- Características dos serviços de urgência
- Características dos doentes em serviços de urgência

Associaram a esta escolha a sua percepção dos aspectos que se relacionam mais frequentemente com os serviços de urgência e com as vivências de cada um, face ao erro que decorre das práticas de cuidados de enfermagem.

A partir daqui, as características singulares de cada actor entrevistado, permitiu que o discurso tomasse um rumo peculiar e único, englobando o presente e o passado “do erro” e perspectivando um futuro com cuidados seguros.

Deste modo, da análise e interpretação das evidências resultantes dos conteúdos das entrevistas realizadas, partindo de um total de 755 afirmações, emergiram quatro grandes categorias, ordenadas por frequência decrescente e aqui apresentadas:

- 1- Visão do Erro
- 2- Atitudes Face ao Erro
- 3- Cuidados Seguros
- 4- O Erro e o Cuidar

Por sua vez, cada categoria é composta por sub-categorias e estas por unidades de contexto, que se repetem numericamente constituindo unidades de enumeração (U. E.), cuja descrição sintetizada expomos, por ordem decrescente das frequências, apresentando ainda quadros síntese após cada uma.

Descrição sintetizada das unidades de contexto referentes à visão do erro pelos enfermeiros

Os enfermeiros vêem o erro numa perspectiva ampla, influenciado por múltiplos factores, relacionado com as condições do exercício e com a distribuição de recursos humanos.

Ao identificarem a tipologia dos erros mais frequentes nas práticas de cuidados de enfermagem em serviços de urgência, referem a partilha das suas vivências com os pares,

mostrando preocupação com as suas consequências em termos de dano para os clientes, valorizadas por uns e desvalorizadas por outros.

Esta categoria, **visão do erro**, é a mais significativa relativamente às frequências, pois apresenta um total de 293 das afirmações, correspondendo a 38,81% das respostas, as quais se agrupam em 7 sub-categorias:

► Factores que influenciam o erro, em que se consideram, tanto os de ordem individual como organizacional, embora os primeiros sejam encarados como mais expressivos. Obtiveram um total de 101 afirmações, cujas unidades de contexto se referem:

- À experiência profissional que confere aos enfermeiros competências, adquiridas tanto com a prática geral de cuidados de enfermagem e como na especificidade dos serviços de urgência, permitindo-lhes identificar erros e “near misses”; em oposição, a in experiência dos enfermeiros e a existências de equipas com muitos elementos recém-formados, é vista como factor determinante na ocorrência de erro;

- À organização dos serviços de urgência e dos cuidados que é percebida como um dos principais factores desencadeantes do erro, o qual também é atribuído à falta de organização do Sistema Nacional de Saúde, incapaz de responder às necessidades da população;

- Às situações geradoras de stresse, que os enfermeiros apontam como sendo essencialmente as emergências em que são necessários simultaneamente conhecimentos técnicos, precisão e rapidez de actuação, por vezes inexistentes; também aquelas situações com as quais lidam com menos frequência, relacionadas com o grande trauma, com as situações de crianças e grávidas atendidas na urgência geral;

- Sobrecarga de trabalho é outro factor, que surge quase a par da organização e do stresse, relacionada com serviços de urgência superlotados, o que exige dos enfermeiros rapidez de actuação e ausência de pausas nos cuidados, levando a uma tensão e um cansaço grandes, os quais aliados a muitas horas consecutivas de trabalho, pois como afirmam, muitos enfermeiros trabalham “em duplo”, podem levar a falhas de atenção e ao erro;

- Os factores do indivíduo apontados são os de ordem pessoal como a distração, o humor, a disposição com que se encontram no local de trabalho e a ansiedade das situações de emergência;

- A sub-dotação das equipas de enfermagem face às condições do exercício, relacionam-se com o elevado número de clientes atendidos por turno, com a sazonalidade das urgências e a inadequação do rácio enfermeiro-doente;

- Na relação com o erro a experiência surge com uma faceta ambivalente, na medida em que por um lado ajuda a estar desperto para determinados aspectos, mas por outro transmite uma falsa segurança de que tudo se processa sempre do mesmo modo, levando a que os enfermeiros descurem medidas de segurança;

- O desconhecimento do Código Deontológico, dos objectivos do hospital e do serviço, pela importância que conferem ao conhecimento da responsabilidade dos enfermeiros perante os clientes, são também referidos;

- A interrupção das práticas, nomeadamente durante a execução de técnicas que exigem níveis de atenção elevados, é percebida como potenciadora de erro.

► Erros na perspectiva do indivíduo, engloba os modos como os enfermeiros encaram o processo de errar (59 afirmações):

- O erro é inerente e indissociável da condição de se “ser humano”, como também o é a sua inevitabilidade;

- O erro surge como factor de aprendizagem para o indivíduo, cuja partilha conduz à aprendizagem pela negativa;

- Entre a cultura de admissão do erro e a cultura de “esconder”, assumir o erro como a atitude correcta, mas não a que acontece na maioria das vezes;

- O erro que é cometido deliberadamente e sistematicamente é considerado “crime”, e como tal deve ser punido legalmente;

- O erro acontece de uma forma inconsciente, não intencional, do qual a pessoa só se apercebe depois de ele ter ocorrido.

► Identificação dos tipos de erros, reporta aos erros que os enfermeiros referem com mais frequência (38 afirmações):

- O erro de medicação é apontado como sendo o que acontece com maior frequência, aliado às características dos serviços de urgência;

- Erro de registos por ausência dos mesmos e por transmissão de informação oral que não é registada, nem pelo médico nem pelo enfermeiro;

- Os erros de medicação detectados pela enfermeira referem-se a erros de prescrição ou de arrumação, que deste modo impedem que aconteçam erros mais graves;

- Os erros de comunicação na equipa pluridisciplinar são essencialmente relativos à ausência de comunicação ou ao excesso de informação;

- Troca de doentes acontece por não verificação prévia da identidade e do exame ou cuidados pedidos;

- Avaliação inicial de Enfermagem / Triagem condicionada pela pressão do tempo, pode conduzir a erro;

- O ruído excessivo e permanente dos alarmes é considerado erro de privacidade;

- Evitar o erro por falha na vigilância, através da utilização de medidas de segurança;

- A existência de protocolos diminui o erro de atraso no tratamento.

- ▶ Partilha das vivências de erro, engloba 32 afirmações, relativas à partilha com os pares, com a chefia e em algumas situações com outros profissionais:

- É valorizada a partilha das vivências de erro com os pares, constituindo um apoio para quem o cometeu e uma chamada de atenção para outros, contribuindo deste modo para a sua diminuição;

- A partilha do erro com a chefia do Serviço é vista em igualdade de circunstância com a partilha com os pares, sendo voluntária pela parte de alguns e devendo ser realizada sempre que o erro é considerado “grave”, independentemente do dano que possa ter causado;

- Partilhar ou não com outros profissionais, neste caso com o médico, depende do tipo de erro, do dano causado ou potencial e quando detectado por outros obriga a um confronto com quem o cometeu;

- ▶ Condições do exercício, considera toda a envolvente do ambiente de trabalho num serviço de urgência, a imprevisibilidade de situações de crise e a intensividade dos cuidados, como determinantes para acontecer o erro (28 afirmações):

- O ambiente em que decorre a prestação de cuidados, no qual são valorizados aspectos como a organização, as condições físicas adequadas, a actuação protocolada e o envolvimento pessoal, são percebidos como transmitindo segurança, enquanto a sua inexistência, aliada a volumes elevados de trabalho contribuem para o erro;

- Imprevisibilidade de situações de crise, que obrigam a actuação rápida, com um planeamento no momento;

- A intensividade dos cuidados requer níveis de atenção elevados, cuidados permanentes e com alto grau de exigência;

- Constatação da instabilidade dos doentes que exige constante vigilância de enfermagem;

- ▶ Consequências do erro, sob a qual enquadrámos 27 afirmações, as quais, dependendo das particularidades de cada situação, são valorizadas ou desvalorizadas tanto pelo indivíduo como por terceiros; não detecção de um erro na origem de outro:

- Valorização ou desvalorização do erro, ou do dano, ou de ambos por parte do indivíduo, está relacionada com a especificidade de cada situação, valorizando-se a partilha do erro; referência ao facto de, na prática serem desvalorizados os erros que são detectados pela enfermagem e que são frequentes;

- Tendência de terceiros na desvalorização do erro/dano;

- A não detecção de um erro no início da cadeia, pode conduzir a outros erros.

- ▶ Distribuição de recursos humanos, centra-se na desadequação do rácio Enfermeiro/doente e obteve 8 afirmações, repartidas por:

- Desadequação do rácio Enfermeiro/doente face ao número e à criticidade dos doentes;

- Rácio Enfermeiro/doente desadequado face às situações de cuidados, diminui a segurança e potencia a ocorrência de erro.

Quadro 7 - Descritivo da categoria visão do erro

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	U.E.	Fi (%)
VISÃO DO ERRO	Factores que Influenciam o Erro	(In) experiência profissional	23	
		Organização do serviço e dos cuidados	19	
		Situações geradoras de stresse	19	
		Sobrecarga de trabalho	17	
		Factores do indivíduo	9	
		Sub-dotação das equipas de Enfermagem face às condições do exercício	7	
		Ambivalência da experiência na relação com o erro	4	
		Desconhecimento do Código Deontológico, objectivos do Hospital e do serviço	2	
		Interrupções das práticas e níveis de atenção	1	
		Sub- total	101	
	Erros na Perspectiva do Indivíduo	Erro inerente à natureza humana	17	
		Erro como factor de aprendizagem	16	
		Cultura de admissão do erro <i>versus</i> Cultura de “esconder” o erro	15	
		Erro premeditado é "crime"	6	
		Não intencionalidade do erro	5	
	Sub- total	59	20,14%	
	Identificação dos Tipos de Erros	Erro de medicação	21	
		Erro de registos	4	
		Erro de medicação detectados pela enfermeira	3	
		Erro de comunicação na equipa pluridisciplinar	3	
		Erro de troca de doentes	2	
		Erro de avaliação de Enfermagem/Triagem	2	
		Erro de violação da privacidade	1	
		Erro de vigilância	1	
		Erro de atraso no tratamento	1	
	Sub- total	38	12,96%	
	Partilha das Vivências de Erro	Partilha do erro com os pares	11	
		Partilha do erro com a chefia	11	
		(Não) Partilha do erro com outros profissionais	10	
	Sub- total	32	10,92%	
	Condições do Exercício	Ambiente de trabalho	15	
		Imprevisibilidade de ocorrência de situações de crise	5	
		Intensividade dos cuidados	4	
		Instabilidade dos doentes	4	
	Sub- total	28	9,57%	

	Consequências do Erro	(Des) valorização do erro/dano por parte do indivíduo	20	
		(Des) valorização do erro/dano por parte de terceiros	4	
		Não detecção de um erro na origem de outro	3	
		Sub- total	27	9,22%
	Distribuição de Recursos Humanos	Rácio Enfermeiro-doente <i>versus</i> (des) adequação às situações de cuidados	5	
		Rácio Enfermeiro-doente <i>versus</i> probabilidade de erro	3	
			Sub- total	
			Total	293

Descrição sintetizada das unidades de contexto referentes às atitudes dos enfermeiros face ao erro

A segunda categoria identificada relaciona-se com as **atitudes dos enfermeiros face ao erro**, no qual são apontados comportamentos tipificados, directamente relacionados com a análise reflexiva das práticas, em que a prioridade está em “salvar a vida” do doente e em que o comportamento é gerador da atitude.

Os pares desempenham um papel fundamental no apoio e ajuda a lidar com as situações, seguido do papel da chefia.

O erro é vivenciado com sentimentos negativos, na sua maioria culpabilizantes.

Contabilizam-se um total de 208 afirmações, a maioria delas centradas na sub-categoria dos comportamentos face ao erro, que tem 39,42% das afirmações. Apresentamos as sub-categorias, que são 4:

► Comportamentos face ao erro, surge mais frequentemente relacionado com a análise reflexiva das práticas de erro, numa tentativa de identificar a sua génese, avaliar o erro e o dano, contribuindo com 82 afirmações:

- Análise reflexiva das práticas, como um comportamento muito valorizado e realizado com regularidade, na medida em que conhecendo a natureza do erro e os seus mecanismos é possível actuar interpondo medidas de segurança, ao mesmo tempo que constitui aprendizagem melhorando a *performance*;

- A actuação não está condicionada pela avaliação do dano, porque antes de mais aconteceu um erro, embora no caso de existir um dano grave isto condicione a atitude de informar nomeadamente a chefia do serviço, defendendo o cliente;

- Perante a evidência de um erro preconiza-se uma actuação imediata;

- A obrigatoriedade da análise reflexiva da génese e dimensão do erro, podendo ser oral ou escrita, principalmente quando o erro foi realizado por um colega e como forma de evitar a sua recorrência;

- Confrontar com a má prática colocando questões;

- Salvar a vida surge como a actuação prioritária num serviço de urgência;

- Perante a observação de um erro com dano severo, a atitude autoritária é referida como a mais adequada;

- No exercício das suas funções o enfermeiro orienta a sua actuação de acordo com os princípios da beneficência e da não-maleficência;

- Actuação secundária para evitar sequelas, em oposição à actuação prioritária que é salvar a vida.

► O papel dos pares, encontra-se relacionado com as atitudes destes perante um erro que observam, ou que lhes é transmitido:

- Perante o erro, o papel principal dos pares é apoiar/ajudar a lidar com a situação, numa atitude de compreensão, de tranquilização, mas sem desvalorizar a ocorrência do erro;

- A actuação dos pares perante o erro revela discrição, sendo considerada essa atitude como a mais correcta;

- Não recriminar, não culpabilizar pelo erro/dano, em oposição a animar, confortar;

- Após uma primeira abordagem de apoio, ajudar a assumir o erro perante a chefia, condição obrigatória se o erro/dano for grave;

- A supervisão dos cuidados nos dias que sucedem o erro, é uma medida de apoio ao colega e um garante de que não irá cometer o mesmo erro.

► O papel da chefia, foca atitudes de apoio e ajuda no lidar com as situações, semelhantes às dos pares, embora enfatizando atitudes de liderança:

- Associadas às particularidades de cada pessoa, as posturas da chefia são orientadas em primeiro plano no sentido da liderança eficaz e depois da gestão, sendo a postura assertiva e a abordagem não culpabilizante as mais valorizadas (16 afirmações);

- À chefia cabe o dever de comunicar superiormente o erro com dano grave;

- A introdução e implementação de medidas de segurança são funções da chefia, como líder da mudança;

- Actuando do mesmo modo que os pares, a chefia ajuda a esclarecer as situações relativas à ocorrência de erro;

- A actuação da chefia revela discricção, à semelhança dos pares;

- Apoiar/ ajudar a dizer a verdade aos Clientes/família e superiormente;

- Ajudar os enfermeiros na gestão de sentimentos face ao erro;

- Patente no Código Deontológico, é assumido e accionado o dever de comunicar condições de trabalho que prejudiquem a qualidade dos cuidados;

- Apoiar na prestação de cuidados em caso de sobrecarga de trabalho.

- ▶ Sentimentos face ao erro, (28 afirmações) manifestando:

- Sentimento de culpa que assume o maior significado (12 afirmações), referindo-se a sua existência relativa a quem esteve na origem do erro e percebida como permanecendo no tempo, independentemente de se assumir a responsabilidade pelo erro;

- Sentimento de ansiedade perante a situação de erro;

- Sentimento de medo ao aperceber-se da situação e por receio de penalização;

- Face à constatação de erro e de más práticas surge o sentimento de consternação;

- Relutância face à possibilidade de ocorrência de erros com os colegas ou com o próprio.

Quadro 8 - Descritivo da categoria atitudes face ao erro.

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	U.E.	Fi (%)
ATITUDES FACE AO ERRO	Comportamentos Face ao Erro	Análise reflexiva das práticas de erro como forma de melhorar a performance	20	
		Actuação (não) condicionada pela avaliação do dano	19	
		Intervenção imediata perante o erro	12	
		Análise reflexiva da génese e dimensão do erro	10	
		Colocar questões relativamente à prática do erro	7	
		Actuação prioritária para salvar a vida	5	
		Atitude autoritária face ao erro susceptível de causar dano severo	4	
		Actuação de acordo com os princípios de beneficência e de não-maleficência	3	
		Actuação secundária para evitar sequelas	2	
		Sub- total	82	39,42%
	O Papel dos Pares	Apoiar/ajudar a lidar com a situação	17	
		Actuação que revela discrição	15	
		Não "culpabilizar" pelo erro/dano	13	
		Ajudar a assumir o erro perante a chefia	7	
		Supervisão dos cuidados	3	
		Sub- total	55	26,44%
	O Papel da Chefia	Posturas da chefia	18	
		Dever de comunicar o erro com dano grave	7	
		Introdução e implementação de medidas de segurança	4	
		Ajudar a esclarecer a situação	4	
		Actuação que revela discrição por parte da chefia	3	
		Apoiar/ajudar a dizer a verdade	2	
		Gestão dos sentimentos face ao erro	2	
		Dever de comunicar condições de trabalho que prejudicam a qualidade dos cuidados	2	
		Apoiar em caso de sobrecarga de trabalho	1	
		Sub- total	43	20,68%
	Sentimentos Face ao Erro	Sentimento de culpa	12	
		Sentimento de ansiedade	5	
		Sentimento de medo	5	
		Consternação face à constatação de erro	5	
		Relutância face à possibilidade de ocorrência de erro	1	
		Sub- total	28	13,46%
		Total	208	100%

Descrição sintetizada das unidades de contexto referentes a cuidados seguros

A par da constatação e do assumir que o erro acontece com relativa frequência durante as práticas de cuidados em serviços de urgência, surge a categoria **cuidados seguros**, com 141 afirmações, das quais 61,7% são referentes à percepção da necessidade de introduzir medidas de segurança individuais e organizacionais, muitas delas já conhecidas, tendentes à diminuição do erro.

A inexistência de sistemas de gestão do risco clínico, conduz à identificação das suas características, assim como à necessidade do seu desenho e implementação.

Mas nem tudo está por fazer, pelo que são reconhecidos os recursos já existentes, que carecem de melhorias, nomeadamente agilização.

► Percepção das medidas de segurança a introduzir, relacionadas com a aplicação de normas de segurança conhecidas, tanto individuais como organizacionais (perfaz 87 afirmações):

- Aplicar na prática normas de segurança conhecidas, como ter os medicamentos organizados por ordem alfabética, duplas verificações de terapêuticas principalmente a de urgência, confirmar a prescrição e o cliente a que se refere antes de administrar, confirmar o nome do medicamento antes de preparar, verificar mensalmente prazos de validade;

- Práticas individuais de segurança, relativas a verificações das salas e dos fármacos quando se inicia o turno, conhecer os locais do material e dos fármacos das salas de emergência, rejeitar prescrições orais, confirmar mais que uma vez as prescrições antes de administrar e perante a dúvida e a inexperiência questionar sempre;

- Exercício baseado no conhecimento científico, em Protocolos de actuação e circuitos definidos em equipa pluridisciplinar, actualizados e divulgados internamente;

- A adequação das condições de trabalho, que vão desde o espaço físico ao atendimento por prioridades, passando por horários de enfermagem flexíveis;

- Dotações seguras, adequando o rácio às necessidades de cuidados dos clientes dos serviços de urgência, de acordo com as competências e experiência de cada enfermeiro e das equipas de enfermagem;

- Desenvolver programas personalizados de integração de novos elementos;
- Assumir a responsabilidade pelos actos que praticamos é inerente à profissão, é “ser enfermeiro” e faz parte do processo de profissionalização;
- Duplas verificações de medicação, como prática segura que diminui o erro;
- Sistemas de informações eficazes ao doente/família;
- Agilização da comunicação na equipa pluridisciplinar;
- Informação à população sobre medidas de promoção da saúde e utilização dos serviços de urgência, não dependente da enfermagem;
- O apoio informático como prática de gestão que aumenta a segurança;
- Abolir a transcrição da prescrição médica.

► Sistemas de gestão do risco clínico, com características específicas apontadas pelos enfermeiros, nomeadamente em relação a sistemas de reporte de erros, embora podendo ter algumas desvantagens, considerados como instrumentos valiosos da gestão do risco (com 38 afirmações):

- As suas características principais têm a ver com a existência de sistemas informatizados, que permitam a gestão do erro de forma anónima, não culpabilizante, de fácil acesso, cuja análise se encontrasse numa base de dados Nacional;
- Vantagens dos sistemas informatizados sobrepõem-se largamente às desvantagens;
- Desenho de sistemas de reporte de erros que permitam a análise estatística da ocorrência de erro, mas também da sua génese, constituindo um valioso instrumento de gestão.

► Percepção dos recursos existentes, como a Ordem dos Enfermeiros e a aplicação dos resultados da análise reflexiva do erro, constituem metade de um total de 16 afirmações:

- O papel da Ordem dos Enfermeiros, esclarecendo as dúvidas, apoiando e aplicando a Regulamentação da Profissão;
- Aplicação dos resultados da análise reflexiva do erro, para melhoria da qualidade das práticas em geral e diminuição do erro em particular;

- O equipamento, nomeadamente de monitorização, é percebido como transmitindo a sensação de segurança e de algum controle do erro;
- Programas de integração de novos elementos são percebidos como securizantes, sendo a duração de 1 mês considerada a adequada.

Quadro 9 - Descritivo da categoria cuidados seguros.

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	U.E.	Fi (%)
CUIDADOS SEGUROS	Percepção das Medidas de Segurança a Introduzir	Aplicar na prática normas de segurança conhecidas	17	
		Práticas individuais de segurança	13	
		Exercício baseado no conhecimento científico e em Protocolos de actuação	13	
		Adequação das condições de trabalho	9	
		Dotações seguras	7	
		Programas de integração personalizados	5	
		Assumir a responsabilidade inerente à profissão	5	
		Duplas verificações de medicação	4	
		Sistemas de informações ao doente/família	3	
		Agilização da comunicação	3	
		Informação à população sobre medidas de promoção da saúde e utilização dos Serviços de Urgência	3	
		Melhorar a eficácia dos cuidados de saúde primários	2	
		Apoio informático	2	
		Abolir a transcrição da prescrição médica	1	
		Sub- total	87	61,7%
	Sistemas de Gestão do Risco Clínico	Características dos sistemas de reporte de erros	22	
		(Des) vantagens dos sistemas informatizados	8	
		Desenho de sistemas de reporte de erros	5	
		Aplicação de sistemas informatizados de gestão de tempo/ actividades/Triagem por prioridades	3	
		Sub- total	38	26,95%
	Percepção dos Recursos Existentes	Papel da Ordem dos Enfermeiros	4	
		Aplicação dos resultados da análise reflexiva do erro	4	
		Percepção de segurança transmitida pelo equipamento	3	
		Programas de integração de novos elementos	3	
		Locais de observação com privacidade	2	
		Sub- total	16	11,35%
		Total	141	100%

Descrição sintetizada das unidades de contexto referentes a o erro e o cuidar

A categoria **o erro e o cuidar** emerge decorrente do direito ao cuidado e deste modo ligada aos deveres do enfermeiro na sua persecução.

As sub-categorias identificadas são a responsabilidade profissional, o agir ético e deontológico (estas duas totalizam 60,18%), os erros na relação com o Outro, o agir com competência e o cuidado ao Outro, que somam 113 afirmações, conforme se descreve:

► Responsabilidade Profissional, refere-se essencialmente ao assumir e valorizar da responsabilidade na tomada de decisão e actos realizados, em que a chefia tem um papel preponderante na responsabilidade por todo o serviço:

- Assumir a responsabilidade na tomada de decisão e actos realizados, como um dever inerente à profissão, e como um dever de assumir a responsabilidade pelo erro e dano causados aos clientes (24 afirmações),

- A valorização da responsabilidade na tomada de decisão relativamente ao conhecimento dos seus limites, ligada à responsabilidade de “ser enfermeiro” e de lidar com vidas humanas;

- Valorização do papel da chefia na responsabilidade por todo o serviço, mesmo quando delega noutros elementos;

- Situações em que há declinação da responsabilidade dos cuidados de enfermagem, em outros profissionais, consideradas como erro;

► O agir ético e deontológico, evidencia o dever do enfermeiro em dizer “a verdade” perante o erro, colocando-o perante situações dilemáticas, com 26 unidades de contexto relativas a:

- Perante o erro, sobrepõe-se o dever do enfermeiro em dizer “a verdade” ao cliente ou aos pais no caso da criança, pois é um direito que lhes assiste (12 afirmações);

- Perante o erro com dano grave, cometido pelo próprio ou por outros, impõe-se o dever do enfermeiro em comunicar à chefia, para além de falar com o cliente;

- Dilema do princípio de beneficência *versus* princípio da não-maleficência, entre não fazer o mal e não promover o maior bem;

- Dilema do dever de respeitar o desejo expresso do doente menor de idade *versus* o dever legal por não estar acompanhado por familiar, colocam-se múltiplas questões sobre a actuação correcta;

- A necessidade de obter o consentimento dos pais na realização de exame analítico à criança que está sozinha, confronta o enfermeiro com o dever de informação e de obtenção de consentimento.

► Os erros na relação com o Outro, são principalmente erros na comunicação/relação de ajuda (12 afirmações), mas também é identificado como erro conversar acerca de assuntos pessoais enquanto se prestam cuidados aos clientes, para além de outros que se apresentam a seguir:

- Erros na comunicação/relação de ajuda, relacionam-se com ausência de informação acerca dos cuidados, sendo extensivos à equipa pluridisciplinar, assim como na forma como é realizada a abordagem ao cliente, considerada como fundamental no estabelecimento de uma “relação de ajuda”, cuja responsabilidade é da enfermagem;

- Durante a prestação de cuidados ao cliente, falar de temas pessoais é sentido como “normal” e “humano” quando este está numa situação em que não pode falar, não deixando no entanto de constituir um erro;

- A utilização da força para conter o doente psiquiátrico, encarada como agressão e invasão do Outro;

- Quebra do dever de sigilo profissional verificada numa situação em que se está a cuidar de um cliente e a falar de outro e noutra o expor um caso perante várias colegas numa sala de pausa;

- Erro decorrente do não cumprimento do princípio de beneficência, ao não promover o maior bem para a criança.

► Agir com competência, sob a qual enquadramos 14 afirmações, significa primeiramente a capacidade de mobilização dos recursos pessoais, assim como da necessidade de mobilização dos recursos externos, cujas unidades de contexto são:

- Mobilização de recursos pessoais sabendo congregar o “saber ser, fazer e o estar”, na garantia da qualidade das práticas, na actualização contínua, no saber questionar o porquê das intervenções, na autonomia e no agir ético;

- Mobilização dos recursos externos fazendo apelo a outros colegas, a outros profissionais ou a Protocolos.

► Cuidado ao Outro, aglutina a valorização do cuidado personalizado, com a dificuldade da parametrização do “cuidado” ao Outro, que condiciona a não percepção do erro no quadro do cuidar (11 afirmações):

- Valorização do cuidado personalizado, enfatizando o tratar o cliente pelo nome, falar com ele e com a família e olhar para ele como pessoa, independentemente da criticidade da sua situação clínica. A privacidade e a informação são tidas também em conta;

- A parametrização das intervenções do quadro biomédico permite a medição do erro, o que não sendo aplicável ao quadro do cuidar não permite avaliar o erro na sua dimensão;

- A não parametrização do “cuidado” ao Outro condiciona a impossibilidade de avaliação do erro, tão importante para a enfermagem.

Quadro 10 - Descritivo da categoria o erro e o cuidar.

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	U.E.	Fi (%)
O ERRO E O CUIDAR	Responsabilidade Profissional	Dever de assumir a responsabilidade pela tomada de decisão e actos realizados	24	37,17%
		Valorização da responsabilidade na tomada de decisão	10	
		Valorização do papel da chefia na responsabilidade por todo o serviço	5	
		Declinação da responsabilidade dos cuidados em outros profissionais	2	
		Declinação da responsabilidade no médico sem resolução do problema	1	
		Sub- total	42	
	Agir Ético e Deontológico	Dever do enfermeiro em dizer "a verdade"	12	37,17%
		Dever de participar à chefia o erro com danos	6	
		Dilema do princípio de beneficência <i>versus</i> princípio da não-maleficência	4	
		Dilema do dever de respeitar o desejo expresso do doente menor de idade <i>versus</i> dever legal por este não estar acompanhado por familiar	2	
		Dever de obtenção de consentimento dos pais, antes de teste analítico	1	
		Dever de informação à criança, da necessidade de consentimento dos pais antes de teste analítico	1	

		Sub- total	26	23,01%
Erros na Relação com o Outro	Erro na comunicação/relação de ajuda com o doente/ família		12	
	Falar de assuntos pessoais durante os cuidados		3	
	Uso da força para conter o doente psiquiátrico		2	
	Quebra do dever de sigilo profissional		2	
	Erro decorrente do não cumprimento do princípio beneficência		1	
	Sub- total		20	17,7%
Agir com Competência	(Des) mobilização de recursos pessoais		12	
	Mobilização de recursos externos		2	
	Sub- total		14	12,39%
Cuidado ao Outro	(Des) valorização do cuidado personalizado		7	
	Parametrização das intervenções do quadro biomédico <i>versus</i> quadro do cuidar		3	
	Não parametrização do "cuidado" ao Outro condiciona a não avaliação do erro		1	
	Sub- total		11	9,73%
		Total	113	100%

Deste modo concluímos a categorização das 755 afirmações consideradas como significativas para a identificação da génese do erro em enfermagem e da segurança dos clientes em serviços de urgência.

Realizámos a análise descritiva de cada uma das categorias e sub-categorias, suas unidades de contexto e respectivas frequências, como se de retalhos de uma manta se tratasse. Agora, olhando-a na totalidade sobressai que as duas primeiras categorias, Visão do Erro e Atitudes Face ao Erro, constituem mais de metade das afirmações o equivalente a 66,36%.

Na categoria Visão do Erro (293 afirmações), as frequências distribuem-se por 7 sub-categorias das quais os “Factores que Influenciam o Erro” são os mais referidos de todas as categorias com 101 afirmações e a “Distribuição de Recursos Humanos” com apenas 8 afirmações a que tem menos de todas as sub-categorias.

Relativamente à categoria Atitudes Face ao Erro com 208 afirmações, que se distribuem por 4 sub-categorias, observamos que os extremos “Comportamentos Face ao

Erro” e “Sentimentos Face ao Erro” agrupam metade, assumindo as outras 2 sub-categorias centrais relativas ao “Papel dos Pares” e ao “Papel da Chefia” a outra metade.

Cuidados Seguros é a terceira categoria em termos de frequências com 18,68%, na qual a “Percepção das Medidas de Segurança a Introduzir” é a sub-categoria mais significativa e a “Percepção dos Recursos Existentes” é a menos referida.

Finalmente, sobre a categoria O Erro e o Cuidar (113 afirmações), repartidas por 5 sub-categorias, e encimadas pela “Responsabilidade Profissional” com 37,17% e que acumulando com a segunda “Agir Ético e Deontológico” com 23,01%, constituem mais de metade das afirmações.

No quadro-síntese que se apresenta podemos constatar todas as categorias e sub-categorias, assim como as unidades de enumeração, frequências relativas e acumuladas de cada , permitindo assim uma visão do todo.

Quadro 11 - síntese da distribuição das categorias e sub-categorias da identificação da génese do erro em enfermagem e da segurança dos clientes em serviços de urgência.

Categorias	U.E.	Fi (%)	Acum.	Sub-categorias	U.E.	(%) relativa
Visão do Erro	293	38,81	38,81	Factores que influenciam o erro	101	34,46
				Erros na perspectiva do indivíduo	59	20,14
				Identificação dos tipos de erro	38	12,96
				Partilha das vivências de erro	32	10,92
				Condições do exercício	28	9,57
				Consequências do erro	27	9,22
				Distribuição de recursos humanos	8	2,73
Atitudes Face ao Erro	208	27,55	66,36	Comportamentos face ao erro	82	39,42
				O papel dos pares	55	26,44
				O papel da chefia	43	20,68
				Sentimentos face ao erro	28	13,46
Cuidados Seguros	141	18,68	85,04	Percepção das medidas de segurança a introduzir	87	61,7
				Sistemas de Gestão do Risco Clínico	38	26,95
				Percepção dos Recursos Existentes	16	11,35
O Erro e o Cuidar	113	14,96	100	Responsabilidade profissional	42	37,17
				Agir ético e deontológico	26	23,01
				Erros na relação com o Outro	20	17,7
				Agir com competência	14	12,39
				Cuidado ao Outro	11	9,73
Total	755	100			755	

4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Iniciar este capítulo não significa de modo algum dar por encerrado este trabalho quando alcançar o seu *terminus*, mas tão-somente o finalizar em termos académicos, uma vez que com ele se pretende a obtenção do grau de Mestre pela Universidade de Évora.

A par da obrigatoriedade da sua divulgação em revistas, muitas reflexões ficaram pelo caminho e têm que ser reatadas, há um projecto aqui delineado para implementar e tão importante como todos os outros, há o compromisso assumido, da sua apresentação formal aos enfermeiros que nele colaboraram. Quando conversámos acerca da temática do erro em enfermagem, concordámos que o primeiro passo para a segurança se inicia com a capacidade individual de assumir todos actos que praticamos e todas as consequências desses actos e esse primeiro passo eles já deram, mostrando uma enorme vontade em continuar a percorrer o caminho, quiçá ajudados aqui e ali por algo presente neste estudo, no caminho dos tão almejados cuidados de qualidade, cuidados seguros.

As conclusões que se seguem, são os frutos verdes de toda esta pesquisa, que poderão amadurecer com a implementação do Projecto de Intervenção, que constituindo as nossas sugestões é sem dúvida o continuar de um percurso carregado de esperança...

4.1 - Principais Conclusões

A nossa preocupação pelo aumento da compreensão do fenómeno erro em enfermagem, conduziu-nos à procura de respostas nas particularidades de cada pessoa que colaborou neste trabalho e, num esforço de reflexão que engloba o pensamento e os estudos de outros, alcançámos as conclusões que passamos a descrever.

Para os enfermeiros, a visão do erro como fenómeno humano constitui uma experiência englobante e enriquecedora, fruto das suas vivências pessoais e influenciado por múltiplos factores. Apesar da conotação negativa que o erro e a falha humana acarretam para os profissionais em geral e em particular na área da saúde, e a par dos danos causados

aos clientes a quem acima de tudo devemos proteger, na perspectiva dos enfermeiros os aspectos da segurança sobressaem, assumindo a actuação nesta àrea a prioridade màxima.

Estabelecem relação entre a experiência profissional e o acontecimento “erro”, apontando a inexperiência como principal factor desencadeante: “quando comecei a ficar sozinho com doentes, um dos primeiros turnos, em que fui administrar dois antibióticos a dois doentes com a mesma patologia no mesmo quarto, troquei os antibióticos”. As competências adquiridas com a experiência aumentam a capacidade de detectar erros potenciais ou “near misses”, conforme afirma um enfermeiro ao descrever um caso de uma colega: “ela conseguiu-se aperceber porque não era uma pessoa nova, era uma pessoa com alguma experiência”. O facto de ser jovem tem a ver “com a prática (...) que nos vai gradualmente ajudando a diminuir um bocado o erro”, permitindo “estar alerta para outras coisas”, e neste sentido é referido que “até dois anos as pessoas podem ser consideradas novas no serviço de urgência”. A prática e o conhecimento adquirido ao longo desta, dão a segurança, que permite ao enfermeiro questionar o outro acerca da sua decisão ou prescrição, que consideram erradas: “não me custa nada ir questionar a pessoa em causa o porquê daquela prescrição!”.

A aprendizagem experiencial, relativa às competências que se adquirem em contexto das práticas de enfermagem, é referida por Benner (2001), como constituindo parte integrante do caminho para alcançar a excelência. Ao terminar a formação de base, as enfermeiras não detêm experiência das situações reais, pelo que é necessário passarem por elas até se tornarem competentes, o que corresponde a dois ou três anos de trabalho no mesmo serviço, de acordo com esta autora. Porém, a prática que conduz a tornar-se perito, não se limita a fornecer um somatório de conhecimentos técnicos adquiridos ao longo dos anos, mas permite o desenvolvimento global do enfermeiro como pessoa, integrando os conhecimentos técnicos e científicos, assim como os modos de interacção entre estes dois domínios. Na verdade, embora a teoria sirva de guia para as enfermeiras iniciadas e não só, é a experiência prática que lhes permite o desenvolvimento da perícia clínica. Ainda Benner, acrescenta que perante a ocorrência de situações complexas, as enfermeiras peritas, que detêm mais conhecimentos adquiridos sobre a experiência ao longo dos anos, são

capazes de apreender intuitivamente o problema e deste modo, agir de uma forma mais adequada, prevenindo e detectando as falhas e o erro, logo mais segura.

Outros estudos, tanto Portugueses como estrangeiros, reafirmam a ideia de que só através da experiência é possível desenvolver competências técnicas e relacionais que permitem o tipo de actuação referenciado (Fragata e Martins, 2005; Coimbra, 2004; Silva e Cassiani, 2004; Gonçalves, 2002).

Reforçando ainda este princípio, Madalosso (2000) faz referência à complexidade dos sistemas hospitalares, nomeadamente o sistema de medicação onde ocorre maior número de erros, e expõe factores ligados à aprendizagem, tais como a imperícia, a falta de segurança e de domínio técnico, as limitações da capacidade para analisar e interpretar as situações tanto da actualidade como as procedentes, e ainda a precipitação ou a lentidão na tomada de decisão, todos eles contribuindo para a iatrogenia do cuidado.

Os enfermeiros têm uma visão global destas dificuldades, que assumem menor gravidade quando se trata de apenas um elemento recém-formado, porque «aqui há uns anos as pessoas diziam “recém-formados não vão para as urgências”. Eu vim do meu cursinho para aqui e acho que não é por isso», mas atinge outra magnitude quando se trata de vários enfermeiros em simultâneo, pois um “factor que induz facilmente o erro num Serviço de Urgência, é a existência de equipas muito novas, de muita gente nova numa equipa num determinado período de tempo”. Esta circunstância, tendo já acontecido anteriormente, reforça que conduziu a “uma situação crítica” em que “notou-se claramente uma quebra na qualidade” e um aumento na “frequência de erros”.

A organização tanto do serviço como dos cuidados, constitui o segundo factor de maior peso, como determinante na ocorrência de erro durante as práticas de enfermagem, iniciando-se na singularidade dos serviços de urgência na “organização, os circuitos, a informação”, em particular na “organização dos medicamentos” e “do próprio serviço, os espaços”, conhecer “os sítios das coisas, da arrumação”, mas que é também o reflexo de “uma falta de organização do Sistema Nacional de Saúde”, embora menos referido. A arrumação da medicação é sobretudo descrita pelos enfermeiros que escolheram a fotografia nº 5 como sendo a mais relacionada com a ocorrência de erro, ao observarem uma quantidade significativa de medicamentos dispostos em prateleiras, os comentários

são: “para já não sei se isto está por ordem alfabética... não sei. Se assim for é mais fácil (...) se é por antibióticos”; “a organização dos medicamentos e das coisas, é uma coisa que é importante!”. O uso de medicamentos cuja apresentação é muito semelhante e o local onde estão arrumados, “na altura as benzodiazepinas ainda não estavam separadas, estava tudo no mesmo carro e as ampolas eram iguais”, constitui importante factor a ser corrigido, “por uma questão de segurança, de haver organização nomeadamente nós aqui como é um serviço de urgência, estamos mais sensíveis a isso no sentido que tem que ser o primeiro passo”.

Nesta linha de pensamento, estudos da *Canadian Nurses Association* (2004) sobre a segurança dos clientes, sugerem a detecção de problemas ao nível dos sistemas de cuidados propriamente ditos, entre os quais se encontraram medicamentos incorrectamente identificados, e a inadequação de avisos acerca das incompatibilidades de fármacos e alergias por estes provocados.

Identificadas pelos enfermeiros deste estudo como constituindo práticas seguras, as quais são ensinadas nas escolas de enfermagem, as recomendações da FIP (1999), dirigem-se a farmacêuticos e a todos os prestadores de cuidados de saúde, no sentido de reduzir os erros de arrumação e de administração, relacionam-se com a etiquetagem correcta, ler várias vezes os rótulos ao arrumar e ao seleccionar antes de administrar, organizar por uma ordem pré-definida, colocar etiquetas com chamadas de atenção coladas aos fármacos, entre outras.

Relativamente à organização dos cuidados, as dificuldades estão relacionadas com a capacidade de resposta rápida face às múltiplas exigências, “muitas vezes aqui a tua gestão de tempo e a tua gestão de tarefas” e com a “confusão” e a existência de “muita gente e com alguma desorganização na atribuição de tarefas, pode levar a duplicação de tarefas, (ou) de alguma coisa não ser feita por ninguém”. Estas últimas, são apontadas como tendo lugar particularmente com os clientes que entram em Salas de Emergência, onde e apesar dos conhecimentos que alguns enfermeiros e médicos têm relativamente “a actualização de protocolos e de algoritmos e acabamos por ter muita gente a puxar cada um para o lado diferente da corda”, por não colocarem em prática esses conhecimentos.

A este propósito, o *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (2002), entre outras recomendações para a prevenção dos erros, apela à padronização de procedimentos e a promoção do treino das situações mais complexas.

Num qualquer sistema complexo como é o caso de um hospital, Fragata e Martins (2005) menciona a existência de uma atmosfera que propícia ao erro ou à falha, e que se relaciona com o facto do desenho dos sistemas serem mais ou menos seguros, pois o ser humano é mais falível em errar, enfatizando assim medidas de monitorização e de actuação protocolada, principalmente para situações de crise, pois são estas as que com maior frequência conduzem ao erro e a danos severos. Um sistema complexo, deverá ter mecanismos que detectem falhas a vários níveis, permitindo uma quebra na corrente que conduz ao erro. Fragata utiliza o exemplo do cirurgião cuja experiência, conforme falámos, lhe permite ir detectando uma série de “near misses”, evitando que aconteça o erro, utilizando mecanismos de auto-correcção. Acrescenta ainda a importância do treino de situações e de complicações menos usuais, perante as quais todos saberão como actuar, pois as organizações de “alta segurança”, nas quais se incluem os hospitais, não podem correr riscos de lhes suceder um acidente grave.

Particularmente determinados serviços, nos quais abrangemos as Urgências, devem proporcionar ao pessoal, o treino para fazer face a situações problemáticas e de alto risco, pois este é o local onde é previsto elas acontecerem em qualquer momento, isoladas ou em simultâneo.

Tendo em consideração que os acidentes acontecem em virtude de uma sucessão de acontecimentos, para os quais contribuem não só a experiência e o nível de treino, mas também factores de ordem pessoal relacionados com o próprio indivíduo, as situações geradoras de stresse e a sobrecarga de trabalho, estes, para além de serem descritos na literatura (CNA, 2004; ICN, 2002), foram apontados pelos enfermeiros, como influenciando o erro.

Nas situações de crise, “as pessoas estão mais nervosas, não dão atenção, é mais fácil passar-nos qualquer coisa”, o “próprio stresse das situações mais urgentes, de uma reanimação”, a necessária rapidez de actuação, porque numa “paragem em que é preciso

actuar, numa emergência, é o deitar a mão porque estamos habituados que aquelas ampolas estão ali, e às vezes uma ampola igual na divisória ao lado pode levar a um erro”. Mas o stress, embora para a maioria seja um factor negativo e potenciador do erro, para outros pode ser impulsionador e ajudar a manter os níveis de resposta adequada: “Seja em balcões, seja em internamento, há sempre uma grande variedade quer de doentes quer de cuidados que nós temos que executar, que nos leva a ter que trabalhar sempre sob algum stress e com alguma rapidez”.

Na literatura consultada acerca do stress, os autores são unânimes em descrever duas componentes, sendo uma mais desagradável, perturbador, aliado a ansiedade e preocupação, o *distresse* e uma que transmite uma sensação agradável, por vezes de euforia, o *eustresse*, que podem influenciar negativa ou positivamente no nosso comportamento. Um estudo hospitalar sobre stress ocupacional divulgado por Firth-Cozens (1999), aborda fontes de stress agrupadas em “Intrínsecas ao Trabalho, Organizacionais, Interpessoais e Intrapessoais”, semelhantes às que encontramos. O grupo de fontes “Intrínsecas ao Trabalho” envolve as condições de trabalho, como o espaço físico, os horários e as situações inesperadas, enquanto no grupo de fontes de stress “Intrapessoais” são considerados como stressores o medo de errar e a responsabilidade pelo erro.

Embora a sub-dotação das equipas de enfermagem, quando comparada com a experiência profissional, a organização do serviço e dos cuidados, o stress e a sobrecarga de trabalho, pareça ser um factor não muito valorizado por parte dos enfermeiros quando visto isoladamente como capaz de influenciar no erro, ele surge directamente relacionado com todos eles. A par desta constatação, as dotações seguras são percebidas como uma medida de segurança a introduzir. Vejamos as afirmações dos enfermeiros: “um problema de todos os serviços de urgência, é a sobrelotação de doentes e sobretudo a sobrelotação de doentes não urgentes / não emergentes”, a quem, independentemente do grau de urgência, são solicitados cuidados de enfermagem em *continuum*, a um número reduzido de enfermeiros: “é humanamente impensável, quando abrimos esta urgência, tivemos 250 meninos em 13 horas! Para dois enfermeiros em balcão”, o que aliado a “muitas horas de trabalho, turnos seguidos, a maior parte dos enfermeiros faz duplo emprego e aqueles que

não fazem triplo! E quer se queira quer não, as pessoas de certa forma já estão cansadas”, e por sua vez, “o cansaço leva-nos a que nós estejamos distraídos, a que não oiçamos as coisas bem, a que não pensemos tão rápido como devemos”, mas apesar de tudo, apesar da “carga de trabalho num serviço de urgência que é sempre muita, mas quase sempre a correr sobre rodas, no fundo” o balanço final pode ser positivo.

De acordo com o documento “Dotações seguras salvam vidas”, do ICN e apresentado por Oulton (2006), dotações seguras são aquelas que permitem ter sempre uma quantidade ajustada de enfermeiros com competências de vários níveis, para fazer face às necessidades de cuidados de enfermagem, funcionando como garante da isenção de riscos. Na determinação das dotações adequadas a cada serviço, são tidas em consideração não apenas o número de clientes atendidos diariamente, mas também a intensidade e variabilidade dos cuidados, as altas e transferências de doentes, as competências e aptidões de cada enfermeiro e da equipa de enfermagem, entre muitos outros factores determinantes.

Estes factores são percebidos pelos enfermeiros deste estudo, que se questionam perante a hipótese do aumento do número de recursos, nem sempre ter implicações directas na qualidade, uma vez que a “alocação dos recursos é importante mas essa é a velha questão, se muitos enfermeiros prestam bons cuidados ou se bons enfermeiros prestam melhores cuidados”, no entanto, referindo-se ao internamento em SO, consideram que “é completamente diferente estar uma pessoa sozinha numa noite (...) por uma questão de qualidade da prestação de cuidados e também é um factor de segurança”.

De acordo com a *Canadian Nurses Association* (2004), os enfermeiros têm relatado de uma forma consistente o facto de o seu número ser desadequado às necessidades, havendo uma relação directa entre as dotações de pessoal de enfermagem e os resultados dependentes dos cuidados de enfermagem, particularmente no que se refere à segurança, ou seja, à ocorrência de eventos adversos como quedas da cama, úlceras de pressão, erros de terapêutica, infecções nosocomiais e readmissões.

Ao retomarmos a definição de “erro clínico” do *Institute of Medicine* (1999), seguida neste estudo, vemos que esta é referente à existência de uma falha numa acção

planeada, cujo resultado fica aquém do esperado, ou o uso de um plano errado para atingir um fim e deste modo está ligada à falibilidade humana, assim como o está relativamente a falhas existentes no sistema. A IOM acrescenta que o erro está efectivamente ligado à condição humana, porém os erros podem ser prevenidos. Mas, iremos deter-nos no primeiro aspecto, uma vez que ao abordar esta temática do erro, foi nossa preocupação esclarecer que não gostaríamos que ninguém se sentisse culpabilizado por identificar a ocorrência de falhas nas suas práticas, pois temos consciência de que errar é humano e que qualquer um de nós, em qualquer momento pode errar. A nossa postura vai no sentido que, tão humano como errar é aprender com os erros para que tal não volte a acontecer, que é coincidente com a que fomos encontrar no presente estudo.

Na perspectiva dos enfermeiros, o erro é inerente à natureza humana, porque “nós somos humanos” e “errar é humano”, mas “devia haver o mínimo de erro possível” porque “nós lidamos com pessoas, quando eu erro eu sei que há alguém que vai...” sofrer as consequências desse erro. Embora a falibilidade das pessoas seja um dado adquirido, também o é o facto de constituir importante factor de aprendizagem e desenvolvimento, como está descrito na frase: “curiosamente, a nível assim de uma troca de medicação importante, foi a primeira e foi a última! Talvez me tenha servido de emenda!” Para que tal aconteça “o principal é a pessoa ter consciência de que errou, e tirar dali partido em termos de aprendizagem”, que pode ser auto-aprendizagem, porque por exemplo, “as pessoas quando passam às vezes por estas situações, ficam despertas e eles próprios treinam-se e habitam-se a ler as ampolas, para não cometer o mesmo erro”, ou seja, aplicam na prática medidas de segurança já aprendidas anteriormente. Mas a aprendizagem também se faz através da troca de experiências, como afirma um enfermeiro, “eu tenho muita facilidade e gosto muito de falar sobre os erros, para tentar melhorar”.

A WHO (2002) considera que aqueles que trabalham com sistemas como o caso da saúde, estão sujeitos à eventualidade de eventos adversos poderem acontecer, devido a factores sistémicos entre outros e que as medidas de actuação a este nível são mais produtivas do que as que são centradas nos indivíduos, chamando no entanto a atenção para a importância de se aprender com os erros. Relativamente a este aspecto, Benner (2001) no seu estudo com estudantes de Enfermagem, fez uso de narrativas de situações complexas ou

problemáticas das práticas e sua reflexão interpretativa. Apelando à aplicação desta metodologia, que inclusive considera dever ser estimulada, a autora refere que nos casos mais complexos como os que envolvem situações de erro, a narrativa escrita pode ser utilizada por ser mais fácil, desenvolvendo-se assim ambientes de trabalho mais abertos e logo mais seguros.

Embora os enfermeiros tenham transmitido a sua particular abertura para falar dos erros, mostrando um dos aspectos da cultura de admissão do erro, eles têm consciência de que, de um modo geral a cultura de “esconder” ainda é a que se sobrepõe: “eu estou a ser um bocado negativo mas acho que (a tendência) é escondê-los”, principalmente no caso da inexistência de danos visíveis, “se não acontece mais nada, não vale a pena assumir a mais ninguém”, acontecendo exactamente o contrário se há dano grave, nesse caso “as coisas têm que ser todas relatadas ao pormenor e tentar resolver a situação porque, não acredito que uma situação passe impune num serviço”!

Baseado na posição do ICN (2002) sobre a “Segurança do doente”, numa das folhas informativas “Nursing matters – Medication errors”, é exposto que cerca de 60 a 80% dos erros que ocorrem no sistema de saúde, estão relacionados com falhas humanas. Porém, este facto, ao invés de acarretar uma culpabilização das pessoas envolvidas, deve conduzir a uma abordagem a todo o sistema, na qual a narrativa não obrigatória dos casos pode constituir poderosa ferramenta conducente à aprendizagem através do erro e à implementação de medidas de segurança. Neste sentido, tanto os profissionais como a própria organização devem ser incentivados não só a reconhecer as falhas, como a colaborar na análise dos incidentes críticos relatados, pois existe ainda uma lacuna a este nível em vários Países (WHO, 2002).

A identificação dos erros e “near misses”, de acordo com os textos consultados sobre a segurança dos clientes, é o primeiro passo na prevenção, na medida em que constitui condição essencial conducente à compreensão do problema e ponto de partida para as soluções exequíveis (CNA, 2004; Cascão, 2004; ICN, 2002; WHO, 2002; IOM,1999) .

Deste modo, na descrição da gênese do erro nas práticas de Enfermagem nos serviços de Urgência, como parte integrante desta investigação, os enfermeiros identificaram por questionário, ao longo de dez dias de trabalho por turnos, 51 tipos de erros ou “near misses”, dos quais 86,28% se enquadram na categoria “Erros de Medicação”, enquanto os restantes 13,28% são “Falhas na Vigilância de Doentes”, “Enganos com a Identificação ou Troca de Doentes” e “Quedas de Doentes”. Este resultado é consentâneo com as afirmações dos enfermeiros nas entrevistas, na relação que estabelecem com a escolha das fotografias e ao longo dos seus discursos. Na categoria Visão do Erro, o erro de medicação é referido como o que acontece mais frequentemente: “a maior parte dos erros têm a ver com medicação, não quer dizer que sejam só, (...) quer com a prescrição, quer com a troca de algum medicamento, (...) por troca de cama, troca de dosagem, ou por má prescrição”, encontrando-se uma relação directa com as características dos serviços de Urgência: “o erro de medicação é o mais fácil de acontecer (...), e principalmente a quem trabalha em serviços de urgência. (...) em particular em relação à Enfermagem”.

O IOM (1999), adverte para o facto de, nos locais onde o doente é tratado por múltiplas pessoas e passar por vários sítios, a probabilidade de acontecerem erros aumenta, sendo os mais importantes e com consequências mais graves, os que ocorrem em Unidades de Cuidados Intensivos, Blocos Operatórios e Serviços de Urgência.

A distribuição dos erros e “near misses” identificados pelos enfermeiros por questionário, mostram uma maior incidência no turno da Tarde onde ocorreram 52,8%, seguidas do turno da Manhã com 25,4% e o da Noite com 21,5%, não nos tendo sido possível saber a que se deve esta oscilação, embora empiricamente pensemos ter a ver com a maior afluência de clientes no período da tarde e início da noite.

Dos “Erros de Medicação” reconhecidos nos questionários, sobressai o “Medicamento incorrectamente formulado na prescrição” (22,73%), que sendo um erro médico, ao ser detectado atempadamente pela Enfermagem e corrigido, não permite a

ocorrência de outro erro. Mostrando a sua preocupação, também nas afirmações das entrevistas os enfermeiros são coerentes com estes dados: “quando falamos em erro, toda a gente, (...) ou a grande maioria das pessoas vêm sempre com o erro terapêutico à cabeça”, que uma vez mais relacionam com a experiência dos profissionais, porque “às vezes também a equipa médica ser muito jovem também induz o erro na Enfermagem”. E dão exemplos de casos em que as prescrições erradas são detectadas por eles: (...) ainda no outro dia uma doente com enfarte, o médico mandou-lhe dar “metadoxil”! “Metadoxil” é uma medicação que se dá para uma intoxicação alcoólica!” e “(...) ”clemastina” 1 ml oral foi a prescrição que a médica me pôs ali! Em cima da mesa, para nós fazermos, como prescrição! E eu disse assim - “clemastina” oral não existe”, erros estes, aos quais não é dado o devido valor, “aparentemente são erros sem importância nenhuma porque a gente até detecta e até vê, mas são erros que podem ser erros graves!”.

Embora nestes dois últimos casos, em que os enfermeiros constataram um erro de prescrição de terapêutica, a sua atitude tenha sido de confrontar o prescritor: “falei com o médico que tinha feito a prescrição”, sabemos da nossa experiência profissional, que nem sempre este comportamento é bem aceite, dependendo das relações que se estabelecem dentro da equipa pluridisciplinar e de todo um conjunto de circunstâncias que rodeiam os acontecimentos, apesar de, nas entrevistas não haver alusão explícita a este facto. Porém, nas conclusões de um estudo americano que decorreu durante três anos englobando sete sub-estudos de 29 hospitais, envolvendo enfermeiros, médicos, farmacêuticos e administradores, Cook et al. (2004), explicam que os enfermeiros, se mostravam hesitantes perante situações de erros de prescrição de medicamentos e tratamentos, não os identificando como “erros” mas chamando-lhes “problemas” e tendo dificuldades em aceitar e transmitir ao prescritor que eram efectivamente erros, pois quando os confrontavam directamente estes não aceitavam, sentindo-se desautorizados e refutando a opinião dos enfermeiros.

Sugere-nos aqui a implicação das relações de poder entre os actores, que embora numa análise superficial possam parecer descontextualizadas dos objectivos deste trabalho, elas estão subjacentes às relações que se estabelecem dentro das organizações. Na

realidade, Silva (2004), referindo as linhas de pensamento de Crozier e Friedberg, afirma que o poder é uma dimensão inabalável que se encontra presente em todos os papéis humanos e sociais dos actores, não tendo que ser algo negativo que conduz ao conflito, mas que pode ser na ordem da colaboração, o que relativamente ao erro clínico poderia ser tema para outro estudo.

Actualmente, a grande maioria dos clientes que recorrem aos serviços de Urgência hospitalares é sujeito à administração de terapêutica como parte do seu tratamento. Esta é uma das intervenções interdependentes da Enfermagem, uma vez que é iniciada por outro técnico da equipa de saúde, neste caso é prescrita por um Médico, sendo preparada, administrada, vigiada e registada por um enfermeiro, com excepção de alguns fármacos, nomeadamente analgésicos, que estando Protocolados não exigem prescrição médica no momento uma vez que se consideram prescrições diferidas no tempo (OE, 2006). Os erros de medicação, ao longo dos últimos anos têm sido identificados como sendo os mais frequentes e os causadores de maiores danos, levando a estudos que conduziram à sua identificação e, no caso da NCC MERP (2001), ao desenvolvimento de uma taxonomia *standard*, que pode ser utilizada no desenvolvimento de bases de dados, para analisar os erros reportados. Segundo esta corporação norte-americana composta por 17 organizações, a definição de “erro de medicação” é:

“qualquer evento evitável que pode causar ou induzir ao uso inapropriado de medicamento ou prejudicar o paciente enquanto o medicamento está sob o controlo do profissional de saúde, paciente ou consumidor. Tais eventos podem estar relacionados com a prática profissional, produtos de cuidados de saúde, procedimentos e sistemas, incluindo prescrição; comunicação; etiquetagem; embalagem e nomenclatura; aviamento; arrumação; distribuição; administração; educação; monitorização e uso.” (NCC MERP, 1998-1)

Desta definição, podemos observar a abrangência e complexidade do sistema de medicação em geral, que sendo composto por várias etapas, nelas é possível reconhecer os diversos tipos de erros, que por sua vez conduziu a que este organismo na mesma data da definição de “erro de medicação”, ou seja, em 1998 publicasse documentos dos quais constam recomendações práticas e objectivas para a sua redução. Mais recentemente divulgou também as recomendações relacionadas com os dispensadores automáticos de medicação, chamando a atenção para o facto das novas tecnologias neste campo levarem a

prevenção de determinados erros, mas poderem por outro lado ser potenciadoras de outros (NCC MERP, 2005).

Os estudos a que tivemos acesso, não diferem das conclusões deste que desenvolvemos, pois neles são identificados os mesmos tipos de erros, que vão da prescrição à administração, embora se verifiquem variações nas suas percentagens, as quais pensamos se encontrarem relacionadas com o facto de na sua génese se encontrarem factores algo diversos e ocorrerem também em contextos desiguais, uma vez que a realidade difere entre os Países (Fragata e Martins, 2005; Cook et al. 2004; Silva e Cassiani, 2004; WHO, 2002; ICN, 2002).

Segundo a tipologia dos erros identificados por ambos instrumentos de colheitas de dados que aplicámos, são ainda comuns os Erros de Vigilância, e os Erros de Troca de Doentes, embora nas entrevistas sejam menos relatados. O IOM (1999), ao relatar os problemas mais frequentes da prestação de cuidados menciona os enganos com a identificação ou troca de doentes, embora não especifique. Cinco anos após este primeiro relatório, os mesmos autores, Leape e Berwick (2005), questionam sobre as mudanças realizadas, concluindo que estas, apesar de serem uma realidade são lentas e volta a fazer referência às melhorias na identificação dos clientes, como uma das práticas seguras a implementar. Estas são coadjuvadas por organizações Internacionais como a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2006), que desenvolveu todo um programa de práticas seguras – “Patient Safety Practices” para os profissionais, cuja Meta 1 é melhorar os processos relativos à identificação dos clientes e a par elaborou folhetos informativos e cartazes, nos quais há orientações para o doente e cuidadores que podem deste modo desempenhar um papel activo na diminuição dos erros de medicação e no aumento da sua segurança.

Outra preocupação dos enfermeiros expressa nas entrevistas, relaciona-se com os Erros de Registos, que são identificados como sendo tanto de Enfermagem como médico, relacionados com a organização dos cuidados, “ como a ficha não fica ali, porque a ficha é colocada nos bolsos dos médicos, o enfermeiro depois não vai lá registar que administrou, a

hora...”, mas também “o médico não registou que foi feito”, considerando ainda que “é uma má prática de gestão que contribui para o aumento do erro, eu transcrever qualquer coisa que alguém passou”, referindo-se à prática da transcrição da prescrição, ainda existente num dos serviços de Urgência.

Num estudo Australiano descreveram-se reportes de erros de prescrição, que ocorreram quando as prescrições ou ordens não são escritas, ou quando são transcritas de um local para outro, Runciman et al (2003). Este decorreu de uma amostra de 233 doentes admitidos e os erros corresponderam a 2,4% de dose errada ou ambígua, 1% de prescrições sem dose, 0,6% a via de administração estava pouco clara e em 0,5% era inexistente.

Balas, Scott e Rogers (2006) aludem a um estudo hospitalar que decorreu durante 28 dias com clientes em estado crítico, no qual foram reportados 224 erros e 350 “near misses”, dos quais 56,7% têm a ver com administração de terapêutica e com as dosagens, mostrando uma relação entre a criticidade dos doentes e este tipo de erro. Embora no estudo anterior não seja abordado o registo, a NCC MERP (2001), no seu programa de reporte de erros de medicação, menciona que cerca de 25% destes erros acontecem em situações urgentes, nas quais há apenas prescrição oral, conduzindo deste modo à confusão por similaridades nos nomes dos fármacos. Assim sendo, as suas recomendações relativamente à prescrição verbal de terapêutica vão no sentido destas se limitarem a situações muito urgentes, em que no momento não é possível escrevê-las no papel ou prescrevê-las informaticamente e que mesmo estas devem ser muito restritas, pois são as que frequentemente dão azo a maior número de erros.

A ausência de registos ou a sua inadequação constituem um problema sério, uma vez que de acordo com Nunes, Amaral e Gonçalves (2005), o que permite concluir acerca da eficácia das intervenções realizadas é o seu registo fidedigno, podendo a sua inexistência conduzir à conclusão da não realização. Reforça-se ainda um outro aspecto relacionado com os registos e que embora não esteja explícito, está implícito ao erro de prescrição que é a ilegibilidade das prescrições escritas à mão, ainda uma realidade muito Portuguesa, mas não só, uma vez que de acordo com Cook, Guttmanova e Joyner (2004) é a terceira categoria de erros mais reportada actualmente no estudo que levaram a cabo, sendo a primeira e a segunda respectivamente, erros de medicação e quedas de doentes.

Porém, apesar dos erros relacionados com as técnicas e com o “saber-fazer” serem mais facilmente identificáveis e parametrizáveis, decorrente do direito ao cuidado, emerge das declarações dos enfermeiros a categoria o “Erro e o Cuidar”, na qual se identificam erros em outros “saberes”, que mais não são que erros de comunicação / relação com o Outro: “é o cuidado com o doente, o falar-lhe, o dizer - “olhe eu vou-lhe fazer isto”, “eu vou-lhe acontecer aquilo”, “ e agora o senhor está assim desta maneira porque acontece assado”, ao invés de ignorar a existência do Outro durante a prestação de cuidados, “nós estamos a aspirar um doente a falar do Sporting”. Estes tipos de erros são muito valorizados pelos enfermeiros, “porque a relação terapêutica é nossa, se nós não estivermos despertos para isso e não seguirmos os procedimentos correctos em termos de relação terapêutica, também é um erro.”, que consideram “que são mais graves, não do ponto de vista clínico, não do ponto de vista que o doente sofra com, logo de imediato, (...) nomeadamente com a ética (R) com a comunicação, (R) com a relação. A relação quer com o próprio doente, quer com a própria família!”, mas que, talvez por não serem tão contabilizáveis tendem a ser menosprezados: “há outros erros tão graves como esses e que não falamos neles, nomeadamente na relação, nomeadamente na ética... acima de tudo na relação e na ética.”

Referindo-se à Enfermagem, Nunes (2003), afirma que, em aproximadamente um século, se evoluiu de actividades consideradas banais para o carácter científico de uma profissão, à qual é atribuído cada vez mais valor social. Por seu lado, Swanson (1991), refere que ao longo da história da Enfermagem o cuidar tem sido reconhecido como o seu foco central, analisado nas últimas décadas segundo vários pontos de vista, citando Noddings, Gilligan, Watson, entre outros. Ela própria, Swanson, desenvolveu um estudo sobre “o cuidar” no qual apresenta cinco categorias ou processos interligados, que são: “conhecer”, “estar com”, “fazer por”, “possibilitar” e “manter a crença”. Na relação que o enfermeiro estabelece com o Outro, o papel de ajuda que desempenha, abrange estas dimensões, algumas das quais por não se verificarem, são apontadas pelos enfermeiros como conducentes ao erro no processo de cuidar.

Ainda Swanson (1991), argumenta que uma das subdimensões do processo de cuidar tem a ver com “desempenhar com competência”, o qual emerge do nosso estudo como sub-categoria “Agir com Competência”, uma das que integram “O Erro e o Cuidar”.

As afirmações dos enfermeiros reflectem o seu entendimento deste “Agir com Competência”, que se materializa na mobilização de recursos pessoais agregando os domínios do “saber ser, fazer e o estar”: «“Bons” enfermeiros, é ser o bom enfermeiro na sua totalidade, é ver as pessoas não só como enfermeiros, como pessoas, é o tal saber ser, fazer, o estar! É saber congrega muitas destas competências», mas também é auto-avaliação e questionamento das práticas, «eu conseguir pôr-me em dúvida é uma coisa que é muito exigente! Eu saber dizer assim - “ Eh pá mas espera lá, há aqui qualquer coisa que eu não estou a fazer bem!”. (...) Revela já...muita competência! », assim como é um desejo de permanente actualização, de uma melhoria contínua da qualidade, porque “tens o teu discernimento, a tua curiosidade para ir saber mais, até que ponto isto é assim, relacionares, não é só assim porque é assim”.

Para além da mobilização dos recursos pessoais, agir com competência exige o conhecimento e a mobilização dos recursos externos existentes, como afirma um enfermeiro ao referir-se a um colega: « (o) seu dever enquanto profissional é: “quando asseguro este cuidado, o que é que eu tenho como recurso à minha volta?”».

Os seis passos citados por Christo (2002(2)) a caminho da qualidade, estão directamente relacionados com o que acabamos de descrever, uma vez que, para fazermos “bem à primeira vez” as nossas actividades e cada vez que as repetirmos, nada mais é que agir com competência.

A perspectiva actual da Enfermagem na senda da excelência, mais que uma postura a adoptar, exige o desenvolvimento pessoal e profissional constantes, que se assumem como um dever presente no Artigo 88º do Código Deontológico. Neste pode-se ler, entre outros, que os enfermeiros têm o dever de garantir a qualidade e assumir a responsabilidade de todos os actos que praticam e que delegam, assim como, neste contexto de crescimento e aquisição de perícias, devem desenvolver as suas potencialidades no uso do pensamento reflexivo.

O primeiro aspecto deste Artigo refere-se à responsabilidade, que de acordo com Nunes (2004:175) se refere “aos actos e às respectivas consequências, no alargamento que

estas supõem e implicam”, fazendo ainda menção ao facto de, na perspectiva actual e citando Ricouer, a responsabilidade dizer respeito às consequências dos actos realizados pelo enfermeiro e pelo Outro que está ao seu cuidado. Nesta perspectiva, a pessoa que toma a decisão e que realiza o acto, ao fazê-lo pode resultar em benefício para o Outro, mas também é susceptível de lhe causar dano, pelo qual é também responsável. Ainda do ponto de vista jurídico, o dever de responsabilidade assume a obrigatoriedade de reparação do dano ou de comportar a pena.

A responsabilidade profissional está bem patente no discurso dos enfermeiros, referindo-se essencialmente ao dever de assumir a responsabilidade na tomada de decisão e actos realizados, como um dever inerente à profissão: “o nosso trabalho é um trabalho de extrema responsabilidade e eles (doentes) têm que poder contar connosco”, cujo não cumprimento é considerado erro, “ela enquanto enfermeira tem deveres a cumprir (...) tendo deveres, se não os respeitamos estamos a incorrer num erro!”, reforçando ainda que, “concentrando as coisas no erro, (...) há cuidados que a nossa colega podia ter assumido, enquanto enfermeira!”. Porque, “ser enfermeiro é isso, é ser capaz de responder por aquilo que eu faço”, é ponderar as decisões, “temos que ter de certa forma, se é que se pode dizer, cabeça fria e pensar o que é que vamos fazer” e ao assumir e reconhecer os erros estamos a aprender, como refere um enfermeiro “foi bom reconheceres o erro para não voltares a errar!”.

Neste contexto, os enfermeiros não se limitam ao dever de assumir a responsabilidade pelo erro, mas também pelo dano causado aos clientes: “Se é um dano que é um dano irreparável seja de que maneira for, deve-se assumir esse erro”, outro acrescenta: “temos que acarretar com as consequências que isso possa ter!”, até porque “o que está feito, está feito, eu não posso chegar lá e desfazer!”

Também a valorização do papel da chefia na responsabilidade por todo o serviço é apontada, porque “o chefe é a figura de charneira do serviço”, que não estando sempre presente e tendo colaboradores na gestão do serviço, “pode delegar no seu coordenador (...) mas a responsabilidade última é dele.”

Releve-se que Nunes (2006(1)) na sua tese em que aprofunda os conceitos de Justiça, Poder e Responsabilidade, decorrente das narrativas dos enfermeiros que colaboraram no estudo, emergiram também as categorias “Responsabilidade Profissional nas Intervenções Interdependentes” nas quais engloba sub-categorias que se relacionam com o trabalho e a comunicação na equipa multidisciplinar e a administração de terapêutica, e a “Responsabilidade Institucional” nas quais surge a sub-categoria chefia. Nesta última é valorizada a organização do serviço, sendo as posturas da chefia relacionadas com o apoio nas decisões e no “sentido do exemplo”.

Como enfermeiros temos a obrigação, o dever de cuidar de cada indivíduo, agindo de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão, que de acordo com o que dizem os enfermeiros neste estudo, a par da responsabilidade profissional, constitui um ponto-chave. O agir ético e deontológico evidencia os direitos dos clientes, nos quais se incluem o direito a saber tudo o que passa a seu respeito, e que é reconhecido pelos enfermeiros, “a pessoa em causa a quem ele vai prestar os cuidados tem o direito de saber”, sobrepondo-se o dever do enfermeiro em dizer a verdade, acrescentado “mesmo que seja um erro”. Por sua vez, os direitos dos clientes, implicam os deveres dos enfermeiros, que no caso de acontecer um erro, se sobrepõe o dever de dizer “a verdade”, como verbalizam: “era meu dever, participar ao pai que, nós tínhamos sentido que tínhamos falhado e que estamos a fazer tudo para não falhar outra vez!”, apesar de nas situações mais graves, se o erro suceder, persistirem as dúvidas quanto à noção que o doente ou a família possam ter: “pelo menos em termos de emergência não me apercebo que o tipo de doentes que nós temos, se apercebam disso, mas cada vez mais as pessoas estão mais informadas e os familiares.”

Ao lermos as afirmações anteriores, apercebemo-nos facilmente que, quando o erro acontece, várias pessoas estão envolvidas, pelo que se compreenderá a existência de vários pontos de vista, surgindo logo em primeiro lugar dúvidas, algumas bastante polémicas na nossa perspectiva, acerca da “verdade”, do seu significado, do seu valor, da escolha da altura e local certo para a dizer, da decisão de dizer “toda a verdade” ou uma parte e que parte, e muitas mais questões que fogem ao âmbito deste trabalho, apesar de considerar a

sua importância num trabalho futuro. Deste modo, iremos deter-nos naqueles que consideramos serem os intervenientes principais, ou seja, o cliente a quem foi cometido o erro e o profissional que o cometeu, embora não possamos olvidar a existência de terceiros como a família, os responsáveis da organização, a opinião pública e em última instância a sociedade.

Para Beauchamp e Childress (2001), é incontestável o direito do doente à verdade acerca de tudo o que se passa com a sua pessoa, na medida em que está inerente ao direito mais fundamental que consagra a sua autonomia, enquanto primado ético, tendo também, decorrente do princípio ético da justiça, o direito a ser reparado pelo dano que lhe for causado, conforme escrevemos ao abordar a responsabilidade. Por seu lado, os enfermeiros têm o dever de cuidar, decorrente do princípio de “fazer o bem”, ou da beneficência, que se completa com a máxima de “não fazer o mal”. Ainda, neste capítulo, ao fazermos referência aos registos, escrevemos que os mesmos devem ser fidedignos, o que implica o “valor de verdade”.

Por outro lado, no estudo apresentado por Witman em 1996 (Carvalho e Vieira, 2002), faz-se alusão ao facto de clientes de cuidados de saúde primários, ao serem questionados sobre se desejariam ser informados se ocorresse um erro no seu tratamento, 98% disseram que sim, independentemente do dano ser maior ou menor.

Deste modo, se numa perspectiva meramente linear, tomarmos em consideração os direitos e a opinião dos clientes e os deveres dos profissionais, sugere-nos simples e isento de dúvidas afirmar que, se ocorrer um erro durante as práticas, a atitude correcta é de, em qualquer circunstância, dizer toda a verdade e registar a ocorrência no Processo Clínico do cliente.

Porém, na prática nada é tão linear. Por exemplo, constatamos neste estudo que o “Comportamento Face ao Erro” observado em colegas, para a maior parte dos enfermeiros parece não oferecer dúvidas: “agia da mesma forma”, ou “da mesma maneira para os dois tipos de erros”, enquanto para outros varia, nomeadamente em função do dano: “se é um erro que é um erro “menor”, sem danos... habitualmente não faço nada naquele momento.

Quando são erros que eu penso que podem ser de dano (...) tento intervir numa forma activa na situação!”

No estudo de Cook et al. (2004), ao apresentarem às enfermeiras um caso da administração de dose a dobrar de um medicamento, 97% indicaram que tinha ocorrido um erro e 96% diziam que o reportavam, porém apenas 64% falariam com o cliente acerca do erro, e num outro estudo com o mesmo tipo de erro, esta última percentagem baixou para 54%. Concluindo que, apesar da quase totalidade das enfermeiras reconhecerem o erro e o reportarem, só cerca de metade contaria ao doente o que se tinha passado.

Estas zonas de incerteza entre aquilo que do ponto de vista moral, ético e deontológico é considerado como a atitude correcta, aquilo que os enfermeiros dizem que fariam perante um caso que lhes é colocado e os comportamentos que realmente adoptam quando estão envolvidos nas situações, não estão clarificados neste trabalho, mas são com certeza, objecto de grande interesse a desenvolver no futuro.

No decurso das entrevistas, embora o tema fosse por nós considerado como “pesado”, não sentimos que para os respondentes fosse assim “tão pesado”. Não queremos com isto dizer que tenham respondido de ânimo leve, como se de uma simples troca de turno se tratasse, mas pensamos que o seu desejo demonstrado de actuar para diminuir o erro e aumentar a segurança dos clientes, fosse sobreponível a tudo o resto. Porém, ao colocarmos a questão sobre, qual seria a sua actuação perante um colega que lhe viesse transmitir que tinha cometido um erro com dano grave, observámos que de súbito a cadeira onde se sentavam parecia “ter picos”, alguns hesitaram na resposta, a maioria referiu que dependia de múltiplos factores, e um deles classificou a pergunta como “difícil” e que não tinha uma resposta para me dar.

Penso que os enfermeiros, particularmente os que trabalham em serviços de Urgência cuja realidade me é mais familiar, são frequentemente confrontados com dilemas para os quais não é fácil encontrar respostas, muito menos para situações tão delicadas como esta que se relaciona com o erro. Apesar dos problemas, dificuldades e incertezas com que lidamos, a ética proporciona-nos as ferramentas que nos permitem fazer frente às

“difíceis decisões com adequação e pensamento organizado” (Queirós, 2001:80), o que também não é alheio aos enfermeiros que dizem: “a ética (...) faz-nos pensar e fazendo-nos pensar faz-nos diminuir o erro! (...) leva-nos a pensar sobre tudo, (...) sobre aquele “o saber – saber, o saber estar, o saber fazer””.

Esta reflexão ética das práticas que, utilizando o pensamento crítico, permite detectar potenciais falhas ou “near misses” e analisar os erros que acontecem, é a precursora da melhoria da qualidade dos cuidados, da mudança de atitudes, da introdução de sistemas mais seguros, enfim do aumento da segurança dos clientes (Nunes, Amaral e Gonçalves,2005).

Falando das Atitudes Face ao Erro, a segunda categoria emergente dos dados colhidos, constatamos que são apontados comportamentos tipificados, directamente relacionados com a análise reflexiva das práticas como forma de melhorar o desempenho, a performance de cada elemento e da equipa: “analisar a situação, como decorreu, para no futuro as coisas não voltarem a acontecer daquela maneira”, que “deve ser feito nos serviços, a analisar cada um o que aconteceu porque é no próprio local de trabalho que as pessoas têm e é ali que vai ter que continuar, e é ali que tem que resolver o seu medo se o houve após o erro e é ali que vai ter que ultrapassar isso e crescer.” Perante o erro detectado não há tempo a perder, “aí não tinha dúvidas, intervinha, (...) Imediatamente!”, porque “num serviço de urgência, a minha primeira intervenção é em favor de salvar a vida!” Posteriormente, realiza-se uma análise reflexiva da génese e dimensão do erro: “tentar perceber o porquê, o porquê acima de tudo de não ter feito... se não sabendo porque não perguntou. Se por falta de disponibilidade do resto da equipa, ou se por um excesso de confiança dele.”, colocar questões para esclarecer “e tentar de certa forma que não se volte a repetir”.

Ao procederem a uma partilha das experiências e a uma análise que alia o conhecimento ético e o conhecimento clínico, os enfermeiros estão a aprender experiencialmente uma ética do cuidar, estão a caminhar no sentido da sua *expertise*, conforme Benner (2001).

Neste processo de partilha das vivências de erro, o papel dos pares é fundamental, dizem os enfermeiros que perante o erro do outro “o que eu tento fazer é transmitir-lhe o meu apoio”, porque o papel é “também de ajudar a colega”, considerando que com ele tiveram a atitude correcta, quando se invertem os papéis referem que devem “fazer o mesmo que me fizeram a mim”. A sua actuação embora imediata, revela discrição, porque esclarecer a situação “não é no imediato à frente de toda a gente! Isto tem que ser feito em reservado e com a pessoa”, para que não seja sentido como invasivo ou como culpabilizante, como tal “nunca recriminar”, “não culpabilizar” e “não nos podem apontar o dedo, porque hoje erro eu, amanhã podes errar tu!”

A par do papel dos pares, o papel da chefia foca atitudes de apoio e de ajuda no lidar com as situações, colocando a ênfase na atitude de liderança. Associadas às particularidades de cada pessoa, ou seja “depende do superior hierárquico”, as posturas da chefia são orientadas em primeiro plano no sentido da liderança, porque o chefe “é o piloto da equipa, é o capitão da equipa”, o chefe motiva, por exemplo ao “dizer que me sentia orgulhosa dela, como chefe de equipa ou coordenadora dela”, mas também o chefe como gestor, “ao determinar cálculos de pessoal, ao determinar gestão de espaços, stocks, organização de um armazém” e é visto “naquele papel de coesão, naquele papel de organização”, demonstrando uma postura “mais assertiva, mais directa, com a tal abordagem de não culpabilizar”.

A revisão da literatura realizada, leva a concluir que o actual papel do gestor de organizações de saúde, por ser exercido no contexto instável de mudança, revela-se de grande complexidade, colocando as chefias perante o desafio de serem gestores ao planear, orçamentar, definir dotações de pessoal, gerir os cuidados, resolver problemas, e outros, mas também reforçando a capacidade de liderança, desenvolvendo e facilitando o alcançar da missão, da visão e dos valores da organização, suscitando a colaboração dos profissionais, valorizando o impacto das práticas na qualidade assistencial e mostrando o rumo que conduzirá a sua equipa à mudança (Bilhim, 2004(1); Reis, 2004; Reis, 2002). A liderança é assim considerada como uma dimensão essencial da fiabilidade de uma organização, pelo que neste caso, as organizações de saúde modernas necessitam de líderes

que sejam visionários e tenham capacidade para trabalhar em equipa valorizando a opinião de cada elemento e mobilizando-os de acordo com as suas competências no sentido de um comprometimento com a qualidade e com as necessidades dos clientes (Bugada, 2005).

Uma liderança forte da enfermagem é, segundo a CNA (2003), premissa essencial para o avanço e as mudanças necessárias e obrigatórias no caminho da qualidade e da segurança, que através de uma atitude mobilizadora impele a criação de um ambiente seguro de prestação de cuidados, nos quais todos os enfermeiros têm um importante papel a desempenhar.

Particularmente na gestão de situações de erro com dano grave, os enfermeiros afirmam: “nunca houve nenhuma que pusesse em causa a vida de um doente, mas (...) se isso acontecesse, isso iria ser reportado em termos de Enfermagem, segundo o que eu conheço, até quem de direito” e que isso seria efectuado, “de certeza absoluta iam ter que dar conhecimento dessa situação à Direcção de Enfermagem e com certeza também à Ordem! “, porque, no exercício das suas funções, os enfermeiros independentemente do cargo que ocupem e das funções que desempenhem, têm o dever de comunicar “pelas vias competentes as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados” (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005:229). Ainda sobre o Papel da Chefia, os enfermeiros referem que os restantes comportamentos como a discrição, o ajudar a esclarecer a situação, apoiar/ajudar a dizer a verdade, não se afastam muito do papel dos pares.

As vivências de erro, fazendo parte integrante da realidade dos enfermeiros que participaram neste estudo, assumem um aspecto significativo no seu processo de crescimento e desenvolvimento e na nossa opinião pessoal, algumas delas foram marcantes, porque vividas com sentimentos fortes. Face ao erro, o sentimento de culpa é evidenciado acima de qualquer outro, “é péssimo, péssimo! Para a pessoa em causa e para nós como profissionais e como pessoas! Conscientemente é muito duro, é muito duro!”, “há um complexo de culpa, por muita culpa que nós não tenhamos porque a culpa é activa”, é constatado pelos pares, “ficou aflita com o que aconteceu, desfez-se em desculpas para a mãe, mas foi o que ficou, qualquer pessoa ficava.”, aliado a “uma questão de vergonha”

perante os outros, pois “o erro é sempre uma coisa que as pessoas vão ter sempre (...) algum receio de que as outras pessoas as olhem de lado... ou que “mandem bocas”.

Referem também o sentimento de ansiedade: “fiquei aflita! (...) fiquei aflitíssima, porque eu não sabia o que ia decorrer daí!”, o sentimento de medo, “foi isso que eu senti, foi pânico e angústia, angústia de ter falhado, de ter errado” e ainda a consternação face à constatação de erro de outros: “os colegas assumiam que estavam a cometer má Enfermagem, no entanto não deixavam de estar a fazer um erro”.

Efectivamente, Ludwick e Silva (2002), apresentam um estudo sobre “erros de medicação”, “erros nos tratamentos” e “incidentes críticos” que decorreu com 1.386 enfermeiras do Reino Unido, Porto Rico, Índia, Alemanha e Estados Unidos, no qual encontram o aumento da ocorrência de um sentimento de mágoa e angústia como resultado dos erros e incidentes relacionados com as suas “falhas”.

Outro estudo, apresentado por Reeder em 2001 e citado pela Canadian Nurses Association (2004), aponta que a atitude de culpabilizar as enfermeiras por um erro, pode aumentar os seus sentimentos de vergonha e de fracasso, assim como de perda de confiança e medo de que sobre elas sejam exercidas represálias. Estes sentimentos, podem conduzir a que as enfermeiras mostrem relutância em declarar os erros e “near misses”, com receio de penalizações, principalmente se o caso for resolvido no Tribunal.

Silva e Cassiani (2004), citam Womer *et al.* que em 2002, apresentou um estudo realizado sobre a prática de “não punição” aplicada no *Children’s Hospital of Philadelphia*, no qual se verificou que diminuíram significativamente o número de erros reportados, tendo aumentado o número de “near misses” identificados e reportados.

Assim, face a este cenário, somos levados a concluir que, se o erro e a falha humana estão envolvidos de sentimentos negativos de culpa e receio de penalização, uma cultura de punição dos indivíduos, será contraproducente, embora os enfermeiros reconheçam que, nos casos de negligência deliberada, tem que haver lugar a acções punitivas: “se alguém está a cometer um erro com o propósito de o cometer, está a cometer um crime” e como tal “as pessoas nesse caso têm que ser penalizadas”.

Apesar de, nos cuidados de saúde 60 a 80% dos eventos adversos abrangerem erros humanos, o ICN (2002), enfatiza que o caminho mais adequado para evitar a sua

recorrência não é o da culpabilização dos indivíduos, chamando a atenção que o principal problema da segurança dos clientes não tem a ver com “maus profissionais” mas com “maus sistemas”, os quais têm que ser melhorados para se tornarem mais seguros.

Mas, no cuidado que é prestado ao Outro que está carenciado, é também valorizado o cuidado personalizado, que se prende a aspectos tão simples como tratar pelo nome e que “nós na pediatria felizmente não ouvimos, mas ouvimos - “ Está na 7, é o da 7, é o da 5!”. Referindo-se à cama e não ao doente!”. Porém a mudança de atitude é uma necessidade sentida: “temos que começar a tratar as pessoas pelo nome delas, é uma coisa que no serviço de urgência isso nota-se muito, as pessoas são rotuladas, ou porque é a senhora que está na cadeira de rodas, ou porque é a senhora que está deitada na maca com a camisa azul”.

A frase “first, do no harm...”, ou seja, em primeiro lugar não fazer mal, atribuída a Hipócrates cerca de 470-360 A. C. (WHO, 2004), foi desde os primórdios da medicina a primeira e principal premissa da actuação clínica, ainda hoje presente, apesar do permanente avanço tecnológico e da actual complexidade das organizações de saúde. Perante os princípios Hipocráticos, a IOM (1999), considera como inaceitável que o sistema de saúde, ao invés de “não fazer mal” e ao tentar ajudar as pessoas nas suas situações de doença, possa ser o causador de danos, pelo que defende que, a par da necessidade de uma maior vigilância e assumir das responsabilidades pelas acções por parte dos profissionais, é necessário o desenho de sistemas de cuidados que facilitem fazer as coisas bem e dificultem o contrário.

Alguns estudos que têm como objectivo identificar e analisar os erros de medicação, não o devem fazer apenas na óptica da falha humana, uma vez que este é um sistema complexo, o qual ao falhar em qualquer etapa pode induzir o erro humano, e deste modo, autores como Silva e Cassiani (2004), apelam a que as organizações hospitalares devem apostar no desenvolvimento de mecanismos de segurança voltados para o sistema.

Na verdade, os enfermeiros deste estudo, a par da constatação e do assumir que o erro e os “near misses” acontecem com relativa frequência na sua realidade de trabalho nos serviços de Urgência, têm o conhecimento que lhes permite dizer da importância do desenho e implementação de sistemas de gestão de risco clínico informatizados, com características específicas como se pode ler nos excertos das entrevistas: “é excelente porque se tu tiveres alguém responsável por essa análise, tentar perceber o que é que se passou, imagina que é um erro que até é frequente em vários profissionais de saúde, (...) (R) vale a pena, se isso estiver tudo reportado”, seria para “todos os profissionais, não tens que identificar a pessoa em causa”, ou seja com “um certo anonimato”, “confidencial” e “a nível Nacional as pessoas fazerem, ou é um site onde as pessoas cheguem lá e... Porque assim dava para toda a gente!”. Os sistemas de reporte de erros, embora desconhecidos da grande maioria, sugerem à partida constituir uma estratégia importante pois “se houver uma forma, se forem levados a falar e a comunicar sobre eventuais erros, era mais fácil para os profissionais começarem a debelá-los e não a escondê-los” e «para além da estatística, que me possa ajudar a mim enquanto coordenadora do serviço e possa depois dizer - “Olhe aconteceram estes tantos erros; estes tantos erros foram nesta área, por exemplo administração de medicação ou... e isto decorreu, por exemplo, por falta de pessoal!”, é um bom instrumento de gestão!»

Nem o desenvolvimento da tecnologia nem os Sistemas de Informação e Tecnologias de Informação, foram apontados como factor concorrente para o erro, mas ao invés são reconhecidos, pelo menos os últimos como podendo e devendo ser utilizados, na medida em que constituem valiosos instrumentos de segurança quando usados adequadamente nesse sentido.

A FIP (2001) faz referência ao facto de o desenvolvimento e utilização de sistemas electrónicos melhorarem a produtividade e a qualidade assistencial, particularizando o facto das prescrições electrónicas diminuírem o erro de medicação e melhorarem a segurança.

Os enfermeiros detêm já a percepção de recursos existentes que, ao ser mobilizados contribuem para a diminuição do erro, assim como podem ajudar a lidar com ele. Neste contexto sobressai o papel da Ordem dos Enfermeiros, “veio cá há pouco tempo uma

enfermeira da Ordem falar destas questões da ética, (...) que nós podíamos telefonar para a Ordem, falar e desabafar também um pouco e no fundo relatar também o nosso erro.”, no esclarecimento das dúvidas e no apoio, assim como na aplicação da Regulamentação da Profissão, dando como exemplo um caso de erro premeditado: “conseguiu-se provar que foi intencionalmente, foi à direcção de Enfermagem, e daí foi à Ordem e as coisas tomaram um rumo completamente diferente.” Sobressai também a aplicação da análise reflexiva do erro, para a melhoria da qualidade em geral, «uma coisa que nós agora dissemos é que “Não!” Temos que melhorar nos registos, tem que ser registada a hora, o Dr. tem que escrever e então criou-se uma box para os enfermeiros», e diminuição do erro em particular, “a colega diz que lhe serviu de emenda, porque a partir daí, é a tal coisa, olhar para as ampolas!”.

Retira-se como ilação do discurso dos enfermeiros, que estes têm a noção de que muito há a fazer no caminho para os Cuidados Seguros. A sua percepção das medidas de segurança a introduzir estão relacionadas com a aplicação na prática de medidas de segurança conhecidas, “acho que pelo menos uma vez por mês se devia dar uma volta a ver os prazos de validade”, tanto ao nível individual, “quando pego numa ampola, vejo se ela está certa, se tem a dosagem”, em particular com a terapêutica por ser onde acontecem mais erros, “temos que estar bastante atentos, verificar várias vezes a terapêutica que vamos administrar e se é realmente aquilo que vamos dar”, como organizacional dentro do serviço, “em termos do nosso serviço de urgência, seja na área do atendimento, das medicações, temos sempre algum cuidado na forma como estão distribuídas as medicações”, e “para não ocorrer o erro, tem que haver uma maior vigilância da parte da farmácia nestas coisas e isto continua a acontecer!”.

Afirmam que o exercício da Enfermagem baseado no “conhecimento quer teórico quer prático é fundamental”, porque como diz um enfermeiro “estas coisas nos serviços de urgência nem sempre são feitas como devia ser, como seguir os algoritmos, como saber protocolos” e outro acrescenta, “nomeadamente em termos de reanimação A, B, C, D, que é do suporte básico de vida”, valorizando a aprendizagem realizada através de “acções de formação internas dos próprios serviços porque cada serviço é diferente, mas acho que isso era fundamental existir e que as pessoas participassem activamente.”

Em síntese, apresentámos algumas conclusões retiradas das afirmações dos enfermeiros, que comparámos com outros estudos e autores, colocando ainda aqui e ali algumas sugestões para estudos futuros nesta área, pois estamos conscientes das limitações desta investigação. Para finalizar, congregamos as sugestões e conclusões dos informantes, e elementos comuns dos autores consultados, sobre a temática da Segurança dos Clientes, que são apresentados num Projecto de Intervenção.

4.2 - Um Projecto de Intervenção

“It may be part of human nature to err, but it is also part of human nature to create solutions, find better alternatives, and meet the challenges ahead.”

IOM (1999:6)

Propor um projecto de intervenção tendente à diminuição dos erros em Enfermagem e ao aumento da segurança dos clientes, é o terceiro e último objectivo desta investigação, a última fronteira...

Constatamos que, na dimensão da prestação de cuidados de Enfermagem em serviços de Urgência, o erro acontece, ligado à inevitabilidade do ser humano, envolto em contextos e factores específicos, decorrente de falhas da pessoa e do sistema. Ressalvamos também que os enfermeiros, no caminho da excelência, assumem a responsabilidade pela melhoria da qualidade dos cuidados, que assim se institui como uma finalidade. Um elemento estruturante deste caminho constitui-se no desenvolvimento de competências pessoais, a *expertise* ou o tornar-se perito, conforme Benner (2001). Na procura constante da melhoria da qualidade de cuidados, é essencial o desenvolvimento dos indivíduos, podendo fazer-se uso de múltiplos métodos e estratégias, nos quais, de acordo com Nunes (2006(1)), se enquadra a gestão do risco.

A magnitude dos riscos que envolvem certas actividades humanas como a energia nuclear e a aviação, levaram a que muito cedo fossem desenvolvidos mecanismos de

segurança. Porém, de acordo com o relatório do IOM (1999), as organizações de saúde estão ainda atrasadas em relação a estas indústrias, devendo por este motivo desenvolver uma cultura de segurança, considerada como elemento estruturante da sua fiabilidade e segurança. BILHIM, (2004(2)), refere que a cultura organizacional é algo que está implícito às organizações e aos actores e que mantém a coesão ao nível micro dos sistemas e ao nível macro das próprias organizações. Embora outras definições se encontrem, Fragata e Martins (2005), consideram-na como concernente aos pressupostos susceptíveis de exercer influência nas pessoas, face aquilo que surge de modo inesperado e nos surpreende. Na medida em que uma organização define os seus valores e pressupostos, isto é, o que espera dos seus actores, por exclusão de partes determina o que “não espera”, o inesperado. Acrescentam os autores que a fiabilidade, como dimensão chave das organizações, baseia-se no conjunto de pressupostos que influenciam os actores na gestão do inesperado.

Ainda o IOM (1999) reforça que os aspectos relativos ao sistema de medicação, onde ocorre maior número de erros, conclusão que também releva deste nosso estudo, constituem um bom exemplo onde a implementação de sistemas mais seguros, melhora significativamente a performance dos profissionais, devendo por isso ser dos primeiros passos a dar. Apesar de este relatório afirmar a importância dos enfermeiros no incremento de sistemas de segurança, Cook et al. (2004), encontraram no seu estudo uma baixa participação por parte destes, nas várias fases do processo, tanto ao nível dos seus desenhos como na aplicação de estratégias nomeadamente de investigação, revisão e análise dos erros, assim como na identificação de vulnerabilidades nos próprios sistemas. Mas o CNA (2003), chama a atenção para o facto de a Enfermagem constituir um papel fundamental na segurança dos clientes em todos os sectores, que carece da implementação de variadas intervenções quer ao nível de cada profissional, quer do trabalho de equipa multidisciplinar, da organização de saúde e do próprio sistema de saúde, carecendo também de novos modos de estar perante o erro, uma cultura de responsabilidade partilhada, de transparência, enfim de segurança.

Decorrente da valorização destes aspectos consideramos ainda relevante referenciar a tomada de posição da Ordem dos Enfermeiros (2006) sobre a segurança do cliente, que

enuncia que os cuidados seguros constituem um direito dos clientes e famílias, cabendo aos profissionais, aos serviços e às organizações de saúde zelar pela sua persecução, reduzindo os riscos e prevenindo a ocorrência de eventos adversos. Prosseguindo neste sentido, a OE salienta a importância do incremento de programas ao nível organizacional que valorizem a segurança, assim como a implementação de medidas de gestão e desenvolvimento dos profissionais, dos sistemas e dos processos.

Estas constatações implicam, numa só palavra, mudança, que compreende o nível dos indivíduos e da organização, constituindo-se numa só finalidade, prestar cuidados seguros, que por sua vez nos confronta com enormes desafios. Esta linha de pensamento levou-nos a optar pela definição do Projecto de Intervenção com duas metas apenas, com estratégias interligadas, mas aqui separadas por uma questão metodológica. Foi ainda nossa opção, deixar a flexibilidade suficiente que permita a adaptação às necessidades de quem por ventura queira partir daqui para a realidade de um qualquer hospital, que deste modo poderá ir desenhando os caminhos conforme os contextos e envolvendo em cada passo a opinião dos caminhantes, pois se o caminho se faz caminhando, também se faz muito melhor se caminharmos em conjunto e mesmo nas zonas mais escuras onde o sol parece não brilhar, é sem sombra de dúvida mais seguro se não estivermos sós.

Como recursos para o desenvolvimento do “Projecto de Intervenção” deste subcapítulo, foi crucial o contributo dos enfermeiros que participaram no estudo, assim como da literatura consultada, cujas estratégias propostas e outras, passíveis de serem utilizadas de acordo com as necessidades, se podem consultar nomeadamente nos *sites* da JCAHO (2006), ICN (2002), WHO (2002), FIP (1999) e NCC MERP (1998) que desenvolveu uma taxonomia standard, que permite elaborar uma base de dados para categorizar e analisar os erros de medicação. Ainda a OE (2006) decorrente do ciclo de debates sobre “Cuidados Seguros” faz referência a programas a nível Internacional que já foram desenvolvidos com o apoio da Organização Mundial de Saúde e da Comissão Europeia e que pensamos não dispensam consulta, pois acreditamos que uma linguagem comum é portadora de benefícios, até para ser possível a comparação entre as diversas realidades e as medidas implementadas.

Cumpra-nos agora apresentar as Metas do Projecto de Intervenção que são:

- Desenvolver uma Cultura de Segurança
- Prevenir os Erros nas Práticas de Enfermagem

Para alcançar ambas as Metas 1 e 2 definimos 3 objectivos para cada uma, assim como estratégias gerais, que apresentamos no Quadro 12 em forma de síntese.

Porém, resultante deste estudo e decorrente das estratégias gerais, constatámos um número significativo de estratégias específicas, que consideramos importante ficarem aqui presentes, pelo que serão apresentadas imediatamente antes do “Quadro Síntese do Projecto de Intervenção”, pela mesma ordem de apresentação das primeiras.

Para alcançar a Meta 1 - “Desenvolver uma Cultura de Segurança”, o primeiro objectivo visa incentivar a participação dos gestores de topo da organização no desenvolvimento de uma cultura de responsabilização e não-punitiva, cujas estratégias específicas são referentes em primeiro lugar ao desenvolvimento de políticas de qualidade e segurança, na qual se englobam a decisão de implementação de sistemas de gestão da qualidade e de sistemas de gestão de risco, a análise do sistema de informação organizacional no sentido de identificar vulnerabilidades, em particular num dos sistemas mais sensíveis, para posterior desenvolvimento e aplicação de programas de segurança. O apoio ao desenvolvimento de programas de formação dos profissionais e de investigação – Prática Baseada na Evidência, e na Gestão do Risco, por parte dos gestores organizacionais considera-se valiosa, na medida em que a implementação desta estratégia contribui simultaneamente para incentivar a participação dos profissionais.

Ao constituir-se um Grupo da Gestão do Risco deve definir-se o líder do Projecto e respectivos líderes operacionais nos departamentos e serviços, que são também os elos de ligação, será importante: a definição de uma frase / lema da segurança e outras, afixação em locais de trabalho, folheto, lembrete, divulgação pela Intranet; o planeamento das acções prioritárias a desenvolver pelo Grupo da Gestão do Risco; a realização de reuniões do

Grupo da Gestão do Risco com os líderes operacionais; o incentivo ao desenvolvimento de programas de formação e de investigação dos profissionais.

No sentido de desenvolver a liderança, trabalho de equipa e fiabilidade, é fundamental o treino da equipa que aqui consideramos como pluridisciplinar, nas situações de emergência / urgência mais frequentes, assim como naquelas que raramente acontecem, ou seja, as inesperadas. Deverá haver um plano de treino para as primeiras, de modo a abrangerem todos os elementos, enquanto que para as situações inesperadas será feito de forma aleatória e também “inesperada”, utilizando-se simulações para o efeito e posterior análise crítica da actuação de cada elemento da equipa, identificando falhas existentes e potenciais e propondo melhorias. Outras estratégias específicas como a avaliação e divulgação das medidas implementadas nos vários serviços, as práticas de enfermagem baseadas no conhecimento científico e nos Protocolos do serviço que devem ser desenvolvidos por médicos e enfermeiros, a realização de reuniões em equipa pluridisciplinar, a utilização das passagens de turno para análise das tomadas de decisão e a análise crítica de casos e propostas de melhoria, abertos à participação de todos os profissionais são vistas como contribuindo para este objectivo.

Para incentivar a participação dos profissionais na implementação de sistemas de gestão do risco, são fundamentais o envolvimento destes desde o início e nas várias fases, do desenho dos sistemas à sua implementação, auscultando sistematicamente e valorizando a sua opinião, assim como proporcionando reforço positivo.

Quadro 12- Síntese do Projecto de Intervenção na Área da Segurança do Cliente

Meta 1 - Desenvolver uma Cultura de Segurança		
Objectivos	Estratégias Gerais	Calendário
1.1. Incentivar a participação dos gestores de topo da organização no desenvolvimento de uma cultura de responsabilização e não punitiva	Desenvolvimento de políticas de qualidade e segurança como uma prioridade / objectivo partilhado pela organização e pelos profissionais	Início do Projecto
	Identificação de vulnerabilidades nos sistemas e aplicação de programas de segurança	Início do Projecto
	Constituição do Grupo da Gestão do Risco e líderes operacionais dos serviços	Início do Projecto
1.2. Desenvolver a liderança, trabalho em equipa e fiabilidade na organização	Desenvolvimento e implementação de estratégias de resolução de problemas e de envolvimento dos profissionais dos serviços	1º Trimestre
	Treino de trabalho de equipa e situações de urgência / emergência em equipa pluridisciplinar	Mensal
	Desenvolvimento e implementação de Protocolos de actuação e sistemas de apoio à decisão	1º Trimestre
	Formação contínua do pessoal acerca da prevenção de erros e “near misses”	Ao longo do Projecto
	Implementação de programas de integração personalizados e monitorizados por um enfermeiro perito	De acordo com novas admissões
	1.3. Incentivar a participação dos profissionais na implementação de sistemas de gestão do risco	Desenho de um sistema voluntário e anónimo de reporte de erros, “near misses” e situações de risco
	Reporte, identificação e análise crítica de casos de erros, “near misses” e situações de risco	Reporte em contínuo/análise Mensal
	Desenvolvimento de programas de investigação - Prática Baseada na Evidência, na área da gestão do risco	1º Trimestre

Relativamente à Meta 2 – “Prevenir os Erros nas Práticas de Enfermagem”, o objectivo inicial de identificar erros e “near misses” tem a ver com a implementação de sistemas de reporte que permitam a sua identificação, tratamento estatístico e análise, sistema este em que consideramos relevante permitir também os mesmos procedimentos para “situações de risco”. A divulgação tanto da estatística e das medidas tomadas para a sua diminuição, através nomeadamente da Intranet, da afixação em cartazes e de outras propostas pelos profissionais, sem identificar os serviços, será uma estratégia que permitirá em simultâneo alcançar este objectivo e o desenvolvimento de uma cultura de segurança, para a qual é valorizado o papel de cada um.

Com o objectivo de desenvolver estratégias de segurança, a análise e agilização dos circuitos de informação e da comunicação, desde o nível macro da organização com outras externas, até aos fluxos dentro de cada equipa de trabalho, considerando como fulcrais estes aspectos relativamente ao cliente, são estratégias basilares.

Como mecanismos/sistemas automáticos “inteligentes” que contribuem para a diminuir a possibilidade de ocorrência de erro, entre outros temos:

- Programas informáticos de prescrição de terapêutica e tratamentos;
- Mecanismos de alerta nos sistemas de prescrição que obriguem a seguir os parâmetros pré-definidos (doses, apresentação, horário) e rejeitem prescrições incorrectas (Ex: fármacos a que o cliente é alérgico);
- Utilização de dispensadores de fármacos electrónicos, incluindo estupefacientes, que abrem apenas a gaveta do fármaco prescrito e obrigam a introduzir os dados do cliente e o utilizador;
- Aplicação de sistemas informatizados de Triagem por prioridades.

A par da introdução dos anteriores valoriza-se a implementação de outros mecanismos de segurança, como por exemplo:

- Elaboração de listagem de fármacos de “maior risco” (Ex: heparina, insulina) que obriguem a dupla verificação antes da administração;
- Dupla verificação e assinatura de fármacos de “maior risco”, assim como dos que necessitam que se façam contas para a prescrição e para a administração;
- Elaboração de check-lists de administração de fármacos de “maior risco” e transfusões de sangue e hemoderivados;
- Divulgação por parte dos Serviços Farmacêuticos de novos fármacos /apresentações antes da sua utilização nos serviços, a todos os elementos da equipa;
- Verificações periódicas de prazos de validade de fármacos e perfusões;
- Duplas verificações periódicas dos fármacos dos Carros de Emergência (Ex: Enfermeiro e Farmacêutico);
- Colocação de chamadas de atenção em fármacos e soros com apresentações visuais semelhantes;
- Arrumação de fármacos de acordo com as normas *standard* Internacionais.

Finalmente o reforço na implementação das medidas de segurança pessoais e nos sistemas, como não interromper tarefas, não saltar actividades como esclarecer dúvidas e confirmar duplamente, e ainda a elaboração de programas de manutenção do equipamento, a colocação de alarmes nestes, entre outros são estratégias gerais importantes.

Quadro 12 (cont.) - Síntese do Projecto de Intervenção na Área da Segurança do Cliente

Meta 2 - Prevenir os Erros nas Práticas de Enfermagem		
Objectivos	Estratégias	Calendário
2.1. Identificar Erros e “Near Misses”	Implementação de sistema de reporte de erros, “near misses” e situações de risco	2º Trimestre
	Tratamento estatístico e análise dos erros e “near misses” reportados	Mensal
	Divulgação da estatística e análise em reuniões abertas a todos os profissionais	Mensal
2.2. Desenvolver Estratégias de Segurança	Análise dos circuitos de informação / comunicação com os clientes	1º Trimestre
	Agilização de circuitos de informação / comunicação com os clientes	2º Trimestre
	Introdução de mecanismos/sistemas automáticos “inteligentes” que diminuem a possibilidade de ocorrência de erro	1º Semestre
	Implementação de mecanismos de segurança pessoais e nos sistemas	Ao longo do 1º Trimestre (priorizar)
	Elaboração de programas de manutenção dos equipamentos e divulgação das normas de funcionamento aos utilizadores	
2.3. Reduzir os factores de risco individuais	Gestão dos horários: -Redução do nº de horas consecutivas de trabalho -Adequação do nº de enfermeiros à carga de cuidados, de acordo com as necessidades específicas dos serviços -Incentivar períodos curtos de interrupção da actividade após situações de maior stresse (Ex: Emergências) -Regimes de dedicação exclusiva para os profissionais	1º Trimestre

O presente Projecto prevê-se que tenha a duração de 1 ano desde o seu início até à avaliação seguindo-se a metodologia de Planear-Executar-Avaliar-Actuar de acordo com a Norma da qualidade ISO 9001.

De tudo aquilo que neste capítulo foi dito e do muito que ficou por dizer, esperamos que tenha ficado patente a preocupação dos enfermeiros que colaboraram tão abertamente neste estudo, face à entidade erro nas práticas de cuidados em serviços de urgência, assim como a sua intensa vontade em continuar a construir uma Enfermagem cada vez mais segura para aqueles que diariamente os procuram e a quem, apesar de todas as vicissitudes, estão sempre prontos a dar a mão.

BIBLIOGRAFIA

ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter (1996) *Bioética*. Lisboa-São Paulo: Editorial Verbo.

BALAS, M.C.; SCOTT, L. D.; ROGERS A. E. (2006) Frequency and Type of Errors and Near Error Reported by Critical Care Nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*, 38 (2):24-41. in www.pubmed.gov, em 10/11/06.

BARDIN, Laurence (1997) *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

BEAUCHAMP T.L.; CHILDRESS J.F. (2001) *Principles of Biomedical Ethics*. New York, Oxford University Press, in <http://jme.bmjournals.com/cgi/content/full/28/5/332-a>, em 02/01/06.

BENNER, Patricia (2001) *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

BERWICK, Donald; LEAPE, Lucian (1999) “Reducing Errors in Medicine”. *BMJ*, Vol.319, p.136-137, in www.bmj.com em 12/05/06.

BILHIM, João Abreu de Faria (2004⁽¹⁾) *Gestão Estratégica de Recursos Humanos*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

BILHIM, João Abreu de Faria (2004⁽²⁾) *Teoria Organizacional: Estruturas e Pessoas*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

BISCAIA, José Luís (2000) “Qualidade em Saúde uma Perspectiva Conceptual”. *Qualidade em Saúde*. Ano 1, nº 0 (Junho) : 6-11.

BUGADA, Helena (2005) Pilares Fundamentais da “Clinical Governance”. in www.spsaude.pt, em 12/05/06.

CABRAL, Roque (1996) “Responsabilidade”.*Logos*.4:724.

CAETANO, António; VALA, Jorge (2001) *Gestão de Recursos Humanos: Contextos, processos e recursos*. Lisboa: RH.

CARAPINHEIRO, Graça; LOPES, Noémia (1997) *Recursos e Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses: Estudo sociográfico de âmbito Nacional*, Lisboa: SEP.

CARVALHO, Manoel; VIEIRA, Alan A. (2002) “Erro médico em pacientes hospitalizados”. *Jornal de Pediatria*. Vol. 78, Nº 4. p. 261-268. in www.scielo.br/pdf/jped, em 03/09/06.

CASCÃO, Rui Miguel Prista Patrício (2004) “A Responsabilidade Civil e a Segurança Sanitária”. *Lex Medicine – Revista Portuguesa de Direito em Saúde*, Ano 1, nº1, in www.lexmedicine.org/por/artigo.html em 20/08/06.

CASELLA, Paolo(2005) *Experiência institucional na detecção de acidentes e incidentes*. III Jornadas José de Mello Saúde – O Primado do doente. Lisboa: 17 de Junho.

CHIAVENATO, Idalberto (1995) *Introdução à Teoria Geral das Organizações*. S.Paulo: McGraw-Hill.

CHRISTO, Filipa Homem (2002(1)) ”Certificação: Necessidade sim, moda não!”. *Instituto da Qualidade em Saúde*, Ano 1-Nº 5:16-21, in <http://mercurio.iqs.pt/pdf/5-2002>, em 23-01-06.

CHRISTO, Filipa Homem(2002(1)) ”Seis Passos no Caminho da Qualidade”. *Instituto da Qualidade em Saúde*, Ano 1-Nº 5:24-25, in <http://mercurio.iqs.pt/pdf/5-2002>, em 23-01-06.

CLEGG, Francês (1995) *Estatística Para Todos*. Lisboa: Gradiva.

COIMBRA, J. A. H. (2004) *Conhecimento dos Conceitos de Erros de Medicação, entre Auxiliares de Enfermagem, como Factor de Segurança do Paciente na Terapêutica Medicamentosa*. Dissertação apresentada, para obtenção de Grau de Doutorado, Ribeirão Preto, [s.n.], in www.teses.usp.br em 02/02/06.

COOK, A. F.; HOAS, H.; GUTTMANNOVA, K.; JOYNER, J. C. (2004) “An Error by Any Other Name”. *AJN*. Vol.104, Nº 6 (June) : 32-43, in <http://www.nursingcenter.com> em 02/01/06.

CNA – Canadian Nurses Association (2004) *Nurses and Patient Safety: A discussion paper*. Ottawa: Autor. In www.cna-iic.ca, em 27/06/06

CNA – Canadian Nurses Association (2003) *Position Statement: Patient Safety*. Ottawa: Autor. In www.cna-iic.ca, em 27/06/06

CRAIG, Jean V.; SMYTH, Rosalind L.(2004) *Prática Baseada na Evidência: manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.

Da SILVA, Paulo Fernando Lopes Resende (2004) “Modelo Organizacional das Universidades Públicas Portuguesas; referencial de inovação suportado em sistemas de informação e comunicação (SI/TIC)”. Tese apresentada à Universidade de Évora para obtenção do Grau de Doutor; orientador José Carlos das Dôres Zorrinho.

DENNISON, Cheryl R (2005) *Progress in Establishing a Culture of Safety at Johns Hopkins Hospital*. III Jornadas José de Mello Saúde – O Primado do doente. Lisboa: 17 de Junho.

DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA (1999) Porto: Porto Editora, 8ª Edição.1794 p.

EGGLI, Yves; HALFON, Patrícia (2003) “A Conceptual framework for hospital quality management”. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 16/1. p.29-36, in <http://www.emeraldinsight.com/0952-6862.htm> em 5/10/05.

FIP – International Pharmaceutical Federation (2001) *Statement of Professional Standards on Electronic Prescription*, in <http://www.fip.org>, em 06/11/06.

FIRTH-COZENS, P. R. (1999) *Stress in health professionals*. Londres: Wiley.

FIP – International Pharmaceutical Federation (1999) *FIP Statement of Professional Standards: Medication Errors Associated with Prescribed Medication*. In <http://www.fip.org>, em 16/03/06.

FORTIN, Marie Fabienne (2000) *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.

FRANÇA, Margarida (2004) “Cultura da Qualidade gera mudança organizacional”, *Qualidade em Saúde*. Especial “Acreditação de Hospitais” (Fevereiro) p.2-3.

FRAGATA, José; MARTINS, Luís (2005) *O Erro em Medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Almedina.

FREITAS, Genival Fernandes; OGUISSO, Taka (2004) “Direitos dos consumidores dos serviços de enfermagem e princípios de bioética”. *Enfermagem*. (Jan/Mar) : 29-34.

GIL, António Carlos. (1998) *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. S. Paulo: Editora Atlas.

GIL, António Carlos. (1996) *Como Elaborar Projectos de Pesquisa*. S. Paulo: Editora Atlas.

GOMES, Júlio. (2005)“Aprender com os erros: uma prioridade!”. *Ordem dos Enfermeiros*. nº 16 (Março) : 17.

GONÇALVES, N. M. A. (2002) Estudo das falhas humanas da equipe de enfermagem no plano assistencial. Dissertação apresentada, para obtenção do Grau de Mestre apresentada à Universidade Federal de S. Catarina. Florianópolis. [s.n.], in www.teses.usp.br em 02/02/06.

HAMEL, Gary; PRAHALAD, C. K. (1994) *Competing for the Future*. U.S.A.: HBSP, 357p.

ICN – International Council of Nurses (2005) *Patient Safety – Making it Happen*, in www.icn.ch em 02/02/06.

ICN – International Council of Nurses (2002) *ICN Position Statement on Patient Safety*, in www.icn.ch em 02/02/06.

IOM – Institute of Medicine (1999) *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. In <http://www.nap.edu>, em 16/03/06.

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2006) *Patient Safety Practices*. In www.jcpatientsafety.org/show, em 04/10/06.

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2002) *Sample Outline for a Patient Safety Plan*. In www.jcpatientsafety.org/show, em 04/10/06.

KAUFMANN, Markus. 2005 *Critical Incident Reporting*. III Jornadas José de Mello Saúde – O Primado do doente. Lisboa: 17 de Junho.

LEAPE, Lucian; BERWICK, Donald (2005) Five Years After To Err Is Human: What Have We Learned? *Journal of the American Medical Association*. May 18, 293 (19): 2384-90. in http://www.cmwf.org/publications/publications_show.htm?doc, em 12/05/06.

LUDWICK, Ruth; SILVA, Mary Cipriano (2004) “ERRORS, THE NURSING SHORTAGE AND ETHICS: SURVEY RESULTS”. *Online Journal of Issues in Nursing (OJIN)*. In www.nursingworld.org, em 02/01/06.

MADALOSSO, A. R. M. (2000) “Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo no cotidiano profissional”. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*. Vol. 8, nº 3, p. 8-11.

MARÇAL, Maria Teresa de Oliveira (1998) “A Análise Conceptual na Investigação em Enfermagem”. *Pensar Enfermagem*. vol 2.2:4-8.

MEZOMO, João Catarin. (2001) *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. S.Paulo:Manole.

MUNHALL, Patrícia L. (1982) “Nursing Philosophy and Nursing Research: In apposition or opposition?”. *Nursing Research*.vol 31.3: 176-177.

NCC MERP – National Coordinating Council for Medication Reporting and Prevention (2005) *Recommendations to Enhance Accuracy of Dispensing Medications*, in <http://www.nccmerp.org/public/aboutmederror.html>, em 05/10/06.

NCC MERP – National Coordinating Council for Medication Reporting and Prevention (2001) *Recommendations to Reduce Medication Errors Associated with Verbal Medication Orders and Prescriptions*, in <http://www.nccmerp.org/public/aboutmederror.html>, em 05/10/06.

NCC MERP – National Coordinating Council for Medication Reporting and Prevention (1998) *Taxonomy of Medication Errors*, in <http://www.nccmerp.org/public/aboutmederror.html>, em 05/10/06.

NETO, Maria Sacomano; TRUZZI, Oswaldo Mário Serra. (2002) "Perspectivas Contemporâneas em Análise Organizacional". *Gestão e Produção*. Abril. Vol.9.1: 32-44.

NUNES, Lucília (2006(1)) *Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e mediações nos Cuidados de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

NUNES, Lucília (2006(2)) *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem*. Comunicação apresentada no II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. In <http://lnunes.no.sapo.pt> em 25/07/06.

NUNES, Lucília (2005) "Análise dos deveres profissionais na garantia dos direitos das pessoas". *Ordem dos Enfermeiros*. Nº 18. p17-26.

NUNES, Lucília (2004) A especificidade da enfermagem. In: Para uma Ética da Enfermagem / NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana. Coimbra: Gráfica de Coimbra, p.33-48.

NUNES, Lucília (2003) *Um Olhar Sobre o Ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência.

NUNES, Lucília. (2000) "Que Saberes Para o Novo Milénio?". *SEP*. Ago/Out: 25-29.

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise dos Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OE – Ordem dos Enfermeiros (2006) *Dotações Seguras Salvam Vidas*. In www.ordemenfermeiros.pt, em 05/10/06.

OE – Ordem dos Enfermeiros (2005) *Segurança do doente - Torná-la uma realidade*.

Tradução do original “Patient Safety-making it happen!”. *Ordem dos Enfermeiros*, N° 17:47-49.

OULTON, Judith A. (2006) Dotações Seguras Salvam Vidas. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa 12 de Maio. in <http://www.ordemenfermeiros.pt>, em 21/08/06.

PATTON, Michael Quinn. (1990) *Qualitative Evaluation and Research Methods*. London: Sage Publications.

PIGNATELLI, Carmen. (2000) “Saúde XXI: Obter ganhos em saúde e assegurar a qualidade dos cuidados”. *Qualidade em Saúde*. Ano 1, nº 1 (Setembro): 6-14.

PISCO, Luís (2000) “Missão, Visão, Princípios e Valores”. *Qualidade em Saúde*. Ano 1-Nº 1, p. 3-4.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T.; HUNGLER, Bernardette P. (2004) *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem : Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artemed Editora.

PORTUGAL (1985) *As metas da Saúde Para Todos*. Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento. Lisboa: Artes Gráficas.

PRADHAN, Malcolm; EDMONDS, Michael; RUNCIMAN, William B. (2001) “Quality in healthcare: process – If it ain’t broke...” *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. Vol. 15, nº 4, p.555-571. in <http://www.idealibrary.com>, em 23-01-06.

QUEIRÓS, Ana Albuquerque (2001) *Ética e Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

REIS, Vasco Pinto. (2004) “Gestão em Saúde”. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Universidade Nova de Lisboa: ENSP, Vol 22:1(Jan/Jun),p. 7-17.

REIS, Fernando. (2002) "O modelo de Excelência da EFQM: Uma ferramenta para a excelência da gestão". *Instituto da Qualidade em Saúde*, Ano 1-Nº 5, in <http://mercurio.iqs.pt/pdf/5-2002>, em 23-01-06.

RIBEIRO, Lisete Fradique. (1995) *Cuidar e Tratar: Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral*. Lisboa: Educa e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

RUNCIMAN, W.B.; ROUGHHEAD, E.E.; SEMPLE, S. J.; ADAMS, R.J. (2003) "Adverse drug events and medication errors in Australia". *International Journal for Quality in Healthcare*, nº 15, p.49-59, in <http://intqhc.oxfordjournals.org> em 30/10/06.

SALE, Diana (2000) *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Principia.

SHARKEY, S. B.; SHARPLES, A. (2003) "The impact on work-related stress on mental health following team-based learning on clinical risk management". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10:73-81. in www.nature.com, em 30/10/06.

SWANSON, Kristen M. (1991) "Desenvolvimento Empírico de uma Teoria do Cuidar de Médio Alcance". *Nursing Research*, (May/June):vol. 3, p.161-166 (Tradução de Alice dos Mártires; Revisão de Marta Lima Basto).

SILVA, Carlos Alberto. (2004) *O Labirinto da Enfermagem: Participação e Profissionalismo*. Lisboa: Edições Colibri.

SILVA, A.E.B.C.; CASSIANI, S.H.B. (2004) "Administração de medicamentos: uma visão sistémica para o desenvolvimento de medidas preventivas dos erros de medicação". *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Vol.06,nº 02. in <http://www.fen.ufg.br> em 21/10/05.

WATSON, Jean. (1985) *Nursing the philosophy and Science of Caring*. U.S.A. Colorado: Associative University Press.

WATCHER, Robert M. (2004) “The End of the Beginning: Patient Safety Five Years After “To Err is Human”, in *Quality of Care on line*, em 12/05/06.

WILLIAMS, Susan. (2005) *The experience of a public agency: The National Patient Safety Agency – UK*. III Jornadas José de Mello Saúde – O Primado do doente. Lisboa: 17 de Junho.

WHO– World Health Organization (2004) *World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2005*. in www.who.int/patientsafety , em 06 de Janeiro de 2006.

WHO – World Health Organization (2002) *Quality of care: patient safety*. in www.who.int, em 06 de Janeiro de 2006.

VEIGA, Maria dos Anjos Pereira Lopes (1994) *Cuidar da Intimidade, Intimidade no Cuidar*. Dissertação apresentada, para obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Enfermagem, à Universidade Católica Portuguesa. Lisboa: [s.n.].232p.

YIN, Robert K (2005) *Estudo de caso: Planejamento e Métodos*.3^a Edição. Porto Alegre: Bookman.

Documentos de Suporte Consultados

ICN. *Nursing Matters:Medication Errors*.ICN Fact Sheet, in <http://www.icn.ch.htm>, em 04 de Janeiro de 2006.

ICN. *The ICN Code of Ethics for Nurses*, in <http://www.icn/icncode.pdf>, em 04 de Janeiro de 2006.

ISO 9000 para Serviços de Saúde: Guia Interpretativo para Aplicação da NORMA PORTUGUESA EN ISO 9001:2000 a Serviços de Saúde, Lisboa: Instituto Português da Qualidade.

NCC MERP – National Coordinating Council for Medication Reporting and Prevention.
(2001) *Index for Categorizing Medication Errors*, in
<http://www.nccmerp.org/public/aboutmederror.html>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa, Grafinter.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006). Tomada de Posição sobre a Segurança do Cliente.
In www.ordemenfermeiros.pt.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002) *Cuidados Inovadores para Condições Crónicas: Componentes estruturais da acção*. Relatório Mundial.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004/2010: Orientações Estratégicas. Lisboa, Ministério da Saúde-DGS, in <http://www.dgsaude.min-saude.pt>.

REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS, Decreto Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. Artº 4º - 1.

ANEXOS

ANEXO I
Fotografias utilizadas nas entrevistas



Fotografia Nº 1 - Fonte: João Caldas



Fotografia Nº 2 - Fonte: www.briarcliff.edu/departments/nursing/camp.htm



Fotografia N° 3 - Fonte: <http://rileychildrenshospital.com>



Fotografia N° 4 - Fonte: João Caldas



Fotografia N° 5 - Fonte: www.med.uni-marburg.de/e-einrichtungen



Fotografia N° 6 - Fonte: www.susch.sk/en/fotogaleria.php



Fotografia N° 7 - Fonte: www.minsa.gob.pe



Fotografia N° 8 - Fonte: www.kevinmatthewkruse.com/hospital.html



Fotografia N° 9 - Fonte: www.minsa.gob.pe



Fotografia N° 10 - Fonte: www.lect.futuro.usp.br

APÊNDICES

APÊNDICE I

Pedido de autorização para realizaro pré teste do questionário e das entrevistas

APÊNDICE II

Questionário

QUESTIONÁRIO

Este estudo decorre no âmbito da **Dissertação do II Mestrado em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde**, tendo como objectivo realizar um levantamento das situações de erros e “quase erros” identificados pelos Enfermeiros. Os resultados deste questionário servirão para a elaboração de um projecto de intervenção ao nível da diminuição do erro e do aumento da segurança dos doentes em Serviços de Urgência.

Sabemos que a ocorrência de erros na saúde é uma preocupação de organizações a nível mundial, como a *Organização Mundial de Saúde (OMS)* e o *Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN)*, entre outros, assim como acreditamos que nesta área a Enfermagem representa um papel fundamental no contributo de cada um para a obtenção de “cuidados seguros” e o desenvolvimento de uma cultura de segurança nas organizações.

Para tal, solicitamos a sua colaboração, respondendo a este questionário, como parte do estudo, garantindo desde já o anonimato.

Na elaboração das questões tivemos em consideração o conceito de “erro clínico” do *Institute of Medicine* (1999), que o define como uma falha numa acção planeada, cujo resultado fica aquém do esperado, ou o uso de um plano errado para atingir um fim.

Importa ainda notar que, o erro parece surgir como o resultado de um acumular de pequenos “eventos adversos” que tendem para o erro, mas que podem não culminar neles se, tanto nos indivíduos como nos sistemas, existirem mecanismos que os impeçam, dando então origem a “near misses” ou “quase erros” (Fragata e Martins, 2004).

Instruções de Preenchimento

- ▶ Este questionário, estará colocado nos vários locais da prestação de cuidados, durante 1 semana.
- ▶ Pretende-se que, ao longo dessa semana, sempre que identificar a ocorrência de um erro ou “near miss”, o registre neste questionário.
- ▶ Quando registar o erro ou “near miss” que identificou, tenha em consideração o turno em que se encontra.
- ▶ Relativamente ao erro ou “near miss” que identificou, estabeleça uma relação com a frequência com que pensa que, de um modo geral, esse tipo de erro ou “near miss” acontece.
- ▶ Se não detectar nenhum erro ou “near miss” durante esta semana, não preencherá nada neste questionário.
- ▶ Considera-se aconselhável que leia o questionário na totalidade, logo que tenha oportunidade.

Deste modo, para registar o erro ou “near miss” que identificou, proceda do seguinte modo:

1. Seleccione a hipótese que lhe parece **definir com mais exactidão** o que aconteceu, ou acrescente em “Outros” e defina por extenso o tipo de erro ou “near miss”;
2. Seleccione **apenas** a coluna referente ao turno em que identificou o erro ou “near miss”;
3. Considere a **escala de 1 a 5** pré definida, e tendo por **base a sua prática diária de cuidados de Enfermagem num Serviço de Urgência**, classifique com que frequência pensa que normalmente acontece o tipo de erro ou “near miss” identificado:

1 - Esporadicamente: Considerar a ocorrência num período **superior a 6 meses**

2 - Raramente: Considerar a ocorrência num período **entre 1 e 6 meses**

3 - Às vezes: Considerar a ocorrência **1 por mês**

4 - Frequentemente: Considerar a ocorrência **1 por semana**

5 - Muito Frequentemente: Considerar a ocorrência **1 por dia**

4. Coloque apenas o número que corresponde à frequência no respectivo quadrado.

Exemplo 1:

No Turno da Tarde o Enfermeiro encontra-se sozinha no Balcão a preparar um analgésico que dilui num frasco de 100 cc de cloreto de sódio 0,9%, coloca-o em curso sem rótulo de “Droga Adicionada”, e de repente um outro doente tem uma crise convulsiva, pelo deixa o que estava a fazer para cuidar deste último.

Mais tarde, quando identifica que lhe aconteceu este erro vai registá-lo no questionário, mas antes pensa que, por motivos vários, pelo menos uma vez por semana lhe acontece não colocar o rótulo nos frascos de soro com medicamentos, o que na escala corresponde a 4 – frequentemente.

1.4- ERRO NA ADMINISTRAÇÃO PARENTÉRICA	TURNO MANHÃ	TURNO TARDE	TURNO NOITE
1.4.3 - Rotulagem de “Droga Adicionada” inexistente ou inadequada		4	

Exemplo 2 :

Cerca das 2 horas a Enfermeira tem uma doente no SO que ao tentar levantar-se sozinha cai da cama.

Quando identifica que lhe aconteceu este erro vai registá-lo no questionário, mas antes pensa que, por motivos vários, os doentes quase nunca caem da cama, talvez uma vez em cada 3 ou 4 meses, o que na escala corresponde a 1 - Esporadicamente.

2-QUEDAS DE DOENTES	TURNO MANHÃ	TURNO TARDE	TURNO NOITE
2.1- Da maca ou cama			1

Coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário e agradeço desde já a sua colaboração.

Luísa Matado Caldas

1	2	3	4	5
Esporadicamente	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente

TIPO DE ERRO ou “NEAR MISS”	TURNO MANHÃ	TURNO TARDE	TURNO NOITE
1-ERRO DE MEDICAÇÃO			
1.1- ERRO DE PREPARAÇÃO DE MEDICAÇÃO			
1.1.1- Medicamento incorrectamente formulado na prescrição (nome ou apresentação / dose / via de administração / quantidade hora)			
1.1.2- Medicamento incorrectamente transcrito			
1.1.3- Preparação do medicamento errado			
1.1.4- Preparação da via de administração errada			
1.1.5- Preparação da dose errada			
1.1.6- Medicamento incorrectamente diluído ou reconstituição inexata			
1.1.7- Falha no agitar da solução			

1.1.8- Mistura de medicamentos incompatíveis			
1.1.9- Medicamento incorrectamente manipulado (lavagem das mãos / assepsia)			
1.1.10- Preparação de medicamento fora de prazo de validade			
1.1.11- Preparação de medicamento com rótulo inadequado (imperceptível / falta de elementos: concentração/sem prazo de validade)			
1.2- ERRO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO	TURN MANHÃ	TURN TARDE	TURN NOITE
1.2.1- Não Administrado			
1.2.2- Administrado fora da hora prescrita			
1.2.3- Nome ou apresentação de medicamento não coincidente com a prescrição			
1.2.4- Dose incorrecta – superior ao prescrito			
1.2.5- Dose incorrecta – inferior ao prescrito			
1.2.6- Administrado medicamento não prescrito			
1.2.7- Administrado medicamento pela via errada ou diferente da via prescrita			

1.2.8- Administrado medicamento com comprometimento da integridade física ou química			
1.2.9- Administrada dose extra			
1.2.10- Medicamentos administrados ao doente errado			
1.3- ERRO DE VIGILÂNCIA DE MEDICAÇÃO	TURNO MANHÃ	TURNO TARDE	TURNO NOITE
1.3.1- Ausência total de monitorização de medicamento em perfusão contínua ou em bólus			
1.3.2 – Monitorização por tempo insuficiente (só no início da aplicação)			
1.3- ERRO DE VIGILÂNCIA DE MEDICAÇÃO	TURNO MANHÃ	TURNO TARDE	TURNO NOITE
1.3.3- Ausência de monitorização da duração de administração de perfusão com ou sem risco de obstrução de cateter			
1.3.4- Apresentação de seroma / flebite no local de punção			
1.4- ERRO NA ADMINISTRAÇÃO PARENTÉRICA	TURNO MANHÃ	TURNO TARDE	TURNO NOITE
1.4.1- Erro na programação de infusoras			

1.4.2- Utilização de seringa inadequada à infusora			
1.4.3 - Rotulagem de “Droga Adicionada” inexistente ou inadequada			
1.4.4- Não suspensão da perfusão na altura prevista			
1.4.5- Não vigilância de Reacção Adversa Medicamentosa			
1.5- ERRO NO STOCK	TURNO MANHÃ	TURNO TARDE	TURNO NOITE
1.5.1- Rotura de stock no serviço			
1.5.2 - Na arrumação			
1.6- OUTROS (Identificar)_____			
2-QUEDAS DE DOENTES	TURNO MANHÃ	TURNO TARDE	TURNO NOITE
2.1- Da maca ou cama			
2.2- Da cadeira de rodas			
2.3- No WC			
2.4- No chão (corredor, quarto, sala de tratamentos, Gabinete Médico ou outro)			

2.5- OUTROS (Identificar)			
3- QUEIMADURAS	TURNO MANHÃ	TURNO TARDE	TURNO NOITE
3.1- Provocadas por produtos químicos de aplicação tópica			
3.2- Provocadas por água			
3.3- Provocadas por medicamentos administrados de forma incorrecta			
3.4- OUTROS (Identificar)			
4- ENGANOS COM A IDENTIFICAÇÃO OU TROCA DE DOENTES	TURNO MANHÃ	TURNO TARDE	TURNO NOITE
4.1- Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT's) realizados ao doente errado			
4.2- Tratamentos realizados ao doente errado			
4.3- Preparação para MCDT's realizada ao doente errado			
4.4- Preparação para Alta realizada ao doente errado			

4.5- OUTROS (Identificar) _____			
5- FALHAS NA VIGILÂNCIA DOS DOENTES	TURNO MANHÃ	TURNO TARDE	TURNO NOITE
5.1- Abandono (fuga) do Serviço			
5.2- Doente agitado não imobilizado/vigiado, retirou cateter, algália, sondas ou outros			
5.3- OUTROS (Identificar) _____			

Obrigado
pela sua colaboração

APÊNDICE III

Guião da entrevista

Guião da Entrevista

Preâmbulo

Hoje estamos aqui para conversar um pouco sobre o tema dos “Erros em Enfermagem e a Segurança dos Clientes”, particularmente sobre as suas vivências pessoais, o que pensa e o que sente sobre os erros que decorrem nas práticas de Enfermagem, no seu dia-a-dia no Serviço de Urgência.

Questões

Vou-lhe mostrar algumas fotografias que gostaria que observasse e escolhesse uma que, na sua opinião, tenha uma maior relação com a ocorrência de erros durante os cuidados de Enfermagem em Serviços de Urgência.

- Quais os motivos porque escolheu essa fotografia como representando uma situação relacionada com a ocorrência de erros de Enfermagem em Serviços de Urgência?
- Tente recordar uma situação na qual tenha estado envolvido e em que tenha ocorrido um erro de Enfermagem. Descreva essa situação.
- Quais foram as pessoas intervenientes na situação que descreveu e que reacções tiveram? O que acha que podia ter sido diferente?
- Quais são os factores que pensa contribuir para a ocorrência de erros nas práticas de cuidados de Enfermagem em Serviços de Urgência?
- Perante uma situação em que observasse um colega a cometer um erro, que aparentemente não tivesse causado danos para o Cliente e outro com danos severos, como actuava perante cada um dos casos? Qual pensa que seria a actuação do seu superior hierárquico, se tivesse sido ele a observar esse mesmo caso?
- Perante uma outra situação em que um colega lhe transmitisse que tinha cometido um erro aparentemente sem danos para o Cliente e outro com danos severos, como actuava perante cada um dos casos?
- O que pensa ser passível de melhoria na generalidade dos cuidados de Enfermagem prestados em Serviços de Urgência, tendo em vista a diminuição dos erros e o aumento da segurança dos Clientes?
- Relativamente aos aspectos da segurança dos clientes em Serviços de saúde, tem conhecimento de algum programa de “report” de erros, em Portugal ou no Estrangeiro? O que pensa acerca da sua necessidade de existência?

APÊNDICE IV
Quadro resumo dos tipos de erros e
“near misses” identificados por questionário

Quadro resumo dos tipos de erros e “near misses” identificados por questionário, de acordo com o valor da Escala de Likert atribuído

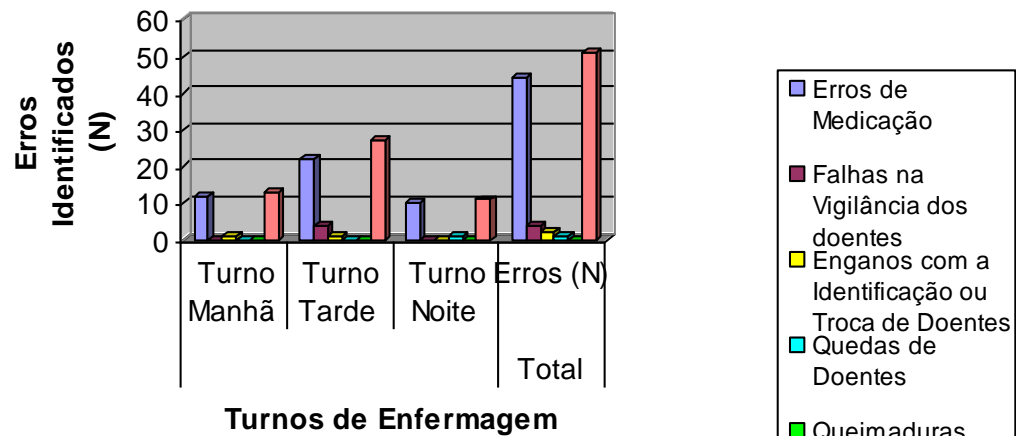
Tipo de Erro ou “Near Miss”	TURNO MANHÃ	TURNO TARDE	TURNO NOITE	Total (N)
1-ERRO DE MEDICAÇÃO				
1.1.1- Medicamento incorrectamente formulado na prescrição (nome ou apresentação / dose / via de administração / quantidade hora)	4 - 5 - 5	4 - 3 - 5 - 4	4 - 4 - 5	10
1.1.2- Medicamento incorrectamente transcrito	1		2	2
1.1.4- Preparação da via de administração errada	2	2		2
1.1.11- Preparação de medicamento com rótulo inadequado (imperceptível / falta de elementos: concentração/sem prazo de validade)	4 - 2			2
1.2.2- Administrado fora da hora prescrita		3 - 1 - 4 - 4		4
1.2.4- Dose incorrecta – superior ao prescrito			2	1
1.2.5- Dose incorrecta – inferior ao prescrito			2	1
1.3.2 – Monitorização por tempo insuficiente (só no início da aplicação)	1	2 - 5		3
1.3.4- Apresentação de seroma / flebite no local de punção		3 - 3 - 5	3	4
1.4.1- Erro na programação de infusoras		4		1
1.4.3 - Rotulagem de “Droga Adicionada” inexistente ou inadequada	4 - 1	4 - 4 - 3 - 4	4	7
1.5.1- Rotura de stock no serviço	4	3 - 2 - 4	2 - 4	6
1.5.2 - Na arrumação	1			1
SUB-TOTAL ERROS/TURNO	12	22	10	44
2-QUEDAS DE DOENTES				
2.1- Da maca ou cama			3	1
SUB-TOTAL ERROS/TURNO	0	0	1	1
4- ENGANOS COM A IDENTIFICAÇÃO OU TROCA DE DOENTES				
4.1- Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT's) realizados ao doente errado		3		1
4.5- OUTROS (Identificar) Troca na rotulagem de produtos para análise	2			1
SUB-TOTAL ERROS/TURNO	1	1	0	2
5- FALHAS NA VIGILÂNCIA DOS DOENTES				
5.1- Abandono (fuga) do Serviço		3 - 4 - 2		3
5.2- Doente agitado não imobilizado/vigiado, retirou cateter, algália, sondas ou outros		3		1
SUB-TOTAL ERROS/TURNO	0	4	0	4
TOTAL ERROS / TURNO	13	27	11	51

APÊNDICE V
Quadros e gráficos

Quadro Síntese da distribuição da Identificação dos Tipos de Erro ou "Near Miss" por Turno de Enfermagem

Identificação dos Tipos de Erro ou "Near Miss"	Turno Manhã	Turno Tarde	Turno Noite	Total Erros (N)	Fi (%)
Erros de Medicação	12	22	10	44	86,28
Falhas na Vigilância dos doentes	0	4	0	4	7,84
Enganos com a Identificação ou Troca de Doentes	1	1	0	2	3,92
Quedas de Doentes	0	0	1	1	1,96
Queimaduras	0	0	0	0	0
Total de Erros/turno (N)	13	27	11	51	100,00

Gráfico 1.1-Síntese da Distribuição de Tipos de Erros ou "Near Misses" por Turno de Enfermagem



Quadro da Distribuição da Identificação de Erro de Medicação:

•Dose incorrecta - superior ao prescrito, por turno de Enfermagem

Turnos				
Frequência	Turno Manhã	Turno Tarde	Turno Noite	Total Erros (N)
Esporadicamente				
Raramente			1	
Às vezes				
Frequentemente				
Muito Frequentemente				
Total de Erros/turno (N)			1	
Frequências Média/Turno			2	

Quadro da Distribuição da Identificação de Erro de Medicação:

•Dose incorrecta - inferior ao prescrito, por turno de Enfermagem

Turnos				
Frequência	Turno Manhã	Turno Tarde	Turno Noite	Total Erros (N)
Esporadicamente				
Raramente			1	
Às vezes				
Frequentemente				
Muito Frequentemente				
Total de Erros/turno (N)			1	
Frequências Média/Turno			2	

Quadro da Distribuição da Identificação de Erro de Medicação:

•Erro na programação de infusoras, por turno de Enfermagem

Turnos				
Frequência	Turno Manhã	Turno Tarde	Turno Noite	Total Erros (N)
Esporadicamente				
Raramente				
Às vezes				
Frequentemente		1		
Muito Frequentemente				
Total de Erros/turno (N)		1		1
Frequências Média/Turno		4		

Quadro da Distribuição da Identificação de Erro de Medicação:

•Na arrumação, por turno de Enfermagem

Turnos				
Frequência	Turno Manhã	Turno Tarde	Turno Noite	Total Erros (N)
Esporadicamente	1			
Raramente				
Às vezes				
Frequentemente				
Muito Frequentemente				
Total de Erros/turno (N)	1			1
Frequências Média/Turno	1			

Quadro da Distribuição da Identificação de Erro de Falhas na Vigilância dos Doentes
 •Doente Agitado não Imobilizado/vigiado, retirou cateter, algália, sondas ou outros, por turno de Enfermagem

Turnos	Turno Manhã	Turno Tarde	Turno Noite	Total Erros (N)
Frequência				
Esporadicamente				1
Raramente				
Às vezes		1		
Frequentemente				
Muito Frequentemente				
Total de Erros/turno (N)		1		
Frequências Média/Turno		3		

Quadro da Distribuição da Identificação de Erro de Enganos com a Identificação ou Troca de doentes:
 •Outros: Troca na Rotulagem de Produtos para Análise, por turno de Enfermagem

Turnos	Turno Manhã	Turno Tarde	Turno Noite	Total Erros (N)
Frequência				
Esporadicamente				1
Raramente	1			
Às vezes				
Frequentemente				
Muito Frequentemente				
Total de Erros/turno (N)	1			
Frequências Média/Turno	2			

Quadro da Distribuição da Identificação de Erro de Quedas de Doentes:

•Da maca ou da cama, por turno de Enfermagem

Turnos				
Frequência	Turno Manhã	Turno Tarde	Turno Noite	Total Erros (N)
Esporadicamente				
Raramente				
Às vezes			1	
Frequentemente				
Muito Frequentemente				
Total de Erros/turno (N)			1	
Frequências Média/Turno			3	

Quadro da Distribuição da Identificação de Erro de Enganos com Identificação/Troca de Doentes:

•Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT's) realizados ao doente errado, por turno de Enfermagem

Turnos				
Frequência	Turno Manhã	Turno Tarde	Turno Noite	Total Erros (N)
Esporadicamente				
Raramente				
Às vezes		1		
Frequentemente				
Muito Frequentemente				
Total de Erros/turno (N)		1		
Frequências Média/Turno		3		

APÊNDICE VI

Quadro categoria A – *Visão do Erro*

Unidades de Contexto

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
A- VISÃO DO ERRO	A1-Condições do Exercício	A11-Intensividade dos Cuidados	(...) percebo que é uma unidade de cuidados intensivos (...)é um doente que tem várias drogas em curso, que está ventilado (...) –EA Este volume de trabalho é exigente, e requer muita atenção quase não nos podemos distrair porque... (...) (são) cuidados intensivos (...) –EA (...) eu estou a extubar uma criança e a pedirmos o almoço, alguém que passava com uma lista e como nós não podíamos sair da unidade, pelo intensivismo das situações, em virtude dos doentes (...) -EA (...)não há tempo para nada, em que as pessoas fazem tudo a correr (...) -EF	4
		A12-Instabilidade dos doentes	(...) pelo menos um dos doentes parece-me instável ou mais instável (...) –EA (...) (refere-se ao doente da direita) parece um bocadinho mais estável “a olho nú” – EA (...) vejo que há uma (...) enfermeira (...) atenta a alguma coisa (...) - EA Todavia a enfermagem não são só estas técnicas, (R) há coisas que (C) nós não conseguimos contabilizar, e que podem, (...) permitir maior ocorrência de erro. -EA	4
		A13-Ambiente de trabalho	(...) em virtude (...) do ambiente todo que o rodeia – EA Ou eu erro porque é o ambiente e há factores que concorrem para o erro (...) –EA Quase logo na triagem eu começava a perceber, (...) (que) os colegas face à contingência, face aos factores que existiam, o erro não partia de uma acção voluntária ou involuntária (...) –EA (...) a unidade ainda tem luz, até as camas, há algum espaço que medeia e isso também é favorável (...) -EA (...) desorganização no ambiente de trabalho. (...) eventualmente mal posicionado, e vejo nove pessoas à volta dele! Nove pessoas que eu não consigo designar quem é quem, não sei se são todos enfermeiros, se haverá auxiliares, se haverá algum médico (...) –EE (...) há o problema dos corredores, as portas, as coisas pequenas, o poder bater aqui	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
A- VISÃO DO ERRO (cont.)	A1-Condições do Exercício	A13-Ambiente de trabalho	<p>e ali, por exemplo quando há urgências, às vezes a entrada para a sala de reanimação, por vezes a gente bate de encontro às coisas! –EB</p> <p>(...) isto põe-me a pensar noutra coisa que é organização, arrumação, em haver, não é bem regra mas, não é termos que fazer todos o mesmo, todos têm que ir por aquele caminho sem flexibilidade, não é por isso, é por uma questão de segurança, de haver organização nomeadamente nós aqui como é um serviço de urgência, estamos mais sensíveis a isso no sentido que tem que ser o primeiro passo –EG</p> <p>Eu visto muito essa camisola do ambiente, o ambiente tem que transmitir segurança à pessoa, não é só pela cor, é pelo envolvente todo à volta, é o ambiente no sentido de arrumação, de organização de... –EG</p> <p>E trabalhar num serviço de urgência, por tudo o que é um serviço de urgência, não há rotina, pela urgência com que as coisas são feitas, pela azáfama com que tudo decorre (...) –ED</p> <p>(...) quando são muitos médicos a pedir, tu chegas a ter uma bancada cheia de fichas de verbetes de urgência com prescrições feitas! -ED</p> <p>(...) esquecemo-nos do que aquele doente pode perturbar em termos de serviço, nomeadamente aquele doente não deixa de gritar e eu penso que ao segurá-lo, porque muitas das vezes temos que usar a força, para que esse doente não seja perigoso inclusive para outros doentes, (R) ou até a nós pessoal de saúde e nós estamos num local de trabalho também não é para sermos agredidos (...) –EF</p> <p>(...) dar medicação intramuscular e que por vezes demora 45 minutos a fazer efeito, e até esse doente estar calmo, (...) nós temos um serviço completamente descompensado! –EF</p> <p>Seja em balcões, seja em internamento, há sempre uma grande variedade quer de doentes quer de cuidados que nós temos que executar, que nos leva a ter que trabalhar sempre sobre algum stress e com alguma rapidez. E essa rapidez muitas das vezes pode levar ao erro. –EF</p> <p>(...) os serviços de urgência são muito rotinados por estes serviços de muito</p>	15

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
A- VISÃO DO ERRO (cont.)	A1-Condições do Exercício	A13-Ambiente de trabalho	movimento, em que não há tempo para nada, em que as pessoas fazem tudo a correr (...)-EF (...) a urgência por si é um serviço que é caótico (...) -EF	
		A14- Imprevisibilidade de ocorrência de situações de crise	(...) por tudo o que é um serviço de urgência, não há rotina (...) -EA Em virtude do que conjecturava num turno (...) as coisas não correm sempre como nós programamos logo à partida! -EA (...) por norma é sempre coisas súbitas, ninguém à urgência marcado, por norma toda a gente teve um acidente, caiu, teve uma dor, isto e aquilo! -EF (...) é mais frequente acontecer erro de enfermagem num serviço de urgência (...) porque já não tens aquele <i>timing</i> moderado (...) as coisas acontecem na hora e tu tens que lhe dar uma resposta na hora! -EA (...) não há resposta logo no imediato, porque também ainda é uma coisa muito súbita e nós não sabemos ainda o que é que vai acontecer (...) -EF	5
		Sub-total		28
		A21-Erro de avaliação de enfermagem/ Triagem	E depois, há um erro que pode prejudicar aquele menino? Por exemplo, uma avaliação incorrecta, (...) aquilo era uma triagem de guerra nitidamente, (como no tempo de) <i>Florence Nightingale</i> (...) -EA E, quem é que me dizia que aquele menino bem estudado e eu própria, vivi uma situação que se eu (a) tivesse aprofundado, não sei se aquela situação não seria uma situação de maus-tratos! -EA	2
		A22-Erro de medicação	(...) era aerossóis, depois houve cruzamento de... nós sabemos que os aerossóis é o quê? “Atrovente, salbutamol, procaterol” e, eu não sei se nós às vezes fazíamos aquilo tudo correctamente, porque era impossível! Temos 5 bancas de aerossol, 5 postos de aerossol, não parava! -EA (...) se consideramos um erro a medicação (que) tem que ser dada a uma hora certa, a dose, a via... eu cometi vários erros então, porque às vezes não conseguia dar a medicação às 15 horas! (...) às vezes conseguia dar a medicação às 15,30h e outras vezes às 16! -EA (...) fui administrar dois antibióticos a dois doentes com a mesma patologia no mesmo quarto, troquei os antibióticos (...) -EE	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
A- VISÃO DO ERRO (cont.)	A1-Condições do Exercício	A22-Erro de medicação	<p>(...) erros de dosagem, erros de via de administração. Às vezes também a equipa médica ser muito jovem também induz o erro na enfermagem (...) –EE</p> <p>(...) Tem a ver com a escolha da terapêutica, com uma das coisas com que nós por vezes podemos errar (...) Pode não ver o rótulo adequadamente (...) –EH</p> <p>(...) na sala dos aerossóis, às vezes em vez de soro fisiológico, aqueles frasquinhos, os balões pequeninos, tirar o soro e verificar que o que lá está não é soro, é dextrose (...) -EH</p> <p>(...) uma colega nossa ia administrar uma “prednisolona” intramuscular, ía dar endovenosa, e a “prednisolona” intramuscular é branca, parece uma “penicilina”, e ela preparou, picou a criança e eu quando ía a injectar eu percebi que aquilo era leitoso (...) –EH</p> <p>(...) aquilo quase de certeza estava arrumado fora do sítio, não sei (...) – EH</p> <p>(...) a maior parte dos erros têm a ver com medicação, não quer dizer que sejam só, (R). Quer com a prescrição, quer com a troca de algum medicamento, relacionada com a criança, tem (...) sempre a ver com medicação. (...) por troca de cama, troca de dosagem, ou por má prescrição, (...) –EB</p> <p>(...) (R) o erro de medicação é o mais fácil de acontecer a quem trabalha, e principalmente a quem trabalha em serviços de urgência. (...) em particular em relação à enfermagem (R) Não quer dizer que também não haja da parte médica, porque quem vai tirar os medicamentos das prateleiras somos nós enfermeiros e quem os vais preparar somos nós! –EB</p> <p>(...) ao ir buscar um medicamento, poder ocorrer, poder induzir um erro numa administração terapêutica... -EC</p> <p>(...) uma colega que em vez de administrar um “furosemido” agarrou numa ampola de “diazepan” e administrou! –EC</p> <p>(...) na gaveta da terapêutica, as ampolas eram muito semelhantes e as ampolas vinham misturadas! –EC</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
A- VISÃO DO ERRO (cont.)	A1-Condições do Exercício	A22-Erro de medicação	<p>(...) pelo facto de aparecer aqui caixinhas e a pessoa identificar com terapêutica e serem esses mais os erros que as pessoas (...) assinalam mais frequentemente (...) – EG</p> <p>(...) ocorrem mais erros é na preparação e manutenção de medicação! –ED</p> <p>(...) onde ocorrem mais erros é na preparação e manutenção de medicação! No nosso serviço, pelo menos em situação de urgência, (...) muitas das vezes a pessoa pega na primeira coisa que vem à mão, ou porque imagina que é uma ampola e que são semelhantes (...) –ED</p> <p>(...) há as duas amostragens, há a “cloropromazina” endovenosa e a “cloropromazina” intramuscular, a médica prescreve oralmente endovenosa (...)E administrei uma fórmula endovenosa que era a apresentação intramuscular! -ED</p> <p>(...) foi uma medicação pré-anestésica, e o doente a seguir foi para o bloco e eu nunca mais o vi, perdi completamente o contacto com essa pessoa. –ED</p> <p>(...) muitas das vezes o médico, pelo menos no nosso serviço, ou não prescreve de todo, não há prescrição feita, e a prescrição é oral (...) -ED</p> <p>(...) quando falamos em erro, toda a gente, (...) (R) ou a grande maioria das pessoas vêm sempre com o erro terapêutico à cabeça (...) -EF</p> <p>(...) ainda no outro dia uma doente com enfarte, o médico mandou-lhe dar “metadoxil”! “Metadoxil” é uma medicação que se dá para uma intoxicação alcoólica! -EC</p>	21
	A2-Identificação dos Tipos de Erro	A23-Erro de vigilância	<p>Por exemplo os erros das quedas, das batidas, pode-se evitar, se já está provado que a gente tem um miúdo que vem muito agitado, que tem uma microcefalia, (...) pode-se evitar o erro a proteger as grades da cama para eles não baterem com a cabeça de encontro a parede, pode-se puxar a cama mais para trás para não ficar próximo das fichas onde possam meter os dedos, pode-se evitar nesse sentido! -EB</p>	1
		A24-Erro de medicação detectado pela enfermeira	<p>(...) não foi bem um erro mas podia ter sido um erro (...) ”clemastina” 1 ml oral foi a prescrição que a médica me pôs ali! Em cima da mesa, para nós fazermos, como prescrição! E eu disse assim - “Clemastina” oral não existe (...) (R) não foi propriamente um erro de enfermagem, mas é um erro de prescrição! –EB</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
A- VISÃO DO ERRO (cont.)	A2-Identificação dos Tipos de Erro	A24-Erro de medicação detectado pela enfermeira	(...) aparentemente são erros sem importância nenhuma porque a gente até detecta e até vê, mas são erros que podem ser erros graves!-EB Os “furosemidos” vinham misturados com o “diazepam”. Muitas vezes vem da farmácia lá de baixo, temos detectado este erro! -EC	3
		A25-Erro de violação da privacidade	(...) não há privacidade em relação ruído! É um erro! A própria organização não se apercebe, não se preocupa, ou seja, nós em Portugal ainda não estamos muito concentrados em pensar o bem do doente na sua totalidade, que é, este doente tem o direito de não estar a ouvir o ventilador do outro a apitar! -EA	1
		A26-Erro de troca de doentes	(...) se tu não olhaste para ela, e se não tiveste sequer contacto visual, vais não tarda nada, pensar que a senhora que está sentada e que já foi trocada é quem está a aguardar TAC e não é! E acaba por ser um erro (...) –ED (...) só depois quando chegas ao pé da requisição é que – “A senhora chama-se, imaginamos, Ana? – “Não, chamo-me Maria!”. E tu descobris-te... Que acabas-te de cometer um erro! -ED	2
		A27-Erro de atraso no tratamento	Em relação ao protocolo de dor, há algumas coisas que nós garantimos. Essa diminuição do erro, (neste caso) é o erro por dano ou as consequências... pela omissão, (porque) há erros por omissão! -EA	1
		A28- Erro de comunicação na Equipa pluridisciplinar	Há muita falta de comunicação, há uma grande falha! –EA Muitas das vezes a informação é tanta, mas a maneira às vezes como as coisas são comunicadas, o conteúdo da mensagem pode ser interpretado de maneira diferente e se for interpretado de maneira diferente também pode ocorrer erro! –EA (...) <i>tem a ver</i> (...) Com a quantidade de informação e mesmo com a comunicação também! -EA	3
		A29-Erro de registos	(...) como a ficha não fica ali, porque a ficha é colocada nos bolsos dos médicos, o enfermeiro depois não vai lá registar que administrou, a hora... –ED E o médico não registou que foi feito (...) –ED (...) inclusive já cometemos outro erro, quer eu quer ele, que é, eu não escrevi isso em notas, foi ele! (...) o que é mal porque ficou a assinatura dele! –EF (...) é uma má prática de gestão que contribui para o aumento do erro, eu transcrever qualquer coisa que alguém passou (...) –EA	4

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
A- VISÃO DO ERRO (cont.)	A2-Identificação dos Tipos de Erro	<p style="text-align: center;">Sub-total</p> A31-Sub-dotação das equipas de enfermagem face às condições do exercício	<p>(...) vindas à urgência foram 250 meninos em 13 horas! (...) São 5 médicos! (...) Para 2 enfermeiros. (...) (distribuídos) 1 na sala de triagem e 1 no balcão! –EA</p> <p>(...) se não forem enfermeiros a prestar cuidados de enfermagem, obviamente há erro! Depois, há o rácio (...) –EA</p> <p>(...) os doentes não urgentes que recorrem ao serviço de urgência e que vão acabar por ocupar meios técnicos e humanos que vai influenciar depois no tratamento dos doentes que realmente precisam, dos doentes urgentes e emergentes. (...) –EE</p> <p>(...) os serviços de urgência estão cada vez mais sobrecarregadas, há épocas do ano que se tivéssemos vinte enfermeiros, vinte enfermeiros não chegava. -EF</p> <p>Cuidados, tratamentos, por exemplo, tens um enfermeiro com quatro médicos de medicina dentro de um balcão, mais um médico de neurologia, mais um médico de neurocirurgia, mais um médico de cirurgia. Cada um está a ver um doente diferente e todos eles precisam de pedir qualquer coisa ao enfermeiro... Que é só um! -ED</p> <p>(...) eu continuo a dizer que nós temos muita falta de muita gente. (...) (devido ao) volume de idas à urgência –ED</p> <p>“Se fizeste isso e provocou isto e aquilo, acho que tens que dar conhecimento dessa situação a mais alguém sem ser a mim! Já disseste isso às pessoas directamente implicadas?” -EC</p>	<p style="text-align: center;">38</p>
		A32-Situações geradoras de stresse	<p>Primeiro, tudo o que está relacionado com factores que gerem stress, ou com situações com as quais nós não estamos habituados a lidar diariamente! Na pediatria... pediátricos, grávidas, são essencialmente aqueles que nos causam mais stress, ou então um trauma num jovem! –EE</p> <p>Numa situação de urgência tu andas à procura das coisas e pode levar mais à ocorrência de erro. (...) no sentido em que as pessoas estão mais nervosas, não dão atenção, é mais fácil passar-nos (despercebido) qualquer coisa! (...) Em relação à terapêutica. (...) –EH</p> <p>(...) o stress, muitas das vezes as situações de urgência (...) –EH</p>	<p style="text-align: center;">7</p>

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
A- VISÃO DO ERRO (cont.)	A2-Identificação dos Tipos de Erro	A32-Situações geradoras de stresse	<p>(...) o stress das situações de urgência, é claro que tudo isso influencia, mas vou mais ao stress, ao próprio stress das situações mais urgentes, de uma reanimação... -EH</p> <p>(...) (R) <i>em relação à reanimação</i> (...) Às vezes o facto das pessoas não dominarem assim muito bem, porque são coisas que acontecem esporadicamente, (têm) falta de segurança. <i>Não dominarem o quê?</i> Determinados conhecimentos (...) –EH</p> <p>(...) o stresse que acontece habitualmente nestas situações de urgência podem levar ao erro (...) –EB</p> <p>(...) por caixas iguais, rótulos semelhantes e que, no hábito de ir buscar uma terapêutica às vezes numa emergência, uma pessoa agarrar no que não deve! –EC</p> <p>(...) em vez de administrar um “furosemido” agarrou numa ampola de “diazepan” e administrou! Na altura, era numa emergência (...) –EC</p> <p>(...) o stress vem logo à cabeça e quando digo stress não é só o cansaço (...) –EC</p> <p>(...) há situações (como) uma paragem em que é preciso actuar, numa emergência, é o deitar a mão porque estamos habituados que aquelas ampolas estão ali, e às vezes uma ampola igual na divisória ao lado pode levar a um erro. -EC</p> <p>(...) também a situação em si do doente, por exemplo na sala de directos nem toda a gente reage tão bem aquele doente grave, vamos falar no trauma grave (...) Que cria muita ansiedade nas pessoas (...) –EC</p> <p>No nosso serviço, pelo menos em situação de urgência (...) –ED</p> <p>(...) dar medicação intramuscular e que por vezes demora 45 minutos a fazer efeito, e até esse doente estar calmo, que por vezes não chega a estar completamente calmo, nós temos um serviço completamente descompensado! E isso a mim causa-me, por outro lado, algum transtorno emocional que me pode mais facilmente levar a cometer erros, outros erros! –EF</p> <p>(...) o cansaço e o stress são factores para nós errarmos... são factores quase essenciais para que haja erros. –EF</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
A- VISÃO DO ERRO (cont.)	A2-Identificação dos Tipos de Erro	A32-Situações geradoras de stresse	<p>(...) o stress emocional... –EF</p> <p>(...) há sempre uma grande variedade quer de doentes quer de cuidados que nós temos que executar, que nos leva a ter que trabalhar sempre sobre algum stress e com alguma rapidez. –EF</p> <p>(...) é tudo com muito stress (...) –EF</p> <p>(...) não directamente nos leva ao erro mas indirectamente, (...) através do stress da parte emocional, que nós muitas vezes acabamos por sofrer (...) –EF</p> <p>(...) nós durante a hora das visitas sofremos uma grande carga de stress (...) -EF</p>	19
	A3-Factores que Influenciam o Erro	A33-Sobrecarga de trabalho	<p>(...) num turno de 12 horas (...) queremos que as pessoas (...) estejam (...) carregadas de uma tensão, trabalho (...) –EA</p> <p>(...) é humanamente impensável, (C) quando abrimos esta urgência (...) Tivemos (...) (R) vindas à urgência foram 250 meninos em 13 horas! (...) para dois enfermeiros em balcão (...) –EA</p> <p>Um problema de todos os serviços de urgência é a sobrelotação de doentes e sobretudo a sobrelotação de doentes não urgentes / não emergentes. -EE</p> <p>(...) até era uma pessoa com bastante experiência, já trabalhava há imenso tempo, mas foi um turno extremamente agitado, aquela Sala de Trabalho como aquilo era sempre não parava de trabalho e às vezes as pessoas, mais cansadas... –EH</p> <p>(...) todos nós e cada vez mais a maior parte dos enfermeiros faz duplo e outros mais que duplo, e quer se queira quer não, às vezes não estamos tão alerta a trabalhar (...) –EC</p> <p>(...) os serviços de urgência estão cada vez mais sobrecarregados com doentes (...) –EC</p> <p>Cada vez mais as urgências estão cheias de doentes, e o querer fazer tudo e a todos, nomeadamente na área do atendimento nos balcões que os médicos vêm com – “Faça isto, faça isto, faça aquilo!” –EC</p> <p>(...) Muitas horas de trabalho, turnos seguidos, a maior parte dos enfermeiros faz</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
A- VISÃO DO ERRO (cont.)	A3-Factores que Influenciam o Erro	A33-Sobrecarga de trabalho	<p>duplo emprego e aqueles que não fazem triplo! E quer se queira, quer não, as pessoas de certa forma já estão cansadas. -EC</p> <p>Porque muitas vezes as pessoas estão tão ocupadas a fazer as suas coisas, que o tempo vai passando e depois têm mais isto para fazer, e mais isto, mais isto, que por exemplo, falar com os pais, já não falam tão bem (...) -EG</p> <p>(...) foi numa situação emergente em que eu nem sequer estava na reanimação mas era eu que estava a passar, (...) não havia enfermeiro disponível naquela altura, fui eu que fui. -ED</p> <p>(...) nós até poderemos ter muitos utentes e um número elevado, eu acho é que se prende com os pedidos e todas as coisas que estão inerentes a isso. -ED</p> <p>(...) é mais uma informação que tu tens que interiorizar e é mais uma coisa que te fica, juntamente com os outros pedidos que tu ainda não tiveste tempo de atender... -ED</p> <p>(...) aqui a tua gestão de tempo e a tua gestão de tarefas, nós sabemos que é um trabalho continuado, que o trabalho é sempre contínuo e que o colega que vem a seguir... mas muitas das vezes tens tanta coisa para fazer (...) -ED</p> <p>(...) em primeiro lugar temos os serviços de urgência que não funcionam só como serviço de urgência, são um escape para a nossa população. -ED</p> <p>Uma coisa que eu deixei já há muito tempo foi de fazer duplo hospitalar, só faço duplo no INEM, o que não deixa de ser obviamente, uma actividade cansativa (...) -EF</p> <p>O cansaço de uma forma geral, devido à grande maioria dos enfermeiros faz duplo, por norma horários de 35 mais 35 (...) penso que isso é o factor principal. (...) o cansaço leva-nos a que nós estejamos distraídos, a que não oiçamos as coisas bem, a que não pensemos tão rápido como devemos (...) -EF</p>	17

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
A- VISÃO DO ERRO (cont.)	A3-Factores que Influenciam o Erro	A33-Sobrecarga de trabalho	(...) a carga de trabalho num serviço de urgência que é (R) sempre muita, mas quase sempre a correr sobre rodas, no fundo. Seja em balcões, seja em internamento, há sempre uma grande variedade quer de doentes quer de cuidados que nós temos que executar, que nos leva a ter que trabalhar sempre sobre algum stress e com alguma rapidez. -EF	
		A34-Organização do serviço e dos cuidados	<p>(...) <i>os factores que mais contribuem para a ocorrência de erros nas práticas de enfermagem?</i> (...) (são) a organização, os circuitos, a informação (...) –EA</p> <p>(...)faz-me dar alguma ideia de confusão e de desorganização no ambiente de trabalho. (...) vejo nove pessoas à volta dele! (É) muita gente e com alguma desorganização na atribuição de tarefas, e pode levar a duplicação de tarefas, (...) (R) (ou) de alguma coisa não ser feita por ninguém! –EE</p> <p>Em todos os turnos, ou em quase todos os turnos, sazonalmente, menos no Verão, mais no Inverno, mais nas segundas feiras e menos nos dias de futebol, mas é uma situação quase diária, que passa por uma situação de uma falta de organização do Sistema Nacional de Saúde (...) –EE</p> <p>(...) estas coisas nos serviços de urgência nem sempre são feitas como devia ser, como seguir os algoritmos, como saber protocolos, às vezes por falta de formação, é uma coisa que nós muitas vezes vemos não só na área de enfermagem mas também na área médica, a actualização de protocolos e de algoritmos e acabamos por ter muita gente a puxar cada um para o lado diferente da corda. –EE</p> <p>Isto parece que está um bocadinho desarrumado, desordenado. (...) para já não sei se isto está por ordem alfabética, ou (como)... não sei. Se assim for é mais fácil mas não dá para perceber, se é por antibióticos (...) (R) assim à primeira vista parece estar uma coisa desarrumada e isso leva mais à ocorrência de erro! – EH</p> <p>Às vezes o facto de não se saber os sítios das coisas, da arrumação (...) –EH</p> <p>(...) nós facilmente, numa sala de aerossóis, ou numa sala de trabalho onde trabalhamos mais, conseguimos adaptar-nos com mais facilidade às salas, conseguimos perceber onde é que estavam as coisas. Na sala de reanimação isso já não acontece, porque como é uma sala que nós usamos pouco! -EH</p> <p>(...) nós todos andávamos ali que parecíamos umas “baratas tontas”, no início, em todas as salas, é normal, um serviço novo! Só quem organizou as salas é que sabia</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
A- VISÃO DO ERRO (cont.)	A3-Factores que Influenciam o Erro	A34-Organização do serviço e dos cuidados	<p>onde é que estavam as coisas, mas pronto, como não usamos todos os dias a sala de reanimação, é mais propícia a esse tipo de coisas. (...) –EH</p> <p>(...) isto não está uma boa arrumação de uma medicação! (...) íamo-nos enganar com certeza muita vez a tirar uns e outros, porque isto está tudo misturado aqui umas coisas com as outras! –EB</p> <p>(...)há vários factores! Por exemplo a organização! Agora quando peguei na fotografia lembrei-me, a organização dos medicamentos e das coisas, é uma coisa que é importante! – EB</p> <p>É a organização do próprio serviço, os espaços! –EB</p> <p>(...) à partida não está rotulado, eu como enfermeira também não sei qual o tipo de arrumação, como é que estão arrumadas, mas que é susceptível de, ao ir buscar um medicamento, poder ocorrer, poder induzir um erro numa administração terapêutica... –EC</p> <p>(...) estavam na sala de trabalho arrumadas, mas na altura as benzodiazepinas ainda não estavam separadas, estava tudo no mesmo carro e as ampolas eram iguais! –EC</p> <p>E nós temos sempre muito cuidado, quando detectamos isto vamos logo imediatamente à gaveta, ver se há lá mais medicação desta, às vezes acontece apanharmos lá mais medicação desta. –EC</p> <p>(...) é por uma questão de segurança, de haver organização nomeadamente nós aqui como é um serviço de urgência, estamos mais sensíveis a isso no sentido que tem que ser o primeiro passo(...) –EG</p> <p>Fui ao balcão buscar a medicação porque esse tipo de medicação nós não temos na reanimação, (...) (R) e quando voltei à reanimação peguei, confirmei o nome, não confirmei se era a fórmula EV, se era a IM! -ED</p> <p>Nós temos vários médicos de várias especialidades, a pedir à mesma pessoa várias coisas ao mesmo tempo para fazer a vários doentes! È tudo muito vário! –ED</p> <p>(...) vais fazer uma picadela à pessoa que estava encostada à parede, numa maca efectivamente, porque acontece e tem a ver com as condições físicas do nosso</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
A- VISÃO DO ERRO (cont.)	A3-Factores que Influenciam o Erro	A34-Organização do serviço e dos cuidados	serviço. –ED (...) muitas vezes aqui a tua gestão de tempo e a tua gestão de tarefas, nós sabemos que é um trabalho continuado, que o trabalho é sempre contínuo e que o colega que vem a seguir... (...) -ED	19
		A35-Factores do indivíduo	A distração (...) –EH (...) cria muita ansiedade nas pessoas e há aqueles que dizem que bloqueiam e não gostam de lá estar e naquele momento dão tudo para sair dali, estão ali porque enfim têm que lá estar! Isso também pode induzir a uma falta de atenção ou um erro. -EC (...) e também a nossa vida pessoal. Por mais que uma pessoa queira dizer que fica fora da porta do hospital nós somos humanos e há dias que nós não conseguimos! – EC (...) pelas suas características pessoais, por ser uma pessoa que não interagia tanto como as outras, não comunicava tanto como as outras, não explorava tanto, não arriscava tanto no sentido de, não é arriscar é procurar para saber mais, para se informar e por isso, mas também era consciente das suas pequenas...limitações! – EG (...) factores de ordem pessoal, da própria pessoa, nós não desligamos o botão quando entramos aqui, apesar de todos sabermos que ninguém tem culpa das nossas vivências nem das nossas situações (...) –EG Se há alturas em que se leva tão bem, há outras alturas em que estamos mais fragilizados e a pessoa (...) (R) está mais sensível, não está num “dia tão bom”, e podem as coisas correr de outra forma. Se houver um dia em que eu não venho assim bem disposta, eu costumo vir bem disposta, contente por vir trabalhar mas há dias em que nós não acordamos tão bem (...) –EG Quando chegou o sangue eu achei que era para aquele senhor (...) (R) Eu não sei explicar porque é que pensei que era aquele senhor, porque não tem relação nenhuma! –EF (...) também depende sempre de nós, com o espírito que nós viemos (...) -EF Levam-nos a muita confusão e isso indirectamente ao stress e directamente muitas	9

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
<p>A- VISÃO DO ERRO (cont.)</p>	<p>A3-Factores que Influenciam o Erro</p>	<p>A35-Factores do indivíduo</p> <p>A36-(In) experiência profissional</p>	<p>vezes a que nós fiquemos aborrecidos, porque é a nós que as pessoas nos chateiam (...) -EF</p> <p>(...) ela conseguiu-se aperceber porque não era uma pessoa nova, era uma pessoa com alguma experiência (...) -EC</p> <p>E não era uma pessoa nova que veio da escola e que está mais susceptível de lhe acontecer isso (...) -EC</p> <p>São mais jovens, alguns são recém formados, alguns são jovens que acabam agora de sair com vinte e poucos anos, mas não é por serem jovens é o treinar (...) -EC</p> <p>(...) aqui há uns anos as pessoas diziam – “Recém-formados não vão para as urgências”. Eu vim do meu cursinho para aqui e acho que não foi por isso, acho que essencialmente quem vem de novo é não ter medo de perguntar, para não mostrar que não sabe! -EC</p> <p>(...) até mesmo nas prescrições médicas porque temos muitos médicos novos, muitos internos e que são que prescrevem terapêutica e depois vêem-se coisas que não se devem ver! -EC</p> <p>E, ou se tem um enfermeiro que está habituado à urgência e sabe que aquilo não se faz assim... -EC</p> <p>(...) eu tenho conhecimento que existem as duas apresentações, um elemento mais novo não sabe que existem as duas apresentações (...) -EA</p> <p>(...) quando trabalhava há um mês, há um mês de curso, (...) (R) quando comecei a ficar sozinho com doentes, um dos primeiros turnos, em que fui administrar dois antibióticos a dois doentes com a mesma patologia no mesmo quarto, troquei os antibióticos (...) -EE</p> <p>(...) outro factor que induz facilmente o erro num serviço de urgência, é a existência de equipas muito novas, de muita gente muito nova numa equipa num determinado período de tempo! (...) Idade também mas sobretudo experiência! O facto de haver muita gente recém-formada numa equipa, até dois anos as pessoas podem ser consideradas novas no serviço de urgência! -EE</p> <p>(...) houve uma situação crítica neste serviço em particular, quando saiu muita gente</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
A- VISÃO DO ERRO (cont.)	A3-Factores que Influenciam o Erro	A36-(In) experiência profissional	<p>em catadupa e entrou muita gente em catadupa, notou-se claramente uma quebra na qualidade e na frequência de erros, que agora já não acontece porque esses que eram novos agora já criaram alguma experiência –EE</p> <p>(...) às vezes a pouca experiência também pode ser um factor, a pessoa está menos desperta para determinadas coisas. (...) A pessoa não ter experiência, na administração de uma droga qualquer e não perguntar. –EH</p> <p>Com a experiência profissional... tudo conta! Uma pessoa que trabalha já há muito tempo mas é nova no serviço, isso também pode acontecer, mas não tanto como a pessoa que sai da escola e vai trabalhar para um serviço. –EH</p> <p>... se eu não tivesse dado por isto, se eu não estivesse habitualmente habituada a dar a “clemastina”, iria andar à procura (...) -EB</p> <p>(...) o aumentar ou diminuir o erro, também (tem a ver) com a prática, também é uma coisa que nos vai gradualmente ajudando a diminuir um bocado o erro! É outro factor! (...) a gente depois começa a estar alerta para outras coisas. –EB</p> <p>Eu vim para aqui, nunca tinha trabalhado em serviço de urgência, tive que fazer alguma pesquisa nesse sentido, e se as pessoas forem apoiadas, dar o tal ambiente de segurança, isso é meio caminho andado para não existirem tantos erros. -EG</p> <p>(...) eu neste momento estou-me a lembrar e estou a associar mais os erros geralmente às pessoas mais novas no serviço! -EG</p> <p>(...) se a pessoa estiver pressionada pelo tempo mas se já tiver, com a prática a pessoa vai logo ter as coisas esquematizadas, eu falo por mim, em termos de actuação (...) –EG</p> <p>(...) eu não sou uma pessoa que esteja há pouco tempo na urgência, aconteceu há pouco tempo comigo uma coisa e eu dei pelo erro! –ED</p> <p>(...) tem a ver com a sabedoria das pessoas e com o conhecimento teórico das pessoas e com o conhecimento prático das pessoas. Quem não sabe ou quem não faz e não tem a humildade de ir perguntar, rapidamente entra o erro, chega ao erro. –EF</p> <p>(...) (depende de) o à vontade com que nós estamos (...) –EF</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
A- VISÃO DO ERRO (cont.)	A3-Factores que Influenciam o Erro	A36-(In) experiência profissional	<p>Por acaso é uma enfermeira que está cá há dois anos e veio perguntar a outro. –EC</p> <p>(...) com os anos (...) para além de nos precavermos um bocadinho mesmo a nós mesmos, porque acabamos por ter um certo cuidado com as coisas que fazemos, já há coisas que são muito mais despertável (...) –EB</p> <p>(...) era uma insegurança da pessoa por não ter experiência naquela área (...) -EG</p>	23
		A37-Desconhecimento do Código Deontológico, objectivos do Hospital e do serviço	<p>É nós, muitas vezes, não conhecermos a nossa responsabilidade enquanto enfermeiros! Não sabermos quais é que são os nossos deveres profissionais, os nossos princípios orientadores. Quer eles sejam os emanados pela Ordem, quer eles sejam emanados, (C) pelo hospital, pelo serviço. –EA</p> <p>(...) seria muito importante conhecer o nosso código deontológico! -EF</p>	2
		A38-Interrupções das práticas e níveis de atenção	(...) eu aspiro a ampola e depois toca o telefone e a seguir vem não sei quem e “anda cá, na, na...” e depois quando vou, administro a ampola inteira! -EA	1
		A39-Ambivalência da experiência na relação com o erro	<p>(...) ela não deu, ela nem se apercebeu e até era uma pessoa com bastante experiência, que já estava no serviço há bastante tempo. –EH</p> <p>(...) <i>a prática tem (R)</i> Duas vertentes! (...) por um lado nos ajuda bastante a ficarmos muito mais alerta! Por outro lado, também nos descuida um bocado por pensarmos que, “já estou muito habituada e não sei quê, posso...” e a tendência e a rotina... pode conduzir ao erro! -EB</p> <p>E aí, é a nossa atenção e o confiar que as coisas estão assim e isso pode induzir às vezes a situações de erros! –EC</p> <p>(...) infelizmente acho que nós depois nos habituamos aquela rotina e depois perdemos um bocadinho o nosso brio, o nosso profissionalismo, porque habituamo-nos à rotina (...) -EF</p>	4
		Sub-total		101
		A41-Erro inerente à natureza humana	<p>(...) as conversas que nós temos, que são normais, humanas, mas que não sei se não são erros do ponto de vista profissional para o doente (...) –EA</p> <p>Erros todos nós cometemos (...) –EE</p> <p>Depois há alguns erros que nem sequer se conseguem prever! -EB</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
A- VISÃO DO ERRO (cont.)	A3-Factores que Influenciam o Erro	A41-Erro inerente à natureza humana	<p>(...) são situações que acontecem –EC</p> <p>(...) todos somos humanos e há dias em que estamos mais cansados e, já a todas aconteceu lermos algo e depois voltamos a ler e, afinal não era aquilo que eu li inicialmente (...) –EG</p> <p>(...) errar é humano! (...) devia de haver o mínimo de erro possível, mas acontece! –ED</p> <p>(...) nós somos humanos! –ED</p> <p>(...) as pessoas às vezes por alguma razão não andam bem e as coisas sucedem. –ED</p> <p>(...)o que eu penso do erro é, errar é humano (...) –EF</p> <p>(...) acho que percebeu o erro e aceitou como um erro que infelizmente acontece (...) –EF</p> <p>(...) é o que eu costumo dizer, errar todos nós erramos (...) -EF</p> <p>Nós temos que ter sempre uma margem de erro. –EF</p> <p>A gente sabe é que ao longo da nossa vida há sempre erros (...) –EF</p> <p>Porque um erro de medicação acontece a qualquer um (...) –EF</p> <p>(...) nós lidamos com pessoas, quando eu erro eu sei que há alguém que vai... Agora tento sempre com isso dar a volta porque acho que realmente nós também não nos podemos penalizar (...) –EF</p> <p>Agora quando a pessoa erra é como a própria palavra diz, é um erro, não é de propósito, não está a tentar fazer mal a alguém. -EF</p>	17
		A42-Erro como factor de aprendizagem	<p>E curiosamente, a nível assim de uma troca de medicação importante, foi a primeira e foi a última! Talvez me tenha servido de emenda! –EE</p> <p>Eu tenho muita facilidade e gosto muito de falar sobre os erros, para tentar melhorar. –EE</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
A- VISÃO DO ERRO (cont.)	A3-Factores que Influenciam o Erro	A42-Erro como factor de aprendizagem	<p>De qualquer forma, um erro é sempre uma coisa que pode nos ajudar para não voltar a acontecer, para perceber! -EB</p> <p>A colega diz que lhe serviu de emenda (...) –EC</p> <p>Mas as pessoas quando passam às vezes por estas situações, ficam despertas e eles próprios treinam-se e habituam-se a ler as ampolas, para não cometer o mesmo erro! –EC</p> <p>(...) com os erros nós aprendemos –EC</p> <p>Falava com a pessoa à parte e tentava fazê-la ver – “Da minha experiência eu costumo fazer desta maneira, e além disso é assim, assim, assim, por isto, por isto, por isto, eu gosto sempre de dizer porque é que é assim! –EG</p> <p>(...) o principal é a pessoa ter consciência de que errou, e tirar dali partido em termos de aprendizagem (...) EG</p> <p>(...) para aquela pessoa ver o que é que há-de ter em conta para que aquilo nunca se repita mais e retirar dali, não é algo de positivo, mas que aprenda, que sirva para aprender! –EG</p> <p>(...) retirar dali uma aprendizagem para o futuro, para se analisar a situação, como decorreu para no futuro as coisas não voltarem a acontecer daquela maneira (...) – EG</p> <p>(...) era aluna de enfermagem quando ocorreu o meu primeiro erro terapêutico e eu jurei a mim mesma que a partir daí eu teria muita atenção! –ED</p> <p>(...) tu até lhe podes dar uma hipótese para ver se as pessoas mudam (...) -ED</p> <p>(...) muitas das vezes eu acho que as pessoas têm uma tendência, em termos de aprendizagem, em termos de crescimento, vêm-te questionar mais vezes! –ED</p> <p>É um trabalho de equipa, acaba por ser também um trabalho de equipa, eu aprendo contigo, tu aprendes comigo e eu aprendo com os teus erros, tal como tu aprendes com os meus! –ED</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
A- VISÃO DO ERRO (cont.)	A3-Factores que Influenciam o Erro	A42-Erro como factor de aprendizagem	Eu penso que a forma mais correcta de resolver as coisas é as pessoas falarem dos erros, só assim é que nós aprendemos. –EF (...) desde que seja para nos ajudar a crescer (...) -EF	16
	A4-Erros na Perspectiva do Indivíduo	A43-Não intencionalidade do erro	(...) isso eu tenho a certeza absoluta, que os enfermeiros perante um erro fazem-no inconscientemente. (...) quero dizer sem o conhecimento de que estão a cometer um erro! –EA (...) ninguém vai prejudicar ninguém porque quer (...) não é intencional (...) –ED (...) se tu soubesses que estavas a cometer um erro não o irias cometer! –ED (...) -“Fui uma tonta, não tomei atenção, não sei onde é que estava com a cabeça, aconteceu-me isto e isto” –ED O enfermeiro não queria fazer aquilo (...) –ED Eu não me apercebi que havia o erro (...) -EF	6
		A44-Erro premeditado é “crime”	(...) se alguém está a cometer um erro com o propósito de o cometer está a cometer um crime! -EA (...) quando tu fazes um erro deliberadamente e fazes esse erro mais que uma vez e voltas a fazer apesar de teres sido chamada a atenção e teres sido informada que cometeste um erro, prejudicaste um doente! (...) as pessoas nesse caso têm que ser penalizadas! Mas penalizadas a sério. –ED (...) temos que ter provas, então vamos provar que esta pessoa, por A mais B, está a cometer erro intencionalmente! Conseguiu-se provar que foi intencionalmente (...) –ED Não é chegar aqui e de propósito dar um medicamento que matei um doente! Isso não é erro, isso é um crime! –EF (...) outra coisa era eu chegar aqui e matar alguém de propósito! Isso obviamente que não é um erro, isso é um crime (...) -EF	5
	A45-Cultura de admissão do erro <i>versus</i> cultura de “esconder” o erro	(...) eu aí também não sei se nós não cometemos erros, esses grandes erros dos cuidados intensivos que percebo que as pessoas vão conseguindo e vão tentando colmatar (...) –EA		

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
A- VISÃO DO ERRO (cont.)	A4-Erros na Perspectiva do Indivíduo	A45-Cultura de admissão do erro <i>versus</i> cultura de “esconder” o erro	<p>Há consequências que podem perfeitamente ser recuperadas se as coisas forem faladas e se ele não o fez, acaba por cometer dois erros, o erro da administração e o erro da omissão do erro! –EE</p> <p>Erros todos nós cometemos, o importante é que as pessoas reconheçam os seus erros e consigam revelá-los. –EE</p> <p>Eu estou a ser um bocado negativo mas acho que é escondê-los. Eu tenho muita facilidade e gosto muito de falar sobre os erros (...) –EE</p> <p><i>Transmitir o que aconteceu?</i> Exactamente! Porque infelizmente, nós sabemos que essas coisas não acontecem, ainda passa muita coisa! -EH</p> <p><i>(...) mas se acontece algum erro?</i> Tu tens que falar! É isso que eu acho! <i>E com o doente?</i> Devemos falar! No fundo o doente é o principal interveniente. <i>Mas (...)</i> Nem sempre acontece! –EB</p> <p>Agora se não acontece mais nada, não vale a pena assumir a mais ninguém! Se é alguma coisa que não se consegue resolver, que não se consegue minimizar, que traz mesmo danos, então aí temos que tomar consciência e – “Olhe, aconteceu isto!” -EB</p> <p>As coisas têm que ser todas relatadas ao pormenor e tentar resolver a situação porque, não acredito que uma situação passe impune num serviço, ou pelo menos que as pessoas digam – “Não, não vamos fazer nada!” –EC</p> <p><i>(...) irias envolver outras pessoas?</i> Teria que ser, o esconder iria ser difícil, porque isso mais tarde ou mais cedo poderia trazer problemas não só para o enfermeiro ou mesmo até para o serviço. –EC</p> <p>Aquilo que é grave é as pessoas errarem, serem criticados por trás e a pessoa não sabe que errou e a seguir vai voltar a errar! –EF</p> <p>(...) o que é triste é as pessoas criticarem por trás e nós não irmos dizer – “Olha erraste isto, a forma correcta de fazer é esta ou pelos menos, é melhor que a tua.” – EF</p> <p>(...) quando erro também gosto que me digam que errei, porque senão estou</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
A- VISÃO DO ERRO (cont.)	A4-Erros na Perspectiva do Indivíduo	A45-Cultura de admissão do erro <i>versus</i> cultura de “esconder” o erro	<p>convencido que fiz tudo bem. –EF</p> <p>(...) o problema das pessoas reportarem sempre o seu erro, é nunca sabem onde é que o BIP vai parar, ou seja, eu agora vou-lhe dizer a si que cometi um erro e a seguir você vem contra mim porque eu cometi um erro. (...) é quase o prego dà a volta e o bico vem parar sempre ao mesmo lado. -EF</p> <p>(...) eu penso que o erro é sempre uma coisa que as pessoas vão ter sempre muito problema em falar (...) –EF</p> <p>As pessoas que não têm essa capacidade individual de comunicar e falar sobre os seus erros, não sendo de certa forma levados a isso pela existência de um programa desses, acabam de certa forma por não os reconhecer para si nem para os outros e por isso continuam a cometê-los. EE</p>	15
		Sub-total		59
		A51-Partilha do erro com os pares	<p>Fui chamar na altura o meu chefe de equipa -EE</p> <p>(...) chamei a atenção de quem repôs, para se ter em atenção ao que se repõe naquele local. (...) com quem falei, sei que foi com a auxiliar que estava, com os colegas que estavam (...) –EH</p> <p>(...) <i>ela comentou</i> (...) (R) Com quem estávamos, as pessoas que estavam no turno (...) -EH</p> <p>(...) (R) eu já era chefe de equipa e ela na altura chamou-me para ir junto dela, porque o doente não estava bem! – EC</p> <p>(...) (R) eu gosto sempre de falar com as pessoas a seguir! (...) de dizer– “Olha, eu na altura, porque não sei se te estavas a aperceber, provavelmente não, mas nesta situação costumamos tomar esta medida, esta e esta...” (...) -EG</p> <p>(...) a única coisa que tentámos apurar, eu e os meus colegas, (...) –ED</p> <p>(...) falas nisso com um colega, porque que tens necessidade de falar nisso com alguém (...) -ED</p> <p>(...) falei com o colega que estava responsável pelo doente (...) -EF(...)</p> <p>(...) falo isso com alguma mágoa mas falo disso com a maior abertura com toda a</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
A- VISÃO DO ERRO (cont.)	A4-Erros na Perspectiva do Indivíduo	A51-Partilha do erro com os pares	<p>gente (...) –EF</p> <p>Há enfermeiros nossos que são especialistas, teoricamente estão mais preparados, os enfermeiros chefes estão mais preparados para lidar com isto –EF</p> <p>(...) <u>peessoas mais preparadas que eu, que gostam de falar, que sabem escutar</u> (...) -EF</p>	11
		A52-Partilha do erro com a chefia	<p>(...) a maioria das vezes as pessoas que cometem um erro e assumem esse erro, mesmo que seja levado à chefia de serviço (...) –EA</p> <p>(...) ele tomou a iniciativa de me vir contar que aconteceu este erro (...) –EA</p> <p>Iria falar superiormente, teria que contar a alguém o que se passou, não era correcto! (...) Com a chefe! Para começar, com a chefe. –EH</p> <p>(...) junto da chefia do serviço tentar resolver a situação (...) -EC</p> <p>Mas então se é grave, (...) (R) tem que ter visibilidade (...) para mim tinha que se ter dito a alguém! Eu se fizesse um erro grave, ia dizer por exemplo à enfermeira A... <i>Que é a coordenadora.</i> –EG</p> <p>Falei com a minha chefia (...) –ED</p> <p>(...) se eu achar que efectivamente aquilo que ele fez, é um erro que não tem que ser cometido novamente independentemente de não ter havido dano, acho que a chefia tem que ter conhecimento. –ED</p> <p>(...) a pessoa é chamada (...) muitas vezes ainda estão presentes os coordenadores de serviço porque nós temos dois neste momento e com a chefia do serviço. –ED</p> <p>E comentei isso com a enfermeira (C) chefe do serviço, obviamente. –EF</p> <p>(...) os enfermeiros chefes estão mais preparados para lidar com isto –EF</p>	10
	A5-Partilha das Vivências de Erro	A53- (Não) partilha do erro com outros profissionais	<p>Aí, o que eu fazia, era monitorizar o menino, alertar a colega, (...) comunicar à equipa, neste caso ao médico... (fazer) a participação, dessa ocorrência...(…) –EA</p> <p>Talvez pudesse ou devesse ter havido notificação ao médico, mas uma vez que não houve intercorrências não sei se seria realmente relevante naquela situação! –EE</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
A- VISÃO DO ERRO (cont.)	A5-Partilha das Vivências de Erro	A53-(Não) partilha do erro com outros profissionais	<p>Chamou o médico chefe de equipa e disse o que é que se passava, e a conversa até foi à frente da mãe e ela disse-lhe o que se passava (...) –EH</p> <p>E eu disse assim - “Clemastina” oral não existe (...)” Falei com a médica! Fui-lhe dizer e ela disse – “Ah, pois, realmente não me apercebi disso!” –EB</p> <p>(...) (R) diz-se ao médico – “Dr. houve esta troca e vamos ter que vigiar mais...” Agora se não acontece mais nada, não vale a pena assumir a mais ninguém! –EB</p> <p>(...) nessa altura falámos com o médico –EC</p> <p>(...) houve situações em que já foi preciso falar com os médicos (...) –EC</p> <p>(...) normalmente o que nós fazemos quando vemos situações destas vamos ter com um médico mais velho, seja o chefe de equipa ou outro e dizemos – “Olhe, veja lá, se calhar não é assim que quer dar, se calhar é antes assim.” –EC</p> <p>Falei com a farmácia (...) –ED</p> <p>Eu aqui não pude confrontar o doente mas confrontei o médico (...) –ED</p> <p>(...) tivemos aqui uma sessão sobre ética, sobre também o erro e eu comentei esse erro. (...) -EF</p>	11
		Sub-total		32
		A61-(Des) valorização do erro/dano por parte do indivíduo	<p>E foi uma situação até muito engraçada porque (...) eu estava a extubar o menino com o médico, e eles disseram - “Então o que é que tu queres?” e eu respondi - (C) “Olha para mim pode ser um bife, (...) com batata frita” e assim que tirámos o tubo ao miúdo ele respondeu - “Eu também quero, que eu estou cheio de fome!” (...) nós até podemos encarar isto como uma situação agradável, engraçada, mas do ponto de vista profissional foi um erro da minha parte, foi um erro da nossa parte da equipa porque nos organizámos assim! –EA</p> <p>(...) não é uma situação grave (porque) a criança tanto lhe fazia fazer daqui a um quarto de hora a medicação ou mais meia hora... -EB</p> <p>Para mim continuam a ser estes erros que acontecem, que aparentemente são erros sem importância nenhuma porque a gente até detecta e até vê, mas são erros que</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
A- VISÃO DO ERRO (cont.)	A5-Partilha das Vivências de Erro	A61-(Des) valorização do erro/dano por parte do indivíduo	<p>podem ser erros graves! –EB</p> <p>(...) pior teria sido se ela não tivesse valorizado a situação e não me tivesse chamado e a doente tivesse feito uma paragem respiratória mesmo. (...) –EC</p> <p>(...) não acredito que uma situação passe impune num serviço, ou pelo menos que as pessoas digam – “Não, não vamos fazer nada”! –EC</p> <p>(...) e fica com a imobilização horrível e por causa disso tem que ir ao Bloco! (...) (R) Eu considero isso, um erro grave porque põe depois em causa a qualidade de vida daquela pessoa –EG</p> <p>Em termos das consequências, óbvio! (...) (R) o que está feito, está feito, eu não posso chegar lá e desfazer! –ED</p> <p>E acaba por ser um erro que não trás consequência nenhuma grave (...) –ED</p> <p>Vais a tempo, é um facto mas... (...) acabaste de cometer um erro por nada! –ED</p> <p>(...) perante um erro nosso, o que daí pode advir, eu acho que é péssimo, péssimo! Para a pessoa em causa e para nós como profissionais e como pessoas! Conscientemente é muito duro, é muito duro. –ED</p> <p>(...) vamos só conte-lo a uma maca, mas esquecemo-nos da rbdomiólise que aquilo pode provocar, esquecemo-nos do que aquele doente pode perturbar em termos de serviço (...) –ED</p> <p>Seguramente que já cometi outros, mas penso que esse foi o erro mais grave que cometi até hoje e que acho que me vai ficar na memória para sempre. –EF</p> <p>Felizmente não aconteceu nada ao senhor, infelizmente perdeu-se uma unidade de sangue, foi a parte infeliz desta questão também e o erro em si, obviamente que é sempre uma coisa grave. –EF</p> <p>(...) é grave, é chato, ninguém gosta, agora esta é a nossa profissão, lidar com pessoas! Sempre que nós cometemos um erro há sempre alguém a sofrer! –EF</p> <p>(...) deve ser valorizado o erro (...) –EB</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
A- VISÃO DO ERRO (cont.)		A61-(Des) valorização do erro/dano por parte do indivíduo	<p>Se é um dano que é um dano irreparável seja de que maneira for, deve-se assumir esse erro (...) –EB</p> <p>Se é alguma coisa que (...) traz mesmo danos, então aí temos que tomar consciência e – “Olhe, aconteceu isto!” e temos que acarretar com as consequências que isso possa ter! –EB</p> <p>Obviamente que é grave, lidaste com uma pessoa, ou prejudicaste uma pessoa!”. – EF</p> <p>Não decorreu nada (...) por acaso não aconteceu nada, podia ter acontecido! –ED</p> <p>Falei com a farmácia, falei com a minha chefia porque fiquei aflita! Eu não sabia o que é que podia advir daí. -ED</p>	20
		A62-(Des) valorização do erro/dano por parte de terceiros	<p>(...) a coisa resolveu-se, ela deu pouquinho felizmente –EH</p> <p>(...) ele até desvalorizou um bocadinho isso – “Ah isso não tem problemas, mas vamos ficar com a menina internada não vá haver alguma coisa”. –EH</p> <p>Porque ela dizia – “Ó enfermeira não há problema!” –ED</p> <p>Mas, os meus colegas (diziam) – “Ah, não te preocupes, vais ver que isso não acontece nada, ainda por cima foi só uma dosagem!” –ED</p>	4
A6-Consequências do Erro		A63-Não detecção de erro na origem de outro	<p>Vai ser a enfermagem que acaba por cometer um erro desses... Se não o detectar! – EB</p> <p>E o adiar, de andar à procura, de ver, de preparar, também acabava por ser um erro que pode levar a uma situação que depois é grave (...) podia levar a outro erro! –EB</p> <p>(...) em vez de administrar um “furosemido” agarrou numa ampola de “diazepan” e administrou! (...) Se isto não tem acontecido, nada disto teria acontecido, não teria havido esta situação (...) - EC</p>	3
		Sub-total		27
	A7-Distribuição de Recursos Humanos	A71-Rácio enfermeiro/doente <i>versus</i> probabilidade de erro	<p>(...) é um doente que tem várias drogas em curso, que está ventilado, (...) ou (tem) apoio respiratório...tem a ver (...) (com) o rácio entre enfermeiro – doente, é 1:1 (...) –EA</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
A- VISÃO DO ERRO (cont.)	A7-Distribuição de Recursos Humanos	A71-Rácio enfermeiro/doente <i>versus</i> probabilidade de erro	(...) a relação aqui enfermeiro - doente é importante, (...) havendo uma relação menor (...) (no) rácio entre enfermeiros - doentes, (...) (é) um dos indicadores que pode aumentar a probabilidade de ocorrência de erro. (...)–EA Eu considero muito o rácio enfermeiro – utente importante para uma maior segurança (...) -EG	3
		A72-Rácio enfermeiro/doente <i>versus</i> (des) adequação às situações de cuidados	(...) a relação aqui enfermeiro - doente é importante (...)como são doentes obviamente críticos, que exigem a permanência de um enfermeiro (...)–EA (havia) alguém que passava com uma lista e como nós não podíamos sair da unidade, pelo intensivismo das situações, em virtude dos doentes, (como) o rácio era baixo, alguém passava e perguntava - “Oh (nome) o que é que comes hoje, queres <i>hamburger</i> ou queres batata frita?” -EA Tivemos (...) (R) vindas à urgência foram 250 meninos em 13 horas! (...) para 2 enfermeiros em balcão, para 3 médicos, (dos quais) um chefe de equipa mais 2 seniores e depois os internos das especialidades e aqueles “P” todos (...)São 5 médicos! –EA (...) nós aqui temos o SO, que tanto temos uma criança com uma dificuldade respiratória gravíssima que tem que estar sempre um enfermeiro aqui com ela, como temos uma criança só porque (...) vomitou uma vez e está a fazer um soro mas o miúdo até nem está desidratado, está bem disposto (...) são situações diferentes / cuidados diferentes, -EG	5
		Sub-total		8
		Total		293

APÊNDICE VII
Quadro categoria B – *O Erro e o Cuidar*
Unidades de Contexto

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
B-O ERRO E O CUIDAR	B1-Responsabilidade Profissional	B11-Assumir a responsabilidade pela tomada de decisão e actos realizados	<p>(...) ela enquanto enfermeira tem deveres a cumprir (...) tendo deveres, se não os respeitamos estamos a incorrer num erro! –EA</p> <p>Mas concentrando as coisas no erro, (...) há cuidados que a nossa colega podia ter assumido, enquanto enfermeira! –EA</p> <p>“Houve da tua parte responsabilidade”... –EA</p> <p>Se é um dano que é um dano irreparável seja de que maneira for, deve-se assumir esse erro (...) –EB</p> <p>(...) temos que tomar consciência (...) e temos que acarretar com as consequências que isso possa ter! –EB</p> <p>Eu pelo menos pela minha parte ter-lhe-ia dito – “Olhe, ocorreu um erro!” (...) –ED</p> <p>(...) o que está feito, está feito, eu não posso chegar lá e desfazer! –ED</p> <p>(...) eu sou culpada efectivamente mas não sinto “peso na consciência” (...) –ED</p> <p>(...) o nosso trabalho é um trabalho de extrema responsabilidade e eles (doentes) têm que poder contar connosco (...) –ED</p> <p>Não sou eu que lhe vou dizer, porque não era eu que estava a fazer e não era eu que estava em contacto directo com esse utente. –ED</p> <p>Foste avisada uma vez, voltaste a fazer com intenção de prejudicar, acho que as coisas têm que ser, tem que se ter rédea muito curta, rédea muito curta! –ED</p> <p>(...) tens os outros todos que não são urgentes mas que estão no teu serviço, de quem tu és responsável também (...) –ED</p> <p>Nós quando erramos, quando fazemos o que fizermos, é sempre para uma pessoa!</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de	Exemplos	U.E.
B-O ERRO E O CUIDAR (cont.)	B1-Responsabilidade Profissional	B11-Assumir a responsabilidade pela tomada de decisão e actos	<p>Há sempre a vida da pessoa que corre algo que não era suposto correr! –EE</p> <p>Nem houve erro nenhum do nosso colega, foi totalmente meu! –EF</p> <p>E devia ter escrito uma nota à parte, numa zona à parte e que realçasse o erro, porque se realmente houvesse alguma coisa legalmente, ninguém diria que tinha sido eu. Legalmente tinha sido o nosso colega. –EF</p> <p>Seguramente que já cometi outros, mas penso que esse foi o erro mais grave que cometi até hoje e que acho que me vai ficar na memória para sempre. –EF</p> <p>(...) é fundamental a pessoa responsabilizar-se pelo erro e ter consciência disso (...) –EF</p> <p>(...) não a desresponsabilizar no sentido de – “Deixa lá, isso não tem importância nenhuma!”. –EF</p> <p>(...) acima de tudo responsabilizar aquela pessoa que ela tem que estar consciente que errou (...) –EF</p> <p>(...) pela forma como a abordamos pode correr melhor ou pior, neste caso (...) na abordagem porque a relação terapêutica é nossa (...) –EF</p> <p>(...) se houvesse consequências graves para o doente, já à partida essa pessoa teve que assumir e dizer a mais alguém que errou (...) –EF</p> <p>(...) estou a associar à partida um erro grave, a visibilidade tinha que ser oficial, nunca podia passar despercebido no serviço e alguém me vir contar! –EF</p> <p>Aí a mãe apercebeu-se e perguntou o que é que se passava, e ela disse que se tinha enganado, que tinha ocorrido um erro (...) –EH</p> <p>“Olhe desculpe! A enfermeira aqui sou eu, e vamos fazer como eu disser, à minha conta!” -EA</p>	24
		B12-Valorização da responsabilidade na tomada de decisão	<p>(...) ser enfermeiro tem um bocadinho a ver também com isto, nós sabermos até onde é que vai a nossa responsabilidade e o que é que eu tenho que fazer para dar resposta a essa responsabilidade. –EA</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de	Exemplos	U.E.
B-O ERRO E O CUIDAR (cont.)	B1-Responsabilidade Profissional	B12-Valorização da responsabilidade na tomada de decisão	<p>E ser enfermeiro é isso, é ser capaz de responder por aquilo que eu faço! - EA</p> <p>São as nossas decisões e como é que nós (as) tomamos, baseadas em quê? –EA</p> <p>(...) quando nós dizemos que os “nossos pais” são parceiros, que as “nossas crianças” são o alvo dos nossos cuidados, (...) nós estamos numa circunferência e não há verticalidade nas decisões e eles são pares nas nossas decisões, também o deveriam ser nesta gestão! - EA</p> <p>(...) deve ser valorizado o erro e deve ser dito à própria pessoa que faz o erro, a partir daí se faz qualquer coisa é porque fez assim (...) –EB</p> <p>(...) temos que ter de certa forma, se é que se pode dizer, cabeça fria e pensar o que é que vamos fazer (...) –EC</p> <p>Tomava uma decisão, o que fazer em relação a isto. (...) (R) aí as duas teríamos que falar com a pessoa em questão. –EC</p> <p>E eu para poder prestar cuidados de qualidade tenho que ter sentido de responsabilidade, perante seja que utente for, eu tenho que ter muita atenção naquilo que estou a fazer que é para não acontecer nada, porque estamos a falar de trabalhar com vidas humanas! –ED</p> <p>(...) a pessoa depois é que tem que assumir o seu papel (...) –EF</p> <p>(...) foi bom reconheceres o erro para não voltares a errar (...) -EF</p>	10
		B13-Valorização do papel da chefia na responsabilidade por todo o serviço	<p>(...) o chefe é a figura de charneira do serviço,(...) é o piloto da equipa, é o capitão da equipa. -EA</p> <p>Ele (chefe) pode delegar no seu coordenador (...) mas a responsabilidade última é dele. –EA</p> <p>(...) quem de direito é a nossa chefe de serviço, que acima de tudo é responsável por nós! –ED</p> <p>(...) revela da parte de quem gere os serviços, uma preocupação com a qualidade, com a diminuição do erro, com o utente e revela interesse também pelas pessoas, é como ter um grande orgulho no serviço que se tem! –EG</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de	Exemplos	U.E.
B-O ERRO E O CUIDAR (cont.)	B1-Responsabilidade Profissional	B13-Valorização do papel da chefia na responsabilidade por todo o serviço	(...) da chefia do serviço, que represente a enfermagem. (...) têm a Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, então à partida, as pessoas que têm a Especialidade (...) (R) tendem a “vestir a camisola” dos meninos e dos pais pela qualidade da prestação de cuidados. -EF	5
		B14-Declinação da responsabilidade no médico sem resolução do problema	(...) é uma adolescente mas é uma criança, dirige-se nestes termos para a enfermeira (...) –“Eu não sei se estou grávida e venho fazer o teste de gravidez”. E a colega accionou um processo, uma via de comunicação que foi – “Eu vou chamar o médico, vais-lhe dizer o que é que se passa, vais falar com ele” (...) a facilidade com que aquela colega se descartou da sua responsabilidade (...) -EA	1
		B15-Declinação da responsabilidade dos cuidados em outros profissionais	(...) há aí outras intercorrências que permitem outros erros, que é a passagem da responsabilidade para outros profissionais de saúde, eu já vi médicos a fazer de enfermeiro! -EA Nós muitas vezes dizemos - “Ah, eu faço muitas vezes de médico!” Eu já vi médicos a fazer de enfermeiro, auxiliares a fazer de enfermeiro (...) outros a fazer o papel de enfermeiros! (...) se não forem enfermeiros a prestar cuidados de enfermagem, obviamente há erro! -EA	2
		Sub-total		42
	B2-Agir Ético e Deontológico	B21-Dever do Enfermeiro em dizer “a verdade”	(...) Chegar junto daquele pai ou daquela mãe e daquela criança dizer - “Olhe desculpe, aconteceu, um erro, nós em vez de ter administrado isto e aquilo e o outro, por vários factores” –EA O pai podia não concordar comigo, mas era meu dever, participar ao pai que, nós tínhamos sentido que tínhamos falhado e que estamos a fazer tudo para não falhar outra vez! -EA Se é um dano que pode deixar consequências a uma criança tem que se assumir esse erro perante os pais, isso sem dúvida nenhuma! Tem que se dizer – “Olhe, fui eu que fiz isto e que não devia ter feito e que aconteceu!”. –EB (...) nem sei se todos os doentes às vezes se apercebem que isto acontece ou não. Pelo menos em termos de emergência não me apercebo que o tipo de doentes que nós temos, se apercebam disso, mas cada vez mais as pessoas estão mais informadas e os familiares. –EC (...) nunca foi confrontado porque não estava em situação clínica para tal! Se estivesse seria confrontado! Eu pelo menos pela minha parte ter-lhe-ia dito – “Olhe,	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de	Exemplos	U.E.
B-O ERRO E O CUIDAR (cont.)	B2-Agir Ético e Deontológico	B21-Dever do Enfermeiro em dizer “a verdade”	<p>ocorreu um erro!” (...) –ED</p> <p>(...) a pessoa tem o direito de saber, mesmo que seja um erro (...) –ED</p> <p>(...) a pessoa em causa a quem ele vai prestar os cuidados tem o direito de saber (...) –ED</p> <p>Não sou eu que lhe vou dizer, porque não era eu que estava a fazer e não era eu que estava em contacto directo com esse utente. –ED</p> <p>Há consequências que podem perfeitamente ser recuperadas se as coisas forem faladas e se ele não o fez, acaba por cometer dois erros, o erro da administração e o erro da omissão do erro! –EE</p> <p>(Dizer) nomeadamente a quem de direito –“Olha aquele fulano fez isto e isto para a doente” (...) muitas das vezes tinha vontade de falar e de dizer que as coisas não podiam ser feitas assim, mas depois a pessoa acaba por não dizer (...) Directamente à pessoa (...) -EH</p> <p>Se a pessoa mesmo assim achava que não devia falar, eu acho que é mesmo um dever fazer isso! –EH</p> <p>(...) ainda passa muita coisa! E até que ponto nós não devemos? Porque nós somos sujeitos a Segredo Profissional, sim senhora, mas não sei se em determinadas situações não devemos quebrar o segredo?! -EH</p>	12
		B22-Dever de participar à chefia o erro com danos	<p>(...) (se) é um dano irreparável (...) Deve-se assumir para já, logo, perante a chefia do serviço e perante as próprias pessoas! –EB</p> <p>(...) sentir-me-ia na obrigação de informar, notificar, o meu superior hierárquico (...) o meu chefe falaria com ele, no caso de ter havido danos. -EE</p> <p>(...) ele achava que tinha que dizer porque achava que não era correcto! – EH</p> <p>(...) a pessoa vir ter comigo e dizer – “Olha o miúdo está assim porque fui eu que me enganei a fazer determinada coisa!”, tu dizes logo – “Eh pà, vou contar a alguém, isto não pode ficar assim, é muito grave!” –EH</p> <p>(...) <i>se acontecesse contigo?</i> Iria falar superiormente, teria que contar a alguém o</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de	Exemplos	U.E.
B-O ERRO E O CUIDAR (cont.)	B2-Agir Ético e Deontológico	B22-Dever de participar à chefia o erro com danos	que se passou, não era correcto! –EH Se a pessoa mesmo assim achava que não devia falar, eu acho que é mesmo um dever fazer isso! -EH	6
		B23-Dilema do princípio de beneficência <i>versus</i> princípio da não-maleficência	(...) entre fazer o bem e não fazer o mal. Ou seja, a beneficência, a não maleficência! (...) ela não lhe fez mal mas não promoveu o maior bem da criança! –EA (...) quando nós não conhecemos e deposita toda a confiança nas nossas mãos, não tem que sair daqui prejudicado por nossa causa, não tem mesmo! –ED (...) até que ponto é que é correcto nós usarmos a nossa própria força, ou até que ponto não haverá outras formas de sedar, de acalmar logo aquela pessoa (...) –EE (...) era um doente que estava ali com AVC, completamente comatoso, (...) (R) não tinha relação nenhuma e eu comentei comigo mesmo – “Mas porquê vão fazer sangue a este doente?” e não fui verificar todas aquelas normas (...) -EF	4
		B24-Dilema do dever de respeitar o desejo expresso do doente menor de idade <i>versus</i> o dever legal por não estar acompanhado por familiar	(...) há um dever de ti própria, há um dever enquanto profissional de respeitar a criança sem dúvida! Mas há um dever legal, esta criança é uma menor! -EA (...) é uma colheita de urina, que a menina exige, (C) que a menina pede (R) ! Mas agora vem positivo e o que é que vocês fazem com essa situação? Dizem à criança e mandam-na embora?! Mandam uma adolescente embora? Com 14 anos? Com uma gravidez? -EA	2
		B25-Dever de obtenção de consentimento dos pais, antes teste analítico	“Nós não podemos fazer uma análise sem o consentimento dos teus pais!” Isto tem que ser dito! -EA	1
		B26-Dever de informação à criança, da necessidade de consentimento dos pais antes de teste analítico	Era necessário esclarecer a criança (...) -“Nós não podemos fazer uma análise sem o consentimento dos teus pais!” Isto tem que ser dito! -EA	1
		Sub-total		26
	B3-Cuidado ao Outro	B31-Parametrização das intervenções do quadro biomédico <i>versus</i> quadro do cuidar	(...) em relação aos outros cuidados, (...) ao conforto do doente, eu não o consigo medir (...) é o cuidado com o doente, o falar-lhe (...) -EA (...) consigo-o medir mas não de uma maneira parametrizável, como são os sinais vitais ou como é o débito urinário (...), ou como (C) o volume que tem o ventilador ou quantas respirações o doente faz por minuto, tudo isto, este quadro biomédico	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de	Exemplos	U.E.
B-O ERRO E O CUIDAR (cont.)	B3-Cuidado ao Outro	B31-Parametrização das intervenções do quadro biomédico <i>versus</i> quadro do cuidar	não está transferível para o cuidado que eu considero ser enfermagem e eu aí também não sei se nós não cometemos erros (...) –EA Todavia a enfermagem não são só estas técnicas, (R) há coisas que (C) nós não conseguimos contabilizar, e que podem, (...) permitir maior ocorrência de erro. –EA	3
		B32-(Des) valorização do cuidado personalizado	(...) nós em Portugal ainda não estamos muito concentrados em pensar o bem do doente na sua totalidade, que é, este doente tem o direito de não estar a ouvir o ventilador do outro a apitar! –EA (...) se eu não souber que no meu papel está colocado, (a) questão da informação ao doente, a respeitar (R) o doente pelo nome, eu vou continuar a chamar-lhe avô (...) –EA (...) nós na pediatria felizmente não ouvimos, mas ouvimos - “ Está na 7, é o da 7, é o da 5!”.Referindo-se à cama e não ao doente! E não ao menino, não à criança, não à família! -EC Temos que começar a tratar as pessoas pelo nome delas, é uma coisa que no serviço de urgência isso nota-se muito, as pessoas são rotuladas, ou porque é a senhora que está na cadeira de rodas, ou porque é a senhora que está deitada na maca com a camisa azul, ou porque é a senhora que tem uma camisa de dormir preta vestida. -ED (...) o miúdo está ali, nós brincamos com ele e é importante, falamos com os pais (...) –EF Andava sempre atarefada, pediam-nos qualquer coisa, às vezes só para falar um bocadinho, mas tu não tens tempo de parar para falar com os doentes, no fundo para personalizar os cuidados! –EH Entra um doente com Edema Agudo e às vezes faz-se isto e isto e isto e às vezes olha-se muito para “o Edema Agudo” e não se olha para o doente! Isso a mim faz-me um bocadinho de confusão trabalhar assim. -EH	7
	B33-Não parametrização do “cuidado” ao Outro condiciona a não avaliação do erro	(...) ela não lhe fez mal mas não promoveu o maior bem da criança!(...) este erro não é tão contabilizável (...) não temos muito em conta valorizar este erro, (...) que (R) também é muito de valorizar na enfermagem! -EA	1	
	Sub-total		11	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de	Exemplos	U.E.
B-O ERRO E O CUIDAR (cont.)	B4-Agir com Competência	B41-(Des) mobilização de recursos pessoais	<p>“Bons” enfermeiros, é ser o bom enfermeiro na sua totalidade, é ver as pessoas não só como enfermeiros, como pessoas, é o tal saber ser, fazer, o estar! É saber congrega muitas destas competências (...) –EA</p> <p>Eu conseguir pôr-me em dúvida é uma coisa que é muito exigente! Eu saber dizer assim - “ Eh pá mas espera lá, há aqui qualquer coisa que eu não estou a fazer bem!”. (...) Revela já...muita competência! –EA</p> <p>Como a minha prática diária já me demonstrou uma série de coisas, para além de na teoria saber como é que são as coisas, depois na prática há determinados medicamentos e determinadas coisas que eu sei que não podem ser dados mais que naquela quantidade... –EB</p> <p>E, se eu não conseguir resolver aquele volume enorme de tarefas que eu tenho para resolver, vai atrasar mais, eu tenho é que ter a certeza e tenho que garantir que aquilo que eu estou a fazer, é o mais correcto que eu consigo fazer (...) –ED</p> <p>Se é uma dor torácica tu seguramente sabes que aquela pessoa vai ter que fazer uma colheita de sangue, em tempo oportuno para perceber se há enzimatologia positiva, se não há, e tu não vais andar à procura do médico (...) –ED</p> <p>(...) a ética, (...) faz-nos pensar e fazendo-nos pensar faz-nos diminuir o erro! (...) leva-nos a pensar sobre tudo, (...) sobre aquele “o saber – saber, o saber estar, o saber fazer” (...) -EF</p> <p>(...) infelizmente acho que nós depois nos habituamos aquela rotina e depois perdemos um bocadinho o nosso brio, o nosso profissionalismo (...) –EF</p> <p>(...) todo o nosso estudo, toda a nossa actualização é importante e nós poderemos executá-lo na prática é extremamente importante! –EF</p> <p>(...) o conhecimento quer teórico quer prático é fundamental. (...) Da enfermagem, isso era fundamental, e ser constantemente, através de leituras, através de congressos (...) -EF</p> <p>(...) tens o teu discernimento, a tua curiosidade para ir saber mais, até que ponto isto é assim, relacionares, não é só assim porque é assim (...) –EF</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de	Exemplos	U.E.
B-O ERRO E O CUIDAR (cont.)	B4-Agir com Competência	B41-(Des) mobilização de recursos pessoais	(...) em termos organizacionais, se a pessoa estiver pressionada pelo tempo mas se já tiver, com a prática a pessoa vai logo ter as coisas esquematizadas, (...) Já sabes os sítios disto e daquilo e não sei quê, já sabes que é assim, (...) a pessoa como enfermeira também deve sentir isso! -EF	12
		B42-Mobilização de recursos externos (profissionais e protocolos)	(...) (o) seu dever enquanto profissional é: “quando asseguro este cuidado, o que é que eu tenho como recurso à minha volta?” Ela tinha um psicólogo que está adstrito ao Banco, que podia vir cá falar inclusivamente (...) -EA Eu não tenho muito jeito para gerir estes conflitos ou estes problemas.(...) “passava a bola” (...)a alguém com melhor preparação psicológica (...)? Há enfermeiros nossos que são especialistas, teoricamente estão mais preparados, os enfermeiros chefes estão mais preparados para lidar com isto (...) -EF	2
	Sub-total			14
	B5-Erros na Relação com o Outro	B51-Erro de comunicação/relação de ajuda com o doente/família	(...) esses grandes erros dos cuidados intensivos que percebo que as pessoas vão conseguindo e vão tentando colmatar, (...) é o cuidado com o doente, o falar-lhe, o dizer - “olhe eu vou-lhe fazer isto”, “eu vou-lhe acontecer aquilo”, “ e agora senhor está assim desta maneira porque acontece assado”. -EA (...) há os erros da equipa (...) pluridisciplinar. (...) as conversas que nós temos, que são normais, humanas, mas que não sei se não são erros do ponto de vista profissional para o doente, (...) -EA (...) nós estamos a aspirar um doente a falar do Sporting ou não sei do quê, ou - “Eh pà ontem houve aqui uma situação (descreve)” e às tantas nem estamos a dar conta que esse senhor foi companheiro desse outro senhor que faleceu ou não faleceu, do quarto... (...) Eu considero isso um erro, de facto, francamente, (R) -EA (...) era (necessário) esclarecer a criança, nós não podemos intervir tão agressivamente (...) -EA Mas há outros erros, nomeadamente em enfermagem, que são mais graves, não do ponto de vista clínico, não do ponto de vista que o doente sofra com, logo de imediato, (...) nomeadamente com ética (R) com a comunicação, (R) com a relação. A relação quer com o próprio doente, quer com a própria família! -EE O problema é que a maior parte não tem informações médicas, somos sempre nós, através de curvas e de contracurvas que tentamos chegar a que a pessoa perceba o que o doente tem (...) -EF	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de	Exemplos	U.E.
B-O ERRO E O CUIDAR (cont.)	B5-Erros na Relação com o Outro	B51-Erro de comunicação/relação de ajuda com o doente/família	<p>(...) é também na abordagem em termos de comunicação com um pai ou com uma mãe, porque há dias em que estamos mais fragilizados (...) –EG</p> <p>(...) não estamos tão disponíveis e isso às vezes por parte dos pais neste caso que estão com as crianças, pode ser interpretado de muita forma (...) –EG</p> <p>(...) é outra parte da comunicação (...) pela forma como a abordamos pode correr melhor ou pior, neste caso (...) na abordagem porque a relação terapêutica é nossa, se nós não estivermos despertos para isso e não seguirmos os procedimentos correctos em termos de relação terapêutica, também é um erro. –EG</p> <p>(...) se fosse só uma abordagem da parte relacional (...) –EG</p> <p>Porque muitas vezes as pessoas estão tão ocupadas a fazer as suas coisas, que o tempo vai passando e depois e têm mais isto para fazer, e mais isto, mais isto, que por exemplo, falar com os pais, já não falam tão bem e isso é muito importante, é a tal relação terapêutica que é da nossa responsabilidade. –EG</p> <p>(...) há outros erros tão graves como esses e que não falamos neles, nomeadamente na relação, nomeadamente na ética... acima de tudo na relação e na ética. Mas esses é que são os graves erros (...) -EG</p>	12
		B52-Falar de assuntos pessoais durante os cuidados	<p>(...) as conversas que nós temos, que são normais, humanas, mas que não sei se não são erros do ponto de vista profissional para o doente, (...) –EA</p> <p>(...) nós estamos a aspirar um doente a falar do Sporting ou não sei do quê (...) –EA</p> <p>(...) eu estou a extubar uma criança e a pedirmos o almoço, houve alguém que passou e pedimos o almoço! –EA</p>	3
		B53-Uso da força para conter o doente psiquiátrico	<p>(...) é nos termos de usar a nossa própria força para conseguir segurar, (...) conter um doente, nomeadamente doentes agressivos, (...) (R) não deixa de ser um erro. –EE</p> <p>Sugere-me uma situação de erro! Porque nós estamos sempre a invadir de uma forma muito agressiva a outra pessoa. -EE</p>	2
		B54-Erro decorrente do não cumprimento do princípio de beneficência	<p>(...) estamos a incorrer num erro porque nós não estamos a fazer o nosso dever! E o dever aqui, (...) é promover o maior bem da criança! –EA</p>	1

Categoria	Sub-categorias	Unidades de	Exemplos	U.E.
B-O ERRO E O CUIDAR (cont.)	B5-Erros na Relação com o Outro	B55-Quebra do dever de sigilo profissional	A colega chega, nós estávamos ali na sala (C) do café, a beber um café, 2 ou 3 pessoas e ela chega lá e disse... (...) Éramos todas enfermeiras e é o contar...que isto para mim também é um erro (...) -EA (...) nós estamos a aspirar um doente a falar (...) - “Eh pà ontem houve aqui uma situação (descreve)” (...) -EA	2
		Sub-total		20
		Total		113

APÊNDICE VIII

Quadro categoria C – *Atitudes Face ao Erro*
Unidades de Contexto

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
C- ATTITUDES FACE AO ERRO	C1- Comportamentos Face ao Erro	C11-Actuação de acordo com os princípios de beneficência e de não-maleficência	<p>Eu oriento a minha actuação em favor do benefício para o doente, o bem maior para o doente, é por isso que eu estou aqui, (...) no exercício das minhas funções. – EA</p> <p>(...) se o erro pusesse em causa a vida do doente naquele momento, eu ia ser bruta e aquela pessoa tinha que sair dali na altura, porque a vida de quem quer seja tem que ser privilegiada e a pessoa tem que tentar sempre dar a volta à situação! -EG</p> <p>(...) nós lidamos com pessoas, quando eu erro eu sei que há alguém que vai... agora é óbvio que eu fico triste se agravar o estado dessa pessoa, que isso é a última coisa que eu quero ao mundo! -EF</p>	3
		C12-Intervenção imediata perante o erro	<p>(...) tirar o soro e verificar que o que lá está não é soro (...) deitei fora e chamei a atenção de quem repôs (...) –EH</p> <p>(...) eu notava ali qualquer coisa e perguntei – “O que é que estás a dar?” – “Estou a dar uma “prednisolona!””, e eu disse – “Eh pá não dês mais, deixa estar, não dês!”- EH</p> <p>Aí não tinha dúvidas, intervinha, (...) Imediatamente! –EA</p> <p>(...) a pessoa tem logo que parar aquela pessoa! –EG</p> <p>Se não houvesse perigo de vida para o doente eu não deixava a pessoa continuar à mesma (...) –EA</p> <p>Foi logo parado obviamente, foi logo dado “hidrocortisona” mais por uma questão de precaução (...) –EF</p> <p>Já não me lembro se parei primeiro e fui chamá-lo depois (...) –EE</p> <p>(...) foi preciso actuar de imediato para reverter um bocadinho essa situação! – EC</p> <p>(...) deu-se conta no imediato e actuou-se logo! –EC</p> <p>Falei com o médico que tinha feito a prescrição porque isto foi tudo...eu assim</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
C- ATITUDES FACE AO ERRO	C1-Comportamentos Face ao Erro	C12-Intervenção imediata perante o erro	que acabei de administrar (apercebi-me) –ED (...) se o conseguisse fazer seria confrontado com essa situação. Logo ali! –ED (...) se me apercebo disso ou se estou alerta, então digo – “Olha, não faças!”, tento intervir numa forma activa na situação! -EB	12
		C13-Actuação prioritária para salvar a vida	(...) num serviço de urgência, a minha primeira intervenção é em favor de salvar a vida! (...) -EA A primeira coisa é salvar a vida do menino! -EA (...) a vida de quem quer seja tem que ser privilegiada e a pessoa tem que tentar sempre dar a volta à situação! –EG (...) se há uma situação em que há perigo de vida para o doente (...) estou a pensar numa reanimação que é aquilo que o nosso serviço tem mais frequente (...) –EG (...) na altura iriam actuar se fosse um caso de perigo de vida para o cliente... -EG	5
		C14-Actuação secundária para evitar sequelas	Provavelmente a segunda hierarquização será evitar as sequelas dum dano (...) -EA Tentamos debelar ou reduzir as consequências dos danos. -EA	2
		C15-Colocar questões relativamente à prática do erro	“O que é que estás a dar?” –EH (...) colocar-lhe-ia a questão “essa droga, ou esse medicamento é para que menino? Ou é para quem? Ou será que percebes-te o que é que estava prescrito, será que é isso que estava prescrito?” -EA “O que é que aconteceu (...)o que te aconteceu?”... o que é que precipitou este acontecimento. “Houve uma prescrição mal feita? Tu não confirmaste? Houve uma ampola que estava fora da gaveta?” -EA “Porque é que te enganaste, porque fizeste isto?” –EC “Como é que foi? Houve dano, ou não houve dano para o doente?” –ED	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
C- ATTITUDES FACE AO ERRO	C1-Comportamentos Face ao Erro	C15-Colocar questões relativamente à prática do erro	<p>“Eu acho que pode, mas a Dra. não tem o livrinho com a prescrição?” –EB</p> <p>(...) não me custa nada ir questionar a pessoa em causa o porquê daquela prescrição!</p>	7
		C16-Atitude autoritária face ao erro susceptível de causar dano severo	<p>Sim, completamente autoritária! (Ri) Às vezes não é correcto, mas, para o bem do doente eu tenho que decidir e tenho que optar por um modelo de decisão, e aí o modelo de decisão, era sem dúvida o modelo autoritário. –EA</p> <p>(...) se o erro pusesse em causa a vida do doente naquele momento, eu ia ser bruta e aquela pessoa tinha que sair dali na altura (...) -EG</p> <p>Bruta no sentido – “Olha, vem cá porque eu preciso da tua ajuda aqui... eu faço isso!” –EG</p> <p>Só se houvesse uma continuação do investimento dessa pessoa, é que eu então dizia – “Sai mesmo que eu faço” (...) -EG</p>	4
		C17-Actuação (não) condicionada pela avaliação do dano	<p>(...) agia da mesma forma. -EH</p> <p>Se não houvesse danos para a pessoa, a pessoa diz que tem que se ter mais atenção, até fala com a pessoa... agora havendo danos, não sei até que ponto é que a gente se deve calar! –EH</p> <p>(...) a minha intervenção directamente, não era assim! Era, ver quais é que eram as consequências do erro, nesse caso. –EA</p> <p>Ali já era o concreto, já era uma consequência! (...) ali, eu estava a actuar perante a consequência do erro! –EA</p> <p>(...) falo assim nesta abordagem, mas quer seja grave ou assim mais levezinho (...) –EG</p> <p>Independentemente de ter danos ou não ter danos! -EF</p> <p>(...) depende muito do erro que é, se for um erro <i>minor</i> as pessoas falam mais abertamente, se for um erro major as pessoas (...) falam menos abertamente. –EF</p> <p>Mas da mesma maneira para os dois tipos de erros. –EE</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
<p>C- ATTITUDES FACE AO ERRO</p>	<p>C1-Comportamentos Face ao Erro</p>	<p>C17-Actuação (não) condicionada pela avaliação do dano</p>	<p>(...) <i>independentemente de causar dano ou não!</i> Exacto! – EE</p> <p>Aí depende se houve danos (...) Se tivesse havido danos (...) eu sentir-me-ia na obrigação de informar, notificar, o meu superior hierárquico, o meu chefe de serviço, porque era grave. (...) o meu chefe falaria com ele, no caso de ter havido danos. –EE</p> <p>(...) foi preciso actuar de imediato para reverter um bocadinho essa situação! Não houve paragem, não houve complicações, mas podia ter acontecido! –EC</p> <p>(...) se é um erro de enfermagem em que a vida do doente foi posta em causa por um erro nosso (...) –EC</p> <p>(...) houve situações em que já foi preciso falar com os médicos que estão, porque há situações às vezes que apesar de não pôr em causa a vida do doente, temos que estar alerta. –EC</p> <p>(...) pelo menos numa situação destas em que haja dano para o doente, acho que isto não pode passar assim de ânimo leve no serviço (...) –EC</p> <p>(...) independentemente de haver ou não haver danos, a minha primeira preocupação era, se conseguisse chegar ao meu colega antes de ele ir fazer a tarefa (...) –ED</p> <p>Se já for uma coisa que já está feita, já foi realizada, se não houver danos para o doente, excelente! Acho que tem que ser conversado na mesma (...) –ED</p> <p>Se é um erro que é um erro “minor”, sem danos... habitualmente não faço nada naquele momento. –ED</p> <p>Quando são erros que eu penso podem ser de dano (...) tento intervir numa forma activa na situação! –ED</p> <p>(...) para já temos que ir tentar saber se há alguma forma de minimizar esse erro apesar de ter deixado danos (...) –EB</p>	<p>19</p>

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
<p>C- ATITUDES FACE AO ERRO</p>	<p>C1-Comportamentos Face ao Erro</p>	<p>C18-Análise reflexiva das práticas de erro como forma de melhorar a <i>performance</i></p>	<p>(...) com quem falei, sei que foi com a auxiliar que estava, com os colegas que estavam (...) –EH</p> <p>(...) perceber e desmistificar que factores é que estiveram implicados no erro e se estiverem ao meu alcance debelá-los, diminui-los. –EA</p> <p>(...) há tantas coisas até com as outras pessoas, que nós analisamos (...) –EG</p> <p>(...) na minha formação inicial, o factor dar-nos segurança no sentido de nos alertarem para as probabilidades de erros, faz-nos ter uma flexibilidade maior, faz-nos sentir mais despertos, mais interessados, até para ir procurar (...) –EG</p> <p>(...) (R) eu gosto sempre de falar com as pessoas a seguir! (...) de dizer – “Olha, eu na altura, porque não sei se te estavas a aperceber, provavelmente não, mas nesta situação costumamos tomar esta medida, esta e esta...” (...) –EG</p> <p>(...) o principal é a pessoa ter consciência de que errou, e tirar dali partido em termos de aprendizagem neste sentido (...) –EG</p> <p>(...) para aquela pessoa ver o que é que há-de ter em conta para que aquilo nunca se repita mais e retirar dali, não é algo de positivo, mas que aprenda, que sirva para aprender! –EG</p> <p>(...) analisar a situação, como decorreu, para no futuro as coisas não voltarem a acontecer daquela maneira, para a pessoa não ficar o resto da vida a pensar que ia ter aquele “gafe”. –EG</p> <p>(...) o mais importante deve ser feito nos serviços, a analisar cada um o que aconteceu porque é no próprio local de trabalho que as pessoas têm e é ali que vai ter que continuar, e é ali que tem que resolver o seu medo se o houve após o erro e é ali que vai ter que ultrapassar isso e crescer. -EG</p> <p>(...) até que ponto é que é correcto nós usarmos a nossa própria força, ou até que ponto não haverá outras formas de sedar (...) –EF</p> <p>“Olha erraste isto, a forma correcta de fazer é esta ou pelos menos, é melhor que a tua.”, ou pelo menos esta é a minha opinião! Isso tem haver senão a</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
C- ATITUDES FACE AO ERRO	C1-Comportamentos Face ao Erro	C18-Análise reflexiva das práticas de erro como forma de melhorar a <i>performance</i>	<p>(...) é preciso a pessoa estar consciente que cometeu aquele erro para não voltar a cometer, estar mais desperto para isso! –EF</p> <p>Tentar perceber o porquê, o porquê acima de tudo de não ter feito... se não sabendo porque não perguntou. Se por falta de disponibilidade do resto da equipa, ou se por um excesso de confiança dele. E porquê e tentar de certa forma que não se volte a repetir (...) –EE</p> <p>(...) acima de tudo tenta-se falar e várias já aconteceram, falar com as pessoas em questão, chamar-lhes à atenção do que aconteceu e mostrar-lhes o que é que podia ter surgido daquilo. –EC</p> <p>(...) falar com a pessoa em questão (...) levá-las a perceber que têm que ter mais atenção e que há coisas que poderiam pôr em causa a vida do doente.-EC</p> <p>Foi falado foi com a chefia que deveríamos, juntamente com a farmácia de, as apresentações colocadas, a maneira como a medicação está arrumada nos nossos carros, deveria dar-se um ênfase diferente (...) –ED</p> <p>(...) seguramente a conversa será amena e os dois à parte, eu e esse meu colega, (...) ele provavelmente vai-me questionar porquê, porque se ele não ía fazer daquela forma, no mínimo a única coisa que eu poderei fazer é explicar porquê, e ele aceita essa explicação! –ED</p> <p>“Olha, lembras-te, fizeste isto assim desta maneira ou desta...” (...) “Olha, por exemplo isto até nem foi grave, mas vai uma quantidade de ar grande, isto pode ser uma situação grave! (...) da próxima vez que houver uma administração deste género, tens que fazer o preenchimento com... -EB</p> <p>“Quando é assim estas situações de urgência, nós temos que ver se encaixam as rampas e as coisas como deve ser, quando assim for nós não podemos avançar para outro tipo de coisa, porque a criança precisava de ter o ventilador pronto aqui para...” -EB</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
C- ATITUDES FACE AO ERRO	C1-Comportamentos Face ao Erro	C19-Análise reflexiva da génese e da dimensão do erro	<p>(...) leva-nos a outra coisa, a perceber o que é que é o erro! Se o erro molestou o doente, se o erro implicou na vida do doente, teve implicações directas, aqui até teve uma implicação directa positiva (...) –EA</p> <p>(...) a colega chegou aqui dentro e disse (...) com uma natural confiança de que tinha agido correctamente! (...) porque é que eu considero isto um erro e porque é que a situação foi trabalhada? –EA(...)</p> <p>(C) a situação, (...) teórica do erro era trabalhada numa fase a seguir. –EA</p> <p>Porque o que foi o erro, o que levou ao erro, eu tinha que me sentar com a colega e perceber o que é que aconteceu! –EA</p> <p>Com ela, analisar o que se passou, como é que se passou! - EA</p> <p>(...) devem ser sempre relatados e descritos (...) –EF</p> <p>(...) com o colega tinha que falar, mais que não fosse para ele perceber o erro. –EF</p> <p>(...) e fomos ver o que tinha dado, por acaso foi fácil perceber o que foi, porque a caixa das ampolas dos cortantes estava praticamente vazia e ela foi deitar para lá a ampola e detectámos o que ela tinha dado! –EC</p> <p>(...) tentar perceber o que é que aconteceu e depois junto da chefia do serviço tentar resolver a situação (...) –EC</p> <p>(...) é falar com a pessoa em questão, vamos lá sentar, vamos ver o que é que aconteceu (...) Tentar perceber, atenção que isto podia ter ocorrido, e isto e isto! -EC</p>	10
	Sub-total			82
	C2-Sentimentos Face ao Erro	C21-Sentimento de culpa	<p>Ficou aflita com o que aconteceu, desfez-se em desculpas para a mãe, mas foi o que ficou, qualquer pessoa ficava. –EH</p> <p>(...) há um complexo de culpa, por muita culpa que nós não tenhamos porque a culpa é activa (...) –EA</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
C- ATITUDES FACE AO ERRO	C2-Sentimentos Face ao Erro	C21-Sentimento de culpa	<p>desculpa aos pais (...) -EA</p> <p>(...) uma questão de vergonha, (...) de sentir que nós vamos olhar para ela de lado ou perder a confiança nessa pessoa (...) -EF</p> <p>(...) o erro é sempre uma coisa que as pessoas vão ter sempre (...) algum receio de que as outras pessoas as olhem de lado... ou que “mandem bocas” (...) -EF</p> <p>(...) é o pior que nos pode acontecer, é a gente sentir-se a pior enfermeira do mundo. Isso ainda depois nos leva a cometer erro atrás de erro porque não estamos concentrados no nosso trabalho (...) -EF</p> <p>(...) a pessoa não deve ser condenada (...) -EF</p> <p>(...) a culpa pode ser tanto do emissor (...) ou até o receptor (...) -ED</p> <p>Mas conscientemente é horrível, eu acho que é muito mau! -ED</p> <p>(...) é péssimo, péssimo! Para a pessoa em causa e para nós como profissionais e como pessoas! Conscientemente é muito duro, é muito duro. -ED</p> <p>(...) Sente-se culpada! Independentemente de tu teres ou não culpa (...) -ED</p> <p>(...) a pessoa fica a culpabilizar-se eternamente das coisas (...) -EB</p>	12
		C22-Sentimento de ansiedade	<p>(...) ela ficou perturbada, não deu para disfarçar. (...) ficou nervosa e ficou aflita com aquilo que aconteceu. -EH</p> <p>(...) a enfermeira ficou muito aflita, com ansiedade -EC</p> <p>(...) fiquei aflita! (...) fiquei aflitíssima, porque eu não sabia o que ia decorrer daí! -ED</p> <p>(...) a própria pessoa que cometeu o erro, que já não se vai sentir bem (...) -ED</p> <p>(...) é conscientemente doloroso para a pessoa (...) -ED</p>	5
		C23-Sentimento de medo	Ela olhou e percebeu o que estava a fazer e ficou assustadíssima! -EH	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
C- ATITUDES FACE AO ERRO	C2-Sentimentos Face ao Erro	C23-Sentimento de medo	(...) foi isso que eu senti, foi pânico e angústia, angústia de ter falhado, de ter errado. -EF (...) às vezes as pessoas não comentam mais os erros porque têm medo que a gente as olhe de lado e que quase que a chamemos criminosa. -EF Os doentes aperceberam-se (...) pela minha cara de terror (...) -EE	5
		C24-Relutância face à possibilidade de ocorrência de erro	Nenhum de nós gosta de errar e nenhum de nós gosta de saber que o colega sabe que nós erramos, porque nós gostamos de ser sempre o mais perfeitos possível! -EF	1
		C25- Consternação face à constatação de erro de outros	(...) os colegas assumiam que estavam a cometer mà enfermagem, no entanto não deixavam de estar a fazer um erro, (...) -EH (...) comecei a ficar um bocadinho preocupada (R) pela situação da criança, mas sobretudo pela facilidade com que aquela colega se descartou da sua responsabilidade (...) -EA (...) fiquei bastante chateado comigo naqueles dias em relação ao sangue e seguramente esse foi o erro que eu tive mais grave e que me deixou a pensar. -EF (...) as pessoas têm que ter mais atenção às coisas que fazem! (...) não é muito admissível, um pediatra que está cá há não sei quanto tempo e que está farto de fazer estas prescrições, fazer estas prescrições assim! -EB (...) a mim o que me preocupa mais são estes erros de medicação (...) -EB	5
		Sub-total		28
		C31-Apoiar/ajudar a lidar com a situação	(...) também de ajudar a colega, porque num momento destes, (R) as pessoas não se devem sentir bem! -EA “Olha sabes os pais já passaram por isto e por isto e se calhar é por isso que te responderam desta maneira.” -EG Aquilo que é grave é as pessoas errarem, serem criticados por trás e a pessoa não sabe que errou e a seguir vai voltar a errar! -EF	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
C- ATITUDES FACE AO ERRO	C2-Sentimentos Face ao Erro	C31-Apoiar/ajudar a lidar com a situação	<p>consciência de que alguém viu o erro dela. –EF</p> <p>(...) era tentar perceber o que aquela pessoa estava a sentir para tentar ajudá-la da melhor maneira (...) -EF</p> <p>Na altura ele tomou conta da ocorrência... Tranquilo, calmo, viu se havia alguma dificuldade com os doentes, não se passou nada (...) ficou tudo no chefe de equipa. –EE</p> <p>(...) ele teve uma atitude que considero que foi correcta. –EE</p> <p>(...) fazer o mesmo que me fizeram a mim (...) –EE</p> <p>(...) falar com a pessoa o porquê de não ter falado na altura, não me ter dito a mim ou a quem cá estivesse, ou a um colega mais velho da equipa (...) –EE</p> <p>Tentei naquele momento ajudar e tentar que a situação se resolvesse. –EC</p> <p>A chefe que eu tenho no serviço, iria agir da mesma forma (...) falar com a pessoa em questão e tentar resolver a situação, pelo menos é isso que se costuma fazer. –EC</p> <p>(...) em termos de esclarecer a situação (...) acho que isso ela faria. –EC</p> <p>Porque, se ele ía fazer o erro (...) pode aceitar bem, pode aceitar mal, mas se está plenamente convencido...Pode sentir como uma intromissão! –ED</p> <p>(...) tem que ser conversado comigo e com o colega (...) –ED</p> <p>Tenho é que lá estar com ele e dizer – “Aconteceu o erro, temos que ter mais atenção, desta vez perguntas-te, não perguntas-te, da próxima vez já sabes, é um alerta vais questionar!” –ED</p> <p>Os nossos colegas é como sendo a nossa segunda família, não nos podem apontar o dedo, porque hoje erro eu, amanhã podes errar tu. Hoje eu falo contigo, amanhã vens tu falar comigo! É um trabalho de equipa (...) –ED</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
<p>C- ATITUDES FACE AO ERRO</p>	<p>C3-O Papel dos Pares</p>	<p>C32-Actuação que revela discrição</p>	<p>“Eh pá não dê mais, deixa estar, não dê!” e ela disse – “Então mas não dou, não dou porquê?”, e eu disse – “Eh pá não dê!” –EH</p> <p>(...) se visse que alguma coisa estava mal eu dizia – “Olha que houve alguma coisa alterada, vamos ver ali o processo” ou, inventava para tentar tirar a pessoa dali, para falar com ela à parte (...) –EG</p> <p>Da forma mais discreta possível, tentando falar com ele sem mais ninguém se aperceber, nem doentes, nem colegas. –EE</p> <p><i>E falavas logo, escolhias uma outra ocasião...</i> Tudo depende de qual é que fosse o erro (...) –EF</p> <p>Tranquilo, não havia problema com as coisas, ele percebeu porque é que eu me tinha enganado, o que é que tinha levado ao meu erro, e não levantou mais questões. –EE</p> <p>Não, logo na altura não, logo que tivesse oportunidade, não lhe iria telefonar para casa, mas na oportunidade seguinte que estivesse com o meu chefe falaria com ele, no caso de ter havido danos. –EE</p> <p>Tem que ser numa altura em que a pessoa esteja já mais calma e depois da situação acontecer! –EC</p> <p>Mas não é no imediato à frente de toda a gente! Isto tem que ser feito em reservado e com a pessoa. –EC</p> <p>(...) ele (colega) tem que ser chamado à parte! –ED</p> <p>(...) muitas das vezes pode ser uma coisa que é resolvida na hora, à parte, sem grandes conflitos, sem grandes alaridos, sem grandes confusões, porque senão depois então ainda aumenta mais a confusão. –ED</p> <p>(...) seguramente a conversa será amena e os dois à parte, eu e esse meu colega (...) –ED</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
C- ATITUDES FACE AO ERRO	C3-O Papel dos Pares	C32-Actuação que revela discrição	<p>Se é um erro (...) “menor”, sem danos (...) deixo passar, até porque habitualmente estas situações quando acontecem estão sempre as crianças e os familiares estão presentes, eu pessoalmente acho que não devem estar presentes... (...) depois deles saírem, na própria sala digo (...) –EB</p> <p>Digo – “Olha deixa-me ver que tenho que fazer aqui uma coisa, desculpa lá! Antes de administrares isso, vou só ver aqui se a via está permeável ou não sei quê...”, tento de forma (...) que a pessoa perceba que não deve administrar naquela altura. –EB</p> <p>Tento, tanto quanto possível, ter uma actuação activa na situação, alertar sem fazer muito alarido da situação! -EB</p>	15
		C33-Ajudar a assumir o erro perante a chefia	<p>(...) primeiro falava com a pessoa que me estava a contar aquilo, (dizia) que achava que devia ser essa pessoa a ter essa atitude de contar o que se passou! –EH</p> <p>Mas então se é grave, (...) (R) tem que ter visibilidade, eu associo isso! Tem que ter visibilidade, para mim, tinha que se ter dito a alguém! (...) quando digo alguém, digo da chefia do serviço (...) -EG</p> <p>(...) esses erros têm que ser comunicados. Se sou eu a única pessoa a saber é muito complicado (...) -EF</p> <p>(...) a pessoa depois é que tem que assumir o seu papel (...) todos nós somos adultos e todos temos um curso superior e não devemos andar aqui a fazer queixinhas. –EF</p> <p>(...) numa situação destas que haja dano para o doente, acho que isto não pode passar assim de ânimo leve no serviço, pelo menos em termos de chefia de serviço tinham que saber! –EC</p> <p>(...) se eu achar que efectivamente aquilo que ele fez é um erro que não tem que ser cometido novamente independentemente de não ter havido dano, acho que a chefia tem que ter conhecimento. -ED</p> <p>(...) a pessoa tem que ser chamada a atenção e tem que saber que (...) quem de</p>	7

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
C- ATTITUDES FACE AO ERRO	C3-O Papel dos Pares	C34-Não “culpabilizar” pelo erro/dano	<p>direito soube! E quem de direito é a nossa chefe de serviço (...) –ED</p> <p>(...) nunca reprimir (...)-EG</p> <p>(...) não culpabilizar (...)-EG</p> <p>(...) eu diria umas palavras de conforto que o tentassem animar e que não o tentassem desanimar, não queremos que aquele enfermeiro perca o ânimo ou o gosto que tem pela enfermagem (...) –EF</p> <p>(...) não se penalizasse nem a ela, nem que fosse penalizada (...) –EF</p> <p>(...) nós não podemos... quase incriminar aquela pessoa só porque cometeu um erro. –EF</p> <p>(...) nós também não nos podemos penalizar (...) –EF</p> <p>(...) temos que perdoar sempre a outra pessoa, temos que lhe dar uma margem de desculpa (...) –EF</p> <p>(...) há erros e erros e um erro por falta de conhecimento ou por falta de humildade a pessoa deve ser chamada mais a atenção do que um erro por distração, ou um erro porque aconteceu um erro, não há explicação para aquele erro (...) –EF</p> <p>(...) daí a chamá-la criminoso acho que a diferença ainda é grande (...) –EF</p> <p>(...) sem ser “apontar o dedo”, também não magoando as pessoas (...) –EC</p> <p>Se for uma coisa que não tenha causado qualquer problema directo ao doente, o tratamento tem que ser igual, não tem que haver represálias. –ED</p> <p>(...) eu já me sinto culpada (...) Não preciso que ninguém me aponte o dedo! –ED</p> <p>(...) não nos podem apontar o dedo, porque hoje erro eu, amanhã podes errar tu. -ED</p>	13

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
C- ATITUDES FACE AO ERRO	C3-O Papel dos Pares	C35-Supervisão dos cuidados	<p>Nos turnos seguintes teve mais atenção quando eu estava a preparar terapêutica, eu apercebi-me disso, mas mais nada. –EE</p> <p>(...) ficar mais vigilante para ver se há uma repetição do erro ou de outros erros, ou não! –EC</p> <p>Não é andar sempre a verificar se aquilo que fez está correcto ou está incorrecto, mas andar um bocadinho mais atentos. (...)É só numa postura de entreaajuda! -ED</p>	3
	Sub-total			55
	C4-O Papel da Chefia	C41-Ajudar a esclarecer a situação	<p>(...) com a vida do doente em risco, eu penso que o que ela iria fazer em termos de enfermagem era esclarecer a situação (...) saber o que é que se passou. –EC</p> <p>(...) eu tinha que tentar perceber o que aconteceu, saber o porquê do engano dele, quais tinham sido as causas, apesar de eu estar na coordenação do serviço (...) –EC</p> <p>(...) se aparece alguém, há um processo, as pessoas serem apanhadas de surpresa sobre o que aconteceu é pior que naquele momento – “Olha aconteceu isto, ele fez isto, por isso vamos lá ver como é que vamos poder ajudá-lo ou resolver a situação (...) –EC</p> <p>A pessoa não é posta em causa, é confrontada com a situação. -ED</p>	4
		C42-Posturas da chefia	<p>Depende do superior hierárquico! Isso depende de cada pessoa, não é? Há pessoas e pessoas! O chefe do serviço faria da mesma forma. –EH</p> <p>(...) há chefes por exemplo mais agressivos (...) na forma de dizer as coisas (...) -EH</p> <p>(...) o chefe é a figura de charneira do serviço (...) é o piloto da equipa, é o capitão da equipa. –EA</p> <p>O chefe ao determinar cálculos de pessoal, (R) ao determinar gestão de espaços, stocks, organização de um armazém. –EA</p> <p>Podia ir, podia só ir sozinha, (R) (...) dependia muito (ênfase no muito) da colega que fosse! (...) isso também faz parte do papel do chefe conhecer os</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
<p>C- ATITUDES FACE AO ERRO</p>	<p>C4-O Papel da Chefia</p>	<p>C42-Posturas da chefia</p>	<p>A primeira coisa que eu lhe diria era um reforço positivo! –EA</p> <p>(...) valorizar também o seu papel activo na diminuição do erro! –EA</p> <p>Intervinha também mas de uma forma diferente, uma mais com uma abordagem e outra com outra, porque também tem a ver com maneiras de ser diferentes das pessoas. –EG</p> <p>Um autoritarismo paternal é do género (...) dar um ralhete mas é como se fosse um pai ou uma mãe a dar a um filho e depois perdoar, sem ser chamar à responsabilidade e sem fazer crescer! –EG</p> <p>(...) mais assertiva, mais directa, com a tal abordagem de não culpabilizar (...) –EG</p> <p>Acima de tudo era comentar com a pessoa o erro, (...) (R) tem que se avisar do erro. Tem que chamar a pessoa a atenção! –EF</p> <p><i>E da parte da chefia?</i> Não houve, também não houve represália nenhuma! –ED</p> <p>E fala-se com a chefia que é para já não ser eu, a colega de trabalho lado a lado mas alguém com um bocadinho mais de poder decisivo, de poder chamar a atenção. –ED</p> <p>(...) a que eu esperaria que fosse, é aquela que eu faço e que é a que está correcta! Ficar em vigilância, dizer, se vir que é um dano que não... –EB</p> <p>(...) perante um erro a pessoa é sempre um bocado penalizada por isso, sempre! Ou de uma maneira ou de outra, (diriam) – “Nós estamos aqui, damos-te todo o apoio mas, fostes tu que fizeste isto!” –EB</p> <p>(...) já a priori tem que ser uma pessoa que tem um bocado de confiança comigo para me poder dizer uma coisa dessas! –EB</p>	<p>18</p>

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
			<p>(...) dizer que me sentia orgulhosa dela, como chefe de equipa ou coordenadora dela e achava que eu também não estaria cá em vão! –EA</p> <p>Naquele papel de coesão, naquele papel de organização, naquele papel que o chefe tem de ter (...) -EA</p>	
C- ATITUDES FACE AO ERRO	C4-O Papel da Chefia	C43-Apoiar/ajudar a dizer a verdade	<p>A colega devia pedir desculpa aos pais (...) e eu, como coordenadora da unidade! Chegar junto daquele pai ou daquela mãe e daquela criança dizer - “Olhe desculpe, aconteceu, um erro, nós em vez de ter administrado isto e aquilo e o outro, por vários factores” –EA</p> <p>(...) eu podia era ir com essa pessoa ajudá-la, “Vamos dizer à chefe, preferes dizer aqui? Falamos com fulano? Vou contigo, vamos!” -EB</p>	2
		C44-Introdução e implementação de medidas de segurança	<p>(...) cabe ao chefe numa situação de haver mudança num protocolo (...) de comunicar à equipa! Para sensibilizar a equipa (...) -EA</p> <p>Assegurar que esse “ceftriaxone” esteja sempre disponível numa Sala de Reanimação, por exemplo! -EA</p> <p>Fazer esta supervisão, se há toalhetes para as pessoas limparem as mãos, porque (...) se eu não lavar as mãos correctamente, se eu não puser distribuidores de sabão, eu estou a incorrer num erro, que é contaminar uma criança, por exemplo! –EA</p> <p>(...) <i>á é a introdução de um mecanismo...</i> Um mecanismo, mas <i>á</i> era o meu papel, já até <i>a posteriori</i>! -EA</p>	4
		C45-Actuação que revela discrição por parte da chefia	<p>(...) o chamavam à parte – “Oh, vem cá!”, subtilmente mas directamente, mas um “subtil forte” subtilmente para outras pessoas não se aperceberem (...) – EG</p> <p>(...) ele sempre o faz entre nós de uma forma discreta. –EE</p> <p>A chefe que eu tenho no serviço, iria agir da mesma forma, ou seja, chamar a atenção da pessoa, não à frente de toda a gente mas sim em privado (...) -EC</p>	3
		C46-Gestão dos sentimentos face ao erro	<p>(...) trabalhar aqui esta gestão de sentimentos com a colega. –EA</p> <p>(...) perante o colega no início, talvez fosse de apoio por um lado... -EB</p>	2
		C47-Dever de comunicar condições de trabalho que	<p>E o meu papel aqui era o quê? Era accionar o senhor director (...) e explicar-lhe, que a enfermagem que nós estamos a fazer e a ter e precisamente em</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
		prejudiquem a qualidade dos cuidados	relação ao erro (...) estava perfeitamente consciente que era humanamente impossível não se cometerem erros naquela situação! –EA (...) está patente no nosso código deontológico, que nós devemos accionar os meios para dar a conhecer as condições, e foi nessa base que eu o fiz (...) -EA	2
C- ATITUDES FACE AO ERRO	C4-O Papel da Chefia	C48-Dever de comunicar o erro com dano grave	(...) nunca ouve nenhuma que pusesse em causa a vida de um doente, mas (...) se isso acontecesse, isso iria ser reportado em termos de enfermagem, segundo o que eu conheço, até quem de direito (...) –EC Noutro tipo de situação, o avançar para processo ou não, isso é um bocado difícil. (...) Acho que isso, eu não posso responder por ela (...) –EC (...) No que acontecesse assim à séria, com a vida do doente em risco, eu penso que o que ela iria (...) dar conhecimento hierarquicamente também, por causa de eventuais processos (...) -EC (...) apesar de eu estar na coordenação do serviço isto teria que ser falado com a chefe do serviço também! –EC (...) a chefia de serviço teve conhecimento, foi feita queixa do profissional em causa (...) Foram arranjadas provas e a pessoa foi suspensa (...) –ED Se é um dano grave eu não sei muito bem qual é que seria a atitude da parte das chefes, mas será qualquer coisa que não poderia ficar com as chefes! (...) de certeza absoluta iam ter que dar conhecimento dessa situação à Direcção de enfermagem e com certeza também à Ordem! –EB (...) se são erros graves, têm que ser comunicados, não só aos colegas ou a alguém mas, que eu penso que isso acontece! -EB	7
		C49-Apoiar em caso de sobrecarga de trabalho	Eu nas manhãs, com certeza que ia para a prestação de cuidados, porque não percebia, (R) que isto acontecesse de outra maneira! (...) Eu ia ajudar (...) -EA	1
		Sub-total		43
		Total		208

APÊNDICE IX
Quadro categoria D – *Cuidados Seguros*
Unidades de Contexto

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
D-CUIDADOS SEGUROS	D1-Percepção dos Recursos Existentes	D11-Programas de integração de novos elementos	(...) o facto da integração na altura ter sido um mês e ter sido um período longo (...) -EE (...) quando fui integrada neste serviço, tive um grande exemplo em termos de segurança pelas pessoas que me integraram (...) E se isso me fez sentir segura e me fez sentir alerta para determinados erros (...) –EG (...) nós aqui no serviço fazemos a integração no período de um mês e eu concordo com esse período (...) -EG	3
		D12-Aplicação dos resultados da análise reflexiva do erro	Qualquer coisa que esteja relacionada, que seja semelhante, seja parecida com o erro que a pessoa cometeu, é capaz é de redobrar os cuidados em termos de prática e em termos de prestação! (...) pelo menos é o que se passa no nosso serviço. –ED (...) é colocado o nome do doente na maca e o que é que está à espera. (...) foi feita uma folha de propósito para o nosso serviço e que tem se espera especialidade, se não espera especialidade, se está transferido. É uma folha A4. É colada com adesivo, aos pés de cada maca ou aos pés de cada cama. E está facilmente visível! (...) –ED (...) uma coisa que nós agora dissemos é que não, temos que melhorar nos registos, tem que ser registada a hora, o Dr. tem que escrever e então criou-se uma box para os enfermeiros –ED A colega diz que lhe serviu de emenda, porque a partir daí, é a tal coisa, olhar para as ampolas! -EC	4
		D13-Percepção de segurança transmitida pelo equipamento	(...) (C) termos tudo controlado, nós próprios muitas vezes confiamos no controle exterior, do monitor, da tensão arterial, temos tudo sob controle (...) –EA (...) parece-nos a nós que tudo está controlado e que tudo é visível, nós sabemos a quanto é que corre a “dopa”, a quanto é que corre a “dobuta” (...) -EA	3

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
D-CUIDADOS SEGUROS	D1-Percepção dos Recursos Existentes	D13-Percepção de segurança transmitida pelo equipamento	(...)sabemos (...) quase por minuto, o volume, o débito urinário que aquele doente tem por minuto, e tudo isso é muito registável, muito parametrizável e dá-nos a sensação (...) que nos confere algum poder sobre o controle do erro. (...) -EA	
		D14-Papel da Ordem dos Enfermeiros	<p>(...) dar conhecimento dessa situação à Direcção de enfermagem e com certeza também à Ordem! (...) –EF</p> <p>Conseguiu-se provar que foi intencionalmente, foi à direcção de enfermagem, e daí foi à Ordem e as coisas tomaram um rumo completamente diferente. -ED</p> <p>(...) um espaço (...) dentro da Ordem (...) –ED</p> <p>(...) veio cá há pouco tempo uma enfermeira da Ordem falar destas questões da ética (...) (C) que nós podíamos telefonar para a Ordem, falar e desabafar também um pouco e no fundo relatar também o nosso erro. (...) quando houvesse problemas e houvesse uma queixa, em vez de ser o utente ou o cliente a telefonar para a Ordem a fazer queixa de nós, nós antes já prevenimos que aconteceu e ocorreu isto assim, assim. (...) –EF</p> <p>(...) lembro-me há tempos numa das revistas da Ordem, fazerem um artigo sobre isso, falavam, eu não o li todo, sugeriam que as pessoas deviam “expor”, no sentido de partilhar com os outros, para que os outros também não os praticassem (...) -EG</p>	4
		D15-Locais de observação com privacidade (Triagem/Gabinetes médicos)	<p>Na triagem. (...) nós agora temos uma coisa óptima que é, ela pode fechar as portas da triagem, ela pode estar sozinha (...)Num ambiente de total privacidade com aquela criança! –EA</p> <p>(...) há um gabinete próprio para estes casos (...) aqui na urgência! -EA</p>	2
		Sub-total		16
	D2-Percepção das Medidas de Segurança a Introduzir	D21-Aplicar na prática normas de segurança conhecidas	<p>(...) nós às vezes sabemos que fazemos isto: deitamos a mão à gaveta, abrimos a ampola e aspira. (...) as tais normas de segurança que nós todos sabemos que devemos acautelar e não acautelamos! –EA</p> <p>Virem bem divididos, bem agrupados. (...) ter os nomes, como nós aqui fazemos, ter os comprimidos num sítio, ter as ampolas noutra (...) –EA</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
<p>D-CUIDADOS SEGUROS</p>	<p>D2-Percepção das Medidas de Segurança a Introduzir</p>	<p>D21-Aplicar na prática normas de segurança conhecidas</p>	<p>E acho que pelo menos uma vez por mês se devia dar uma volta a ver os prazos de validade (...) para nos dar uma margem de segurança muito maior e muito melhor. –EB</p> <p>Nas situações de urgência, é melhor do que ter tudo desorganizado, tudo ao contrário, e diminui-se assim um bocadinho a margem de erro com esse tipo de coisas! –EB</p> <p>(...) temos que estar bastante atentos, verificar várias vezes a terapêutica que vamos administrar e se é realmente aquilo que vamos dar! –EH</p> <p>(...) (R) é uma forma mais simples de nos chamar a atenção que ali há qualquer coisa que é diferente! Apesar de a pessoa ter que ler o invólucro (...) –ED</p> <p>(...) da próxima vez já sabes, é um alerta vais questionar!” –ED</p> <p>Se estiver inconsciente logo na triagem (...) é colocado uma pulseira de identificação com o nome e o número de triagem (...) –ED</p> <p>Neste momento temos uma coisa boa, que é termos as macas identificadas, e o enfermeiro sabe, o responsável por cada sector identifica os doentes, logo na triagem (...) -ED</p> <p>(...) se tu fores, se te pedirem qualquer coisa, uma administração de um comprimido (...) à senhora do canto e tu perguntas – “E então como é que a senhora se chama?” –ED</p> <p>(...) o médico tem que prescrever e tem que ficar escrito e registado, e o enfermeiro tem que registar (...) –ED</p> <p>(...) o médico tem que prescrever e tem que deixar ali em cima para tu te certificares (...) –ED</p> <p>Nós no serviço temos várias e já as temos em locais completamente diferentes, nas salas de reanimação por exemplo, para isto não acontecer! –EC</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
D- CUIDADOS SEGUROS	D2-Percepção das Medidas de Segurança a Introduzir	D21-Aplicar na prática normas de segurança conhecidas	<p>Para não ocorrer o erro, tem que haver uma maior vigilância da parte da farmácia nestas coisas e isto continua a acontecer! –EC</p> <p>em termos do nosso serviço de urgência, seja na área do atendimento, das medicações, temos sempre algum cuidado na forma como estão distribuídas (...) apesar de nós termos tudo organizado por ordem alfabética, mas às vezes há ampolas muito iguais e tentamos separá-las e chamamos a atenção das pessoas, andamos ali sempre a batalhar em cima deles! –EC</p> <p>Há muita prescrição oral, dê que eu já escrevo e depois não se escreve! –EC</p> <p>(...) eu cumprir aquelas regras todas do sangue! Que é confirmar se aquela unidade é para aquele doente, se o doente não falava devia ter ido ver ao processo, se o doente tinha sangue prescrito, acho que isso podia ter sido tudo diferente! –EF</p> <p>(...) havia uma colega que tinha mesmo mais dificuldade de todas e dizia – “Ai, nunca sei qual é!”, e nós dizíamos, mas isto é fácil de ver e não houve um erro (...) –EG</p>	17
		D22-Práticas individuais de segurança	<p>(...) se já está provado que a gente tem um miúdo que vem muito agitado (...) pode-se evitar o erro a proteger as grades da cama para eles não baterem com a cabeça de encontro a parede, pode-se puxar a cama mais para trás para não ficar próximo das fichas onde possam meter os dedos, pode-se evitar nesse sentido! -EB</p> <p>(...) ter o cuidado de diariamente, aqui ao nível da urgência, dar uma volta nas medicações, como hoje, eu quando entro aqui no Balcão dou uma volta no geral a ver se a medicação está toda, se não está, se tem isto, se tem aquilo! –EB</p> <p>Quando pego numa ampola, vejo se ela está certa, se tem a dosagem. –EB</p> <p>(...) diariamente, dar mais ou menos uma voltinha à medicação que nós temos “adrenalinhas” sempre ali nas gavetas prontas para dar (...) Ver se tem “soludacortinas” prontas para dar! -EB</p> <p>(...) nas urgências dos adultos, nos carros das medicações (C) todos mexem, está tudo desarrumado, se tivermos um bocadinho mais de cuidado de arrumar, ter as coisas mais certinhas! (...) todas as pessoas que vão mexer</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
D-CUIDADOS SEGUROS	D2-Percepção das Medidas de Segurança a Introduzir	D22-Práticas individuais de segurança	<p>naquele carro, sabem que as coisas estão ali! –EB</p> <p>(...) verificar várias vezes a terapêutica que vamos administrar e se é realmente aquilo que vamos dar! É uma coisa que me preocupa bastante, que tenho muito cuidado de verificar (...) –EH</p> <p>A pessoa não ter experiência, na administração de uma droga qualquer e não perguntar (...) –EH</p> <p>(...) devia de haver mais a preocupação de, nos “tempos mortos”, ir à sala, ver onde é que estão as coisas, mas às vezes isso não acontece e depois são situações de urgência, quer-se as coisas e não se sabe (...) –EH</p> <p>(...) o médico diz-te – “Rosa, não me lembro nome, o ultimo não sei”. (...) tens duas senhoras ao canto, uma chama-se Joana outra chama-se Rosa, obviamente tu vais confrontar o doente (...) –ED</p> <p>(...) cada vez mais as pessoas têm que perder o medo de perguntar (...) –EC</p> <p>(...) na área da prescrição médica. Há muita prescrição oral, dê que eu já escrevo e depois não se escreve! (...) terem alguém que os pudesse supervisionar em termos de prescrição terapêutica (...) –EC</p> <p>(...) colegas nossos a trabalhar sem luvas, a gente não sabe o que se passa obviamente, aqui vemos alguém com luvas, aqui também não vemos! Mas que é um erro que eu cometo todos os dias (...) eu reconheço esses erros! –EF</p> <p>(...) quando nós somos recém-formados temos, à partida as bases teóricas para fazermos uma boa prestação nesse sentido, mas temos que estar atentos! –EG</p>	13
		D23-Dotações seguras	<p>(...) alocação dos recursos é importante mas essa é a velha questão, se muitos enfermeiros prestam bons cuidados ou se bons enfermeiros prestam melhores cuidados? –EA</p> <p>O serviço de urgência tem sempre muita afluência e o pessoal é sempre reduzido (...) –EH</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
D- CUIDADOS SEGUROS	D2-Percepção das Medidas de Segurança a Introduzir	D23-Dotações seguras	<p>Personalizar os cuidados, mas também há pouquíssimo pessoal, eu concordo que não fazem mais porque já não podem, não têm tempo! –EH</p> <p>(...) a gente às vezes diz – “Eh pá, tanto trabalho, a gente não tem mãos a medir para isto tudo!” –ED</p> <p>(...) a integração, há coisas às vezes que têm muito a ver com o facto de “não haver ovos para fazer omeletes” –EE</p> <p>(...) para melhorar esta situação não passa só por ter mais enfermeiros (...) não é pelo facto de termos três enfermeiros em balcão e às vezes termos uma sobrecarga de trabalho em cima da mesa de coisas para fazer (...) –EC</p> <p>É completamente diferente estar uma pessoa sozinha numa noite (...) por uma questão de qualidade da prestação de cuidados e também é um factor de segurança. –EG</p> <p>(...) as pessoas que estão na área da gestão dos vários serviços, tinham que contabilizar (...) em termos de cuidados de enfermagem (...) porque isso iria dar uma coisa que é muito importante, que é o rácio enfermeiro – doente (...) –EG</p>	7
		D24-Exercício baseado no conhecimento científico e em Protocolos de actuação	<p>Há muito esta aculturação, esta “culturalização” quase do meio onde eu vou trabalhar (...) o nosso exercício não é pautado por aquilo que eu sou enquanto enfermeira na minha profissão (...) têm esse protocolo (...) têm uma postura de uma profissão (...) –EA</p> <p>Conforme está no protocolo, e isso diminui-nos muito o erro, para além de criar aquele sentimento de pertença, de nós estarmos todos a trabalhar para um objectivo comum. –EA</p> <p>E eu como enfermeira e como conhecedora de algumas coisas, também posso questionar, eu não tenho que pôr em causa a prescrição médica mas a mim, eu tenho dúvidas porque a mim não me faz sentido (...) –ED</p> <p>(...) estas coisas nos serviços de urgência nem sempre são feitas como devia ser, como seguir os algoritmos, como saber protocolos (...) –EE</p> <p>(...) nós podermos executá-lo na prática é extremamente importante! –EF</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
D-CUIDADOS SEGUROS	D2-Percepção das Medidas de Segurança a Introduzir	D24-Exercício baseado no conhecimento científico e em Protocolos de actuação	<p>(...) o conhecimento quer teórico quer prático é fundamental. (...) Da enfermagem (...) –EF</p> <p>(...) acções de formação internas dos próprios serviços porque cada serviço é diferente, mas acho que isso era fundamental existir e que as pessoas participassem activamente. –EF</p> <p>(...) nomeadamente em termos de reanimação A, B, C, D, que é do suporte básico de vida (...) –EG</p> <p>(...) se acontece qualquer coisa desta forma com determinado procedimento tenho que ir ver noutro, ou até em termos de conhecimentos teóricos de cuidados de enfermagem, ou até patologias, situações com que nós não estamos familiarizados, muitos erros às vezes acontecem por nós não termos conhecimentos nessa área. –EG</p> <p>Mas se sempre fez assim é por algum motivo, independentemente de o terem ensinado a fazer assim, (...) depois tens o teu discernimento, a tua curiosidade para ir saber mais, até que ponto isto é assim, relacionares (...) –EG</p> <p>(...) haver protocolos e circuitos. Definidos, não quer dizer que não sejam mudados, podem até mudar todos os meses, mas as pessoas sabem que é assim, porquê e o que é que têm seguro para se agarrar para justificar! (...) é uma forma de segurar e sedimentar a nossa actuação! -EG</p>	11
		D25-Programas de integração personalizados	<p>(...) o facto de a integração na altura ter sido um mês e ter sido um período longo mas sempre turnos de manhãs, sempre muito acompanhado e não houve, digamos um desmame do excesso de acompanhamento para ficar sozinho. –EE</p> <p>(...) que não fosse tão comum entrarem tantos enfermeiros recém formados para o serviço de urgência. Acho que a integração poderia vir a começar noutro serviço. –EE</p> <p>(...) dizemos muitas às pessoas que vêm de novo – “Não tenham medo de perguntar, (R) nem que seja para a farmácia, ao médico”. –EC</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
D-CUIDADOS SEGUROS	D2-Percepção das Medidas de Segurança a Introduzir	D25-Programas de integração personalizados	<p>(...) embora tivesse tanto tempo de integração como os outros colegas têm, todos nós que entrámos de novo para o serviço tivemos o mesmo tempo de integração, mas por ser uma pessoa nova, pelas suas características pessoais (...) –EG</p> <p>(...) deveria de haver reuniões ao fim de três meses de a pessoa cá estar (...) no sentido de (...) (R) acompanhar o crescimento daquele novo elemento, os seus medos, os seus receios, porque é uma pessoa que vinha de novo, da escola, quais eram as expectativas que tinha, se está a corresponder, se não está. No primeiro ano deveria de haver uma reunião trimestral para as pessoas se sentirem mais acompanhadas (...) -EG</p>	5
		D26-Adequação das condições de trabalho	<p>(...) criar as melhores condições de trabalho possíveis, criar espaços mais abertos de modo a que a gente possa movimentar-se sem dar nas coisas, ter espaços para pôr as medicações como deve ser, as coisas todas certinhas...depois tentar não ter nada das grades, coisas com bicos (...) –EB</p> <p>(...) com o estabelecer de uma prioridade em termos de atendimento (...) melhora e ajuda-te mesmo em termos de erro, porque alguém que entra no serviço de urgência, já trás alguma referência, já te diz alguma coisa (...) –ED</p> <p>(...) tem que estar escrito, escreve e deixa aqui em cima da bancada de trabalho de enfermagem! Neste momento no nosso serviço, além de um local específico, temos uma box que diz “enfermagem”! –ED</p> <p>Não sei se em termos de horário se pode mudar em termos de horário para enfermeiros de urgência, se isso é viável, se não é viável. –EC</p> <p>Os enfermeiros começarem a ganhar mais para deixarem os duplos e os triplos (...) –EC</p> <p>(...) em termos de organização de serviço, que também tem aqui uma grande responsabilidade no sentido do ambiente, para que haja segurança, para que não se cometam determinados erros, porque muitos deles acontecem pelo ambiente que nos rodeia, ou pela pressão a que somos sujeitos (...) –EG</p> <p>(...) as condições de trabalho, o factor organização e metodologia são primordiais na promoção dessa segurança e do minorar de erros. –EG</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
D-CUIDADOS SEGUROS	D2-Percepção das Medidas de Segurança a Introduzir	D26-Adequação das condições de trabalho	(...) protocolos, as pessoas saberem que aquilo está naquele sitio sempre e quando precisam, dar segurança às pessoas em termos de ambiente no sentido de, eu preciso disto é ali que vou buscar porque já sei que não é mudado de sítio e que é ali! –EG	9
		D27-Sistemas de informações ao doente/família	E nós não conseguimos um sistema de informação correcto, para dar à família! –EF (...) o problema é que a maior parte não têm informações médicas (...) –EF (...) este é um problema, que deveria ser resolvido, as informações no serviço de urgência, levam-nos a muita confusão. -EF	3
		D28-Agilização da comunicação	(...) agilização da comunicação, dos circuitos da comunicação... –EA (...) os profissionais têm que se ouvir uns aos outros, o médico não pode estar no balcão a gritar que quer um sangue para a senhora da esquina, e para a senhora da cadeira e para a senhora que está na cadeira de rodas. -ED (...) falta aqui muito é a comunicação com a família, não nossa mas da parte médica, porque o diagnóstico se é médico também tem que ser eles a fornecer (...) -EF	3
		D29-Duplas verificações de medicação	Eu trabalhei em Inglaterra, não havia medicação nenhuma que não fosse administrada e assinada por duas pessoas. Confirmada e assinada por duas pessoas. –EA (...) nos países anglo-saxónicos, duas pessoas têm que assinar a medicação. (...) –EA Não quer dizer que depois não deva ser tudo confirmado, porque as coisas podem vir trocadas nas gavetas (...) –EA E nós temos sempre muito cuidado, quando detectamos isto vamos logo imediatamente à gaveta, ver se há lá mais medicação desta, às vezes acontece apanharmos lá mais medicação desta. -EC	4
		D291-Assumir a responsabilidade inerente à profissão	(...) profissionalização, (que) é um assumir de competências por parte dos enfermeiros, (...) É que os enfermeiros se assumam enquanto enfermeiros! Ser enfermeiro é ter responsabilidade naquilo que eu faço! É saber ser, é um	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
D-CUIDADOS SEGUROS	D2-Percepção das Medidas de Segurança a Introduzir	D291-Assumir a responsabilidade inerente à profissão	<p>saber estar, saber fazer (...) –EA</p> <p>Infelizmente nós quando erramos, erramos sempre na vida, na pessoa, mas esta é a nossa profissão, nós trabalhamos com pessoas! –EF</p> <p>Quando nós erramos (...) não há volta a dar! Mas nós já escolhemos esta profissão sabendo isso, isso é verdade, mas também ninguém quando escolhe uma profissão vem para a profissão para errar! A gente sabe é que ao longo da nossa vida há sempre erros (...) –EF</p> <p>Mas essa é a nossa actividade, nós só podemos fazer isto, só lidamos com pessoas! –EF</p> <p>(...) as pessoas de vez em quando falarem de ética, falarem do código deontológico, falarem do nosso REP (...) E quando nós de vez em quando vamos ouvir estas conversas de ética, nos momentos a seguir conseguimos ter aquilo em noção e acabamos por actuar sempre de maneira diferente. -EF</p>	5
		D292-Melhorar a eficácia dos cuidados de saúde primários	<p>(...) (R) muitas das vezes não tem onde recorrer, ou então quando recorre acha que não é bem atendido, bem visto, não tem confiança no médico assistente, médico de família, não está satisfeito com o nosso serviço de saúde, e recorre ao nosso serviço de urgência. –ED</p> <p>(...) tem que ser nos cuidados de saúde primários para diminuir a vinda dos doentes cá, que é alternativa (...) -ED</p>	2
		D293-Realização de Protocolos e reuniões em equipa pluridisciplinar	<p>(...) diminui a probabilidade de erro e cria uma relação de parceria entre a equipa multidisciplinar. (...) nós estamos, cá no serviço com o protocolo de dor, que foi realizado entre médicos e enfermeiros (...) –EA</p> <p>(...) haver mais reuniões multidisciplinares, não só de enfermeiros, não só de médicos mas juntar a equipa para que as coisas sejam no mesmo sentido da corda! -EE</p>	2
		D294-Informação à população sobre medidas de promoção da saúde e utilização dos Serviços de urgência	<p>(...) informar a população em geral, por exemplo, os panfletos sobre saúde, a televisão era um bom meio... não se auto medicarem, quando é que se deve recorrer ao hospital... aos serviços de urgência, o que é que fazer, por exemplo agora vem aí o verão, não levar os miúdos pequenos para a praia, não deixar as cadeirinhas em cima das mesas! –EA</p> <p>(...) mas isto não é uma coisa que esteja dependente de nós directamente,</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
D-CUIDADOS SEGUROS	D2-Percepção das Medidas de Segurança a Introduzir	D294-Informação à população sobre medidas de promoção da saúde e utilização dos Serviços de urgência	<p>porque tu num serviço de urgência tu não consegues fazer ensino a uma população, não consegues por muito que tentes! –ED</p> <p>(...) se nós conseguíssemos, em termos cívicos, em termos de idas à urgência só de situações realmente urgentes, eu acho que isso era um factor que diminuía o erro no serviço de urgência. -ED</p>	3
		D295-Apoio informático	<p>(...) colocar as coisas, num sistema informático, informatizado, por exemplo a farmácia mandar automaticamente as coisas todas organizadas (...) –EA</p> <p>(...) os protocolos também faz parte da informatização. -EA</p>	2
		D296-Abolir a transcrição da prescrição	Deixar de fazer transcrição, por exemplo! -EA	1
		Sub-total		87
	D3-Sistemas de Gestão do Risco Clínico	D31-Características dos sistemas de reporte de erros	<p>(...) o grande valor seria de diminuir o erro e de beneficiar o doente... seria um bom instrumento, de formação (...) aos pares! –EA</p> <p>Acontece qualquer coisa, então e agora a quem é que eu vou comunicar? Comunico à chefe. E depois a chefe comunica a quem? (...) faz todo o sentido hver um núcleo (...) –EB</p> <p>(...) tem seguimento (...) –EB</p> <p>(...) a nível Nacional (...) –EB</p> <p>Para além da análise da própria situação, haver as soluções para tudo isso e até haver ideias para minimizar as coisas (...) –EB</p> <p>(...) por estudos feitos (...) –EB</p> <p>Às vezes ocorrem coisas graves e não estou só a falar em termos de enfermagem, ao nível da saúde. (...) teria outros profissionais que não fosse só a enfermagem? Pois. E até que ponto nós podemos denunciar um erro de outro profissional que não seja da nossa categoria profissional? -EH</p> <p>(...) se as pessoas tiverem conhecimento de algum erro (...) a pessoa pode imaginar que houve erro, que houve um engano, que houve qualquer coisa que não correu bem, e a pessoa faz queixa no livro amarelo de forma a obter uma resposta. (...) Para os profissionais. –ED</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
<p>D-CUIDADOS SEGUROS</p>	<p>D3-Sistemas de Gestão do Risco Clínico</p>	<p>D31-Características dos sistemas de reporte de erros</p>	<p>(...) se houver alguma coisa em termos de administração de medicação, reacções adversas (...) Tu escreves (...) –ED</p> <p>Se não existe eu acho que devia ser criado por uma razão, (...) nós aprendemos com os erros dos outros! –ED</p> <p>E se nós tivermos um espaço, seja ele qual for, se tu quiseres debater o erro (...) que tenha um gabinete (...) –ED</p> <p>(...) é excelente porque se tu tiveres alguém responsável por essa análise, tentar perceber o que é que se passou, imagina que é um erro que até é frequente em vários profissionais de saúde, (...) (R) vale a pena, se isso estiver tudo reportado (...) –ED</p> <p>(...) (para) todos os profissionais, não tens que identificar a pessoa em causa, não tens que apontar a dizer que foi a pessoa A do hospital B que fez, não! –ED</p> <p>Um programa desses, por um lado vai ajudar, porque se as pessoas tiverem conhecimento de situações que surjam (...) perante determinada situação as pessoas se já ouvirem que houve um erro assim, por isto ou por aquilo... –EC</p> <p>Isso depois tem que ser (...) um programa de erros clínicos, gerais! –EC</p> <p>Não haverá situações que não devem ficar paradas, aquilo deve ser encaminhado e levado para a frente, as pessoas chamadas à atenção, será que isso que vai acontecer, ou tudo bem, está lá relatado e não passamos daqui? –EC</p> <p>(...) não é só aqui, neste hospital ou neste País (...) um <i>feedback</i> das situações que vão sendo relatadas. (...) era de todos os profissionais! –EC</p> <p>Teria que ser a pessoa estar salvaguardada (...) o erro é uma coisa muito delicada (...) confidencial (...) –EF</p> <p>(...) trabalhar o erro do ponto de vista de apoiar a pessoa do ponto emocional</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
D- CUIDADOS SEGUROS	D3-Sistemas de Gestão do Risco Clínico	D31-Características dos sistemas de reporte de erros	<p>e do ponto de vista psicológico (...) –EF</p> <p>Nacional (...) –EF</p> <p>(...) a nível Nacional as pessoas fazerem, ou é um site onde as pessoas cheguem lá e... Porque assim dava para toda a gente! –EG</p> <p>(...) um certo anonimato (...) mas isso punha ao critério de cada um! -EG</p>	22
		D32-Desenho de sistemas de reporte de erros	<p>(...) se me aparecesse aqui um sistema e eu percebesse o que era (...) para além da estatística, que me possa ajudar a mim enquanto coordenadora do serviço e possa depois dizer - “Olhe aconteceram estes tantos erros; estes tantos erros foram nesta área, por exemplo administração de medicação ou... e isto decorreu, por exemplo, por falta de pessoal!” , é um bom instrumento de gestão!... –EA</p> <p>(...) agora depende também, do modo como o programa estivesse formatado, conseguido! –EA</p> <p>(...) para a ocorrência do erro em si e depois por todo o apoio que é necessário ter, como se tem da criança maltratada, como se tem de higiene hospitalar, como se tem de uma série de coisas, era importante! (...) havendo um núcleo de trabalho, toda a gente a trabalhar para o mesmo, a falar sobre o mesmo, é diferente de uma (pessoa) que ocorre-lhe uma situação, acontece-me isto, e agora vou falar com quem? -EB</p> <p>Penso que era importante, (R) porque às vezes as coisas acontecem e a quem há-de, com o chefe de serviço acho que sim, mas depois muitas vezes as coisas não passam dali. –EH</p> <p>(...) se houver uma forma, se forem levados a falar e a comunicar sobre eventuais erros, era mais fácil para os profissionais começarem a debelá-los e não a escondê-los. -EE</p>	5
		D33-(Des) vantagens dos sistemas informatizados	<p>(...) até o erro que pode ocorrer por tu teres perdido alguma coisa, é muito maior do que se estiver tudo em sistema informático! –ED</p> <p>Porque se tu tiveres em sistema informático, tens que ter a garantia que aquele número e aquele nome correspondem aquele doente, aquela prescrição está feita por aquele médico naquele doente (...) –ED</p>	

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.
D- CUIDADOS SEGUROS	D3-Sistemas de Gestão do Risco Clínico	D33-(Des) vantagens dos sistemas informatizados	<p>(...) imagina que a prescrição é feita numa ficha em termos informáticos, que não é aquele doente (...) (R) Há um erro na mesma! A probabilidade é que tu podes, se tiveres tempo para leres aquilo que está, a avaliação que está, quando muito podes é alertar para... –ED</p> <p>(...) vai alertar todos os profissionais o que aconteceu, nem que tenha sido uma única vez com alguém (...) –ED</p> <p>(...) eu vou encarar as coisas é feita de forma diferente e é uma mais valia para te prevenir! Isto tem a ver com precaução (...) –ED</p> <p>È para bem de todos, para nosso e para deles a quem prestamos cuidados. –ED</p> <p>(...) eu podia chegar lá e escrever ou fazer uma reflexão sobre, ou descrever completamente o que é que me tinha acontecido (...) –EG</p> <p>(...) seria benéfico (...) cada um podia sempre tirar a sua interpretação daquilo que estava a ler, mas era uma forma informal das pessoas estarem, terem mais algo, não é bem a que recorrer mas (...) mais uma partilha. –EG</p>	8
		D34-Aplicação de sistemas informatizados de gestão de tempo/actividades/Triagem por prioridades	<p>(...) eu conheço o ALERT que é um sistema informático de gestão de tempos e de actividades... –EA</p> <p>(...) fala-se que vamos ter o ALERT em que tudo é computadorizado desde a entrada do doente no serviço de urgência, passando pela admissão, serviço de atendimento... Eu acho que é ótimo! Em termos de erro é capaz de diminuir o erro. –ED</p> <p>(...) todos os serviços de urgência (...) em todo o País, (...) (R) deviam ter um sistema de triagem em termos de estabelecimento de prioridades (...) eu acho que é uma mais valia! –ED</p>	3
		Sub-total		38
		Total		141

