

O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva¹

Sabrina da Costa Machado Duarte²

Ana Beatriz Azevedo Queiroz³

Andreas Büscher⁴

Marluci Andrade Conceição Stipp⁵

Objetivos: identificar os erros no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva e analisá-los de acordo com a teoria do erro humano. **Método:** estudo qualitativo, descritivo e exploratório, cujo cenário foi o Centro de Terapia Intensiva de um hospital da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela. Participaram 36 profissionais da equipe de enfermagem. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada, observação e análise lexical através do programa ALCESTE®. **Resultados:** o erro humano na assistência de enfermagem pode ser relacionado à abordagem do sistema, através das falhas ativas e condições latentes. As falhas ativas são representadas pelos erros na administração de medicamentos e não elevação das grades dos leitos. As condições latentes podem relacionar-se às dificuldades na comunicação entre a equipe multiprofissional, falta de normas e rotinas institucionais e ausência de recursos materiais. **Conclusão:** os erros identificados interferem na assistência de enfermagem e recuperação da clientela, podendo causar danos. Entretanto, são tratados como ocorrências comuns e inerentes ao cotidiano. Enfatiza-se a necessidade de reconhecimento destas ocorrências, estimulando a cultura de segurança na instituição.

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

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Segurança do paciente no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva: compreendendo o erro humano", apresentada à Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil, processo nº BEX 14025/13-2.

² Doutoranda, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Professor Assistente, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ PhD, Professor Adjunto, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴ PhD, Professor Doutor, Hochschule Osnabrück, University of Applied Sciences, Osnabrück, Alemanha.

⁵ PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência:

Sabrina da Costa Machado Duarte
Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery
Av. Afonso Cavacanti, 275
Bairro: Cidade Nova
CEP: 20211-110, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: inamachado@globo.com

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

O Centro de Terapia Intensiva (CTI) é um local de tratamento especializado, onde o papel do enfermeiro especialista evoluiu para atendimento das necessidades de saúde e contexto de mudança dos cuidados de enfermagem. O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) definiu este profissional além do nível generalista, autorizado a exercer atividades especializadas, com avançada experiência em um ramo da área de enfermagem⁽¹⁾.

Devido à complexidade da clientela atendida no CTI, o cuidado intensivo deverá ser prestado de maneira rápida, envolvendo diversos procedimentos e produzindo um grande volume de informações. Para tal, é necessário um número elevado de profissionais, além de aperfeiçoamento profissional constante, investimento em boa comunicação, atenção ao trabalho em equipe, clima de segurança e satisfação das atividades realizadas⁽²⁻³⁾.

Em relação à segurança do paciente, nos últimos anos, os esforços para evitar erros têm aumentado nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. No entanto, são necessários mais recursos para a formação, investigação e implementação das práticas de prevenção de erros. Para melhorar a qualidade dos cuidados, os profissionais de saúde precisam tratar este assunto como prioridade, pois promover a cultura de segurança é um elemento-chave para estimular a comunicação de erros nas organizações de saúde⁽³⁾.

A segurança do paciente também pode relacionar-se ao tempo de hospitalização, pois em pacientes sob cuidados críticos, muitas vezes, há dificuldade em avaliar o grau de dano atribuído à ocorrência de erro e eventos adversos⁽⁴⁾.

Desta forma, a equipe de enfermagem atuante no CTI deve estar preparada para as dificuldades cotidianas, relacionadas à complexidade da assistência e a cobranças dos pacientes e familiares, equipe multiprofissional e instituição. A ocorrência do erro poderá gerar sentimentos de frustração e vergonha, dificultando a adequada notificação.

O erro humano interfere diretamente na segurança do paciente, definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário, associado ao cuidado de saúde⁽⁵⁾.

O erro ou incidente também pode ser compreendido como um evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente,

oriundo ou não de atos intencionais. Quando não atinge o paciente ou é detectado antes, pode ser denominado de *near miss* (quase erro). Quando o atinge, sem causar danos discerníveis é denominado incidente sem dano. E quando resulta em dano discernível, incidente com dano ou evento adverso⁽⁵⁾.

O evento adverso é a forma mais simples de se reconhecer o erro quantitativamente, pois causa danos diretos, sendo mais facilmente identificados. Na literatura científica são poucos os relatos de erros que não causaram danos à clientela e os mesmos podem não ser reconhecidos pela equipe no cotidiano da assistência.

Este estudo possui como objetivos identificar os erros no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva e analisá-los de acordo com a teoria do erro humano de James Reason⁽⁶⁾.

Métodos

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, cujo cenário foi o Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital geral, de esfera administrativa federal, integrante da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A equipe de enfermagem do referido CTI é composta por 83 profissionais, tendo participado deste estudo 36, sendo 13 enfermeiros e 23 auxiliares de enfermagem. Os participantes foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão: estar lotado no CTI, cenário do estudo, e atuar no setor há mais de seis meses. O critério de exclusão foi: estar afastado do CTI no período de coleta dos dados, por motivos de férias e licenças diversas.

O perfil dos participantes caracterizou-se a partir do sexo, categoria profissional, idade, tempo de formação e tempo de atuação no CTI. O anonimato foi mantido, sendo conferido um codinome através da sigla Suj., seguida pela numeração, de acordo com a ordem de realização das entrevistas, sendo Suj.1, Suj.2, Suj.3, sucessivamente.

Os dados foram coletados entre julho e setembro de 2013, através de entrevistas individuais e observação participante. Os instrumentos foram elaborados pelos autores e o roteiro de entrevista semiestruturada consistiu das seguintes perguntas: como você compreende o erro humano na assistência de enfermagem? Quais são as situações de erro que você identifica no cotidiano da assistência de enfermagem? As entrevistas foram gravadas em MP4 e transcritas pela entrevistadora.

O roteiro de observação participante direcionou a atividade através dos seguintes tópicos: o cenário é

propício à segurança do paciente e prevenção do erro humano? Como os participantes se inter-relacionam? Identificar possíveis situações de erro. O tempo utilizado foi de 130 horas e as observações foram relatadas em um diário de campo, sendo registradas situações cotidianas, relatos e respostas dos participantes aos questionamentos e impressões e narrativas da entrevistadora.

Para coleta dos dados, os participantes receberam informações sobre o estudo e objetivos, assegurado que o conteúdo coletado somente seria utilizado mediante autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise dos dados das entrevistas foi do tipo lexical, sendo utilizado o programa computacional *Analyse Lexicale par Context d'un Ensemble de Segments de Texte* - ALCESTE®. Os dados provenientes da observação foram submetidos à análise etnográfica e os resultados foram apresentados de forma complementar aos que foram gerados pelo ALCESTE®. Os resultados obtidos foram submetidos à análise crítica dos autores, de acordo com literatura científica e a teoria do erro humano de James Reason.

O software ALCESTE® foi desenvolvido por Max Reinert, na França, na década de 70 e apoia-se em cálculos efetuados sobre a coocorrência de palavras em segmentos de texto. No entanto, o objetivo do ALCESTE® não é o simples cálculo das palavras isoladamente, mas a organização de um discurso, ao colocar em evidência os mundos lexicais⁽⁷⁾.

No programa, o vocabulário de um enunciado constitui uma referência e tem uma função, uma intenção de sentido do sujeito enunciativo e pontos diferentes de referência produzem diferentes maneiras de falar. A análise através do ALCESTE® distingue classes de palavras que representam diferentes formas de discurso sobre o objeto de estudo, empregando-se a análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e oferecendo classes lexicais que são caracterizadas pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos que compartilham este vocabulário⁽⁸⁾.

Para esta análise, foi preparado um *corpus*, buscando-se a correção dos erros ortográficos e vícios de linguagem. Cada entrevista equivale a uma Unidade de Contexto Inicial (UCI) e desta forma, o programa analisou 36 UCIs, precedidas por suas respectivas linhas de comando, formadas pelas variáveis que corresponderam à caracterização dos participantes do estudo. Após o reconhecimento do programa das UCIs, o material foi dividido em Unidades de Contexto

Elementar (UCE), que são segmentos de texto de três a seis linhas, com o menor fragmento de sentido.

O *corpus* originou três classes lexicais, nomeadas de acordo com a análise dos significados e sentidos das palavras correspondentes e das UCE mais significativas de cada classe. No entanto, para fins deste estudo, serão explorados e discutidos os conteúdos presentes na classe 3, onde concentram-se os léxicos referentes aos objetivos deste estudo. De acordo com os sentidos léxicos, a mesma foi denominada de "O erro humano na assistência de enfermagem em terapia intensiva".

Quanto aos aspectos éticos e legais, o estudo foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), através da Plataforma Brasil e aprovado conforme os protocolos 229.926 e 000.493, sendo respeitados todos os aspectos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos.

Resultados

Participaram deste estudo 36 componentes da equipe de enfermagem, sendo 13 enfermeiros (36%) e 23 auxiliares de enfermagem (64%). Em relação ao sexo, 81% pertenciam ao sexo feminino e 19% ao masculino. A faixa etária variou de 30 a 59 anos, onde 61% tinham de 30 a 39 anos, 31% de 40 a 49 anos e 8% de 50 a 59 anos.

Quanto ao tempo de formação profissional, 40% dos entrevistados possuíam menos de 10 anos de formação, 37% de 11 a 20 anos, 18% de 21 a 30 anos e 5% mais de 31 anos. Referente ao tempo de atuação no CTI, 19% possuíam menos de três anos, 73% de quatro a 10 anos, e 8% de 21 a 30 anos.

O *corpus* analisado pelo ALCESTE® obteve 74% de aproveitamento, com 4.466 formas distintas ou palavras analisáveis, 1.181 UCE selecionadas, das quais, 73% foram classificadas em três classes, divididas em dois blocos temáticos. O primeiro bloco temático originou apenas a classe 3, foco deste estudo, e obteve representatividade de 34% do total do *corpus*, composto por 161 palavras analisáveis e 292 UCE.

O erro humano na assistência de enfermagem em terapia intensiva

Foram identificados os erros no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. Através da análise lexical observou-se a formação dos núcleos temáticos a serem discutidos, compreendendo-se a ligação de palavras, como: contaminação - raios

X - laboratório, trocar - leito - nome, e mexer - bomba - nora.

Os erros de medicação foram mencionados pelos participantes e ilustrados através das palavras medicação (Khi2 101), paciente (Khi2 75), colocar (Khi2 45) e trocar (Khi2 42), remetendo às problemáticas no preparo e administração dos medicamentos.

E ainda mais agora (...), não dá pra ficar quieto, senão pode tudo virar uma bagunça. Tem que passar pra frente, passar pra chefia. Por exemplo, hoje eu peguei as prescrições e ontem, tinham três enfermeiros aqui, e em todas as prescrições, não tinha nenhuma checagem do dia (UCE 519).

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

A equipe de enfermagem também associou a manipulação inadequada das bombas de infusão ao erro na administração de medicamentos. *Às vezes não sabe manipular direito a bomba, ou falta de atenção. Já aconteceu, como um dormonid que tem que correr até amanhã e você olha 02 horas depois e já entrou tudo, e aí o paciente tá hipotenso e todo descompensado (UCE 283).*

No cotidiano da assistência, o alarme das bombas era, muitas vezes, ignorado, devido à multiplicidade de tarefas executadas pelos profissionais. Algumas vezes, todos os profissionais encontravam-se ocupados nos cuidados aos pacientes e quando um alarme soava não era prontamente atendido, permanecendo ativo, às vezes, de 10 a 15 minutos. Fato identificado durante observação, onde o alarme de uma bomba de infusão disparou durante 15 minutos, sem que ninguém verificasse o que estava acontecendo. Desta forma, silencieei o alarme e verifiquei que a solução salina com eletrólitos que estava sendo infundida havia terminado. Comuniquei a equipe, que instalou nova solução (trecho do diário de campo).

Simplesmente não avisam, a bomba de nora apitando porque acabou a solução e você está no leito com outro paciente e passa um residente ou qualquer outra pessoa e vai lá e para ou tira o alarme e não fala pra ninguém (UCE 834).

Os participantes também mencionaram a falta de comunicação entre a equipe multiprofissional, principalmente entre equipe médica e equipe de enfermagem. *Na medicação, um erro que eu vejo mais frequente é a troca de medicação, geralmente entre a prescrição e o que está na bomba, a medicação que está correndo mas*

não está prescrita e a medicação que está prescrita e não está correndo (UCE 805).

A não elevação das grades do leito foi citada e relacionada ao risco de queda do leito, com danos à clientela atendida. Esta problemática foi identificada através das palavras leito (Khi2 41) e grade (Khi2 26).

Outra coisa que já presenciei foi descuido e o paciente cair do leito (UCE 768).

Por exemplo, a grade. Às vezes pegamos paciente desorientado e, às vezes, nem tanto a enfermagem, mas pegamos a grade abaixada (UCE 745).

Ao acompanhar o banho no leito, realizado por um técnico de enfermagem, identifiquei que o mesmo saiu quatro vezes de perto do leito para buscar material, deixando a paciente que estava acoplada a prótese ventilatória através de tubo orotraqueal (TOT) e sedada, com cabeceira a zero grau, exposta e com todas as grades abaixadas. Questionei sobre o ocorrido e o mesmo justificou-se afirmando que a paciente estava sedada com propofol e que ele tinha certeza de que nada aconteceria (trecho do diário de campo).

A esta temática relacionam-se a contenção e vigilância de pacientes agitados, uma vez que alguns leitos do CTI não podem ser visualizados diretamente do posto de enfermagem.

Inclusive uma situação que já aconteceu comigo e nem sei se posso considerar uma falha humana, mas simplesmente quando eu vi, o paciente estava no corredor. Um paciente com PAM, acesso profundo e ele desconectou tudo, pulou a grade e foi para o corredor. (...) Foi aquela correria, tinham poucos funcionários e aconteceu isso. Sangue de PAM para todos os lados, perdeu o acesso profundo. Também tem o paciente mal contido que se extubou, e há dois atrás aconteceu isso (UCE 769-770).

A não elevação das grades também foi relacionada à qualidade do mobiliário utilizado no CTI, dada à dificuldade de travamento das grades do leito. *A grade que abaixa é rente e se você não colocar direito, ela vai abaixar. Então você pode não travar ela direito e ela abaixar. Tem outros problemas também em relação à cama, aos fios, porque ela fica colada ao colchão e quando você abaixa, se você não observar tudo o que tem em volta, você arranca uma sonda, então, além da cama ser ruim, a grade também não é boa (UCE 132-133).*

A ocorrência de extubações não programadas relacionou-se à realização dos exames de radiografia no leito, através da palavra raios X (Khi2 36). *E você vai olhar e o paciente está com aquilo bonitinho, está ventilando, mas está desposicionado, porque às vezes, o raio-x passou, tracionou e você olhava de longe e achava que estava tudo bem, mas quando você vai ver, ele está extubado (UCE 804).*

Os recursos materiais inadequados e a falta de manutenção também foram citados, sendo destacada a ocorrência de problemas com o monitor de transporte, durante o encaminhamento de um paciente hemodinamicamente instável para exame fora do CTI. *Aí o que aconteceu, eu peguei o monitor imediatamente e falei pra sumir com ele daqui, tanto é que sumiram com ele. Eu falei, chamei o técnico responsável e falei que tinha pedido pra ele ver e ele não viu, então eu falei que não queria mais ele aqui e se tivesse exame, eu não ia descer por causa dele.(...) Porquê já tem meses que a gente pede pra ver esse monitor e teve que acontecer uma coisa assim pra ter uma solução mais drástica, pra levar o monitor e dar um jeito, e ele trouxe outro no mesmo dia* (UCE 516-517).

A utilização inadequada de capotes e luvas, e a lavagem inadequada das mãos pelos profissionais, também foram citadas, e podem contribuir para a disseminação de infecção cruzada, sendo associada às palavras capote (Khi2 37), raios X (Khi2 36) e luva (Khi2 26).

A gente sempre teve a rotina de todos usarem capote. Só que a enfermagem usa capote, a equipe médica não, raio-x não, laboratório não. Mas só a enfermagem é cobrada em relação a isso. Outra coisa que eu já percebi, é que a equipe médica não sabe colocar nem tirar o capote, não usam luva, viram a manga (UCE 935).

Através da observação, foi identificado o uso de capote para todos os pacientes, independentemente da necessidade ou não de precaução de contato, sendo o tipo de precaução sinalizado através de uma placa acima do leito. Questionei à equipe e fui informada de que se trata de uma rotina antiga e que atualmente a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da instituição preconiza o uso de capotes apenas para os pacientes em precaução de contato, entretanto, como a equipe de enfermagem é notificada tardiamente pela equipe médica sobre a necessidade ou não de precaução, optam por utilizar capotes em todos os pacientes (trecho do diário de campo).

Observou-se que, alguns profissionais higienizavam e lavavam as mãos adequadamente aos cuidados de enfermagem, enquanto outros não, além de caminharem pelo setor com luvas usadas. (...) Durante o banho no leito, uma técnica de enfermagem que trajava capote e luvas saiu do leito para realizar os registros no balanço hídrico sem retirar a paramentação, caminhando pelo CTI e tocando em outros equipamentos (trecho do diário de campo).

Os participantes destacaram dificuldade em modificar a cultura já estabelecida e a necessidade de reorganização das normas e rotinas do CTI. *Tem que*

sinalizar. Hoje foi um dia, na hora que eu recebi o plantão eu tive que (...) falar. O que tá havendo com esses pacientes? Parecia que tinha passado um furacão aqui (UCE 523).

A equipe de enfermagem queixou-se sobre a falta de treinamento e capacitação profissional, estabelecimento de normas e rotinas, e melhor definição das funções de cada categoria profissional. Também referiu falta de comprometimento da própria equipe, levando-os, muitas vezes, a atuarem "no automático", prejudicando a assistência (trecho do diário de campo).

Discussão

O erro humano interfere na assistência de enfermagem e recuperação da clientela do CTI. Muitas vezes, os erros podem ser pormenorizados e classificados como inerentes ao cotidiano hospitalar, resultando ou não em danos aos pacientes.

Na teoria do erro humano, também conhecida como "Modelo do Queijo Suíço", os erros podem ser estudados sob dois aspectos: aproximação pessoal e aproximação do sistema, onde a primeira está relacionada aos atos inseguros realizados pelas pessoas. Em contrapartida, a aproximação do sistema considera que os seres humanos falham e erros são esperados, mesmo nas melhores organizações, considerando-os mais uma consequência que uma causa, originando-se nos fatores sistêmicos⁽⁶⁾.

A ideia central de sistemas de defesa, como o "Modelo do Queijo Suíço", baseia-se na aproximação pessoal e considera que quando um evento adverso acontece, o que importa não é quem cometeu o erro, mas como e porque as defesas falharam. Idealmente, cada mecanismo de defesa deve estar íntegro, porém, estes mecanismos possuem falhas inofensivas, individualmente, mas quando alinhadas levam à probabilidade de ocorrência do evento perigoso⁽⁹⁾.

Os furos nas defesas ocorrem por duas razões: falhas ativas e condições latentes. As falhas ativas são representadas pelos atos inseguros, cometidos pelas pessoas que estão em contato direto com o sistema, podendo assumir as formas de deslizos, lapsos, perdas, erros e violações. Neste estudo, as falhas ativas são representadas pelos erros na administração e checagem de medicamentos, não elevação das grades dos leitos, vigilância inadequada dos pacientes, uso inadequado de capotes e luvas e lavagem inadequada das mãos.

Um estudo de coorte transversal e retrospectivo, realizado em uma clínica cirúrgica de um hospital da Rede Sentinela, confirmou os dados apresentados, identificando como incidentes mais frequentes, omissão

da dose dos medicamentos (em 34,6%, das 2.610 internações acompanhadas) e ausência da checagem de medicamentos (29,3%)⁽¹⁰⁾.

No que tange ao risco e gravidade dos erros de medicamentos, um estudo exploratório realizado em uma clínica médica de outro hospital da Rede Sentinela, identificou 52 falhas que podem ocorrer durante o processo de administração de medicamentos. O maior potencial de falhas foi identificado na administração de medicamentos (30,8%), seguido pelo preparo de medicamentos (23,1%). O estudo destaca que, 66,2% das ocorrências foram consideradas de gravidade média, exigindo monitoramento, avaliação e tratamento especializado para reversão do dano, o que interferiu no tratamento de base, com prolongamento do tempo de hospitalização, e 27,5% foram ocorrências de alta gravidade, que necessitaram de intervenções para manter a vida do paciente⁽¹¹⁾.

A não elevação das grades do leito e a falta de vigilância do paciente foram relacionadas, nas entrevistas, ao risco de queda e extubações não programadas. Devem-se considerar os danos que estas ocorrências podem gerar para a integridade física e emocional dos pacientes, além de estresse aos profissionais e consequências financeiras para a instituição. A prevenção de quedas é considerada um dos focos para a segurança do paciente, listados e revisados recentemente pelo *National Quality Forum* (NQF), organização norte-americana sem fins lucrativos, que visa melhoria da qualidade na área da saúde⁽¹²⁾.

As quedas são comuns nos hospitais, apontadas como responsáveis por dois de cinco eventos adversos. As lesões decorrentes das quedas ocorrem entre 15% e 50% dos eventos, resultando em grande variedade de danos, como síndrome pós-queda, aumento da morbidade, comprometimento da recuperação e aumento do prazo de hospitalização⁽¹³⁾.

Os prejuízos da queda também estão relacionados ao tempo de permanência hospitalar e aumento dos custos no cuidado. Estudos internacionais relatam uma vasta gama de valores para incidência de queda hospitalar, variando 2% a 15% de pacientes internados que sofreram pelo menos uma queda⁽¹⁴⁾.

As extubações não programadas podem ser relacionadas à contenção física, nível de sedação, atividade e status mental do paciente, consideradas ocorrências frequentes em pacientes criticamente doentes e associadas ao aumento da morbidade e mortalidade hospitalar. As extubações também podem ocasionar hipoxemia, atelectasia, pneumonia associada

à ventilação mecânica, lesão em traqueia, instabilidade hemodinâmica e parada cardíaca⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

As condições latentes são representadas pelas patologias intrínsecas do sistema e surgem a partir das decisões dos profissionais de nível gerencial mais alto, podendo ou não provocar erros. Assim, pode-se relacioná-las às dificuldades na comunicação entre a equipe multiprofissional, uso inadequado das bombas de infusão, falta de normas e rotinas institucionais, falta de recursos materiais, insumos inadequados e falta de manutenção.

Estas ocorrências associam-se ao gerenciamento dos recursos humanos, materiais e estruturais, pois sem um gerenciamento adequado não é possível prever e prover uma assistência segura e de qualidade.

Um estudo realizado em um hospital do Chile destacou que um gerenciamento inadequado pode levar à ocorrência de erros e eventos adversos, destacando o déficit no cumprimento das normas e rotinas institucionais, na supervisão da assistência de enfermagem e inexperiência profissional como os principais fatores que podem contribuir para tais ocorrências⁽¹⁷⁾.

Em relação à comunicação entre a equipe multiprofissional, destaca-se a heterogeneidade do grupo, podendo ser positivo ou criando dificuldades e conflitos, influenciando na aprendizagem e relacionamentos bem-sucedidos e cooperativos. É fundamental que o grupo heterogêneo torne-se uma equipe, com metas e objetivos comuns, adquirindo fluidez no processo de comunicação entre todos os membros.

Uma pesquisa na indústria da aviação mostrou que a maioria dos acidentes de avião estava relacionada a falhas na comunicação e no trabalho em equipe. Assim, o *Crew Resource Management* (Gestão de Recursos de Tripulação), um programa que objetiva melhorar a segurança aérea no cenário mundial, visa, prioritariamente, o treinamento de trabalho em equipe, reduzindo o erro humano nos voos. Corroborando esta afirmação, o relatório do *Institute of Medicine* (IOM), destacando que um melhor trabalho em equipe reduz os erros no sistema de saúde⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Ao uso inadequado das bombas de infusão associa-se a necessidade de treinamento e capacitação da equipe de enfermagem e estabelecimento de normas e rotinas institucionais. Assim, os gestores poderão estimular a cultura de segurança, além de aumentar o diálogo e a capacidade de trabalho em grupo dos envolvidos, de forma que algumas problemáticas poderão ser tratadas, como o uso adequado de EPI e a lavagem das mãos.

Quanto aos mobiliários e insumos de baixa qualidade e falta de manutenção, é importante destacar como estes fatores são estressantes para as equipes de enfermagem e multiprofissionais, afetando a assistência prestada e aumentando os gastos institucionais. Contudo, destaca-se que, a equipe de enfermagem possui papel fundamental no gerenciamento e uso de tais recursos, além de ser a maior força de trabalho da instituição⁽²⁰⁾.

A análise dos dados permitiu identificar que, a equipe de enfermagem reconhece a ocorrência do erro humano no cotidiano da assistência. A vida cotidiana é a vida de todo homem, de forma heterogênea, hierárquica, espontânea, econômica e baseada em juízos provisórios⁽²¹⁾.

O erro no cotidiano da assistência de enfermagem pode ser relacionado à alienação da vida cotidiana, quando o indivíduo realiza apenas o seu trabalho na divisão social do trabalho, fato comum no CTI, dada a mecanização das atividades. Assim, o indivíduo alienado deixa de participar conscientemente das atividades, podendo cometer erros, danosos ou não, mas que afetarão a segurança do paciente.

Conclusão

Este estudo permitiu conhecer os principais erros no cotidiano da assistência de enfermagem, de acordo com a equipe. Dentre os erros mais comuns, destacaram-se os associados aos atos inseguros, como a falta de checagem de medicamentos e uso inadequado de EPI; e os associados ao sistema institucional, como a baixa qualidade de insumos materiais e falta de normas e rotinas institucionais.

Através da teoria do erro humano foi possível compreender que os erros identificados complementam-se e não acontecem isoladamente. Desta forma, é fundamental destacar que, tanto a instituição, quanto os funcionários estão diretamente envolvidos nas ocorrências. Contudo, mais importante do que culpabilizar é (re)conhecer o erro, tratando-o adequadamente e estimulando a adoção de medidas preventivas, além de desmistificar a cultura de segurança.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se a dificuldade na realização das entrevistas, dada a sobrecarga de trabalho e o quantitativo reduzido de profissionais no cenário estudado.

Os resultados desta pesquisa relacionam-se a uma realidade, sendo importante que seja replicada em outras instituições, o que, certamente, contribuirá para

o reconhecimento e prevenção de erros em todas as áreas de atuação da equipe de enfermagem.

Referências

1. Dury C, Hall C, Danan J-L, Mondoux J, Aguiar Barbieri-Figueiredo MC, Costa MAM, et al. Specialist nurse in Europe: education, regulation and role. *Int Nurs Rev*. [Internet]. 2014 [Acesso 11 jun 2015];61(4):454-62. Disponível em: <http://onlinelibrary-wiley-com.ez29.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/inr.12123/full>
2. Mello JF, Barbosa SFF. Patient Safety Culture in Intensive Care: Nursing Contributions. *Texto Contexto Enferm*. out-dez 2013;22(4):1124-33.
3. Abdi Z, Delgoshaei B, Ravaghi H, Abbasi M, Heyrani A. The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit. *J Nurs Manage*. [Internet]. 2015 [Acesso 11 jun 2015];23(3):333-45. Disponível em <http://onlinelibrary-wiley-com.ez29.periodicos.capes.gov.br/enhanced/doi/10.1111/jonm.12135/>
4. Giordani F, Rozenfeld S, Martins M. Adverse drug events identified by triggers at a teaching hospital in Brazil. *BMC Pharmacol Toxicol*. 2014;15:71.
5. Bates DW. World Health Organization. Patient Safety. Research Introductory Course - Session 1. What is patient safety? [Internet]. Geneve: WHO; 2012. [Acesso 11 jul 2014]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/research/online_course/en/
6. Reason J. Human error: models and management. *BJM*. [Internet]. 2000 [Acesso 11 jun 2014];320:768-70. Disponível em: www.bmj.com
7. Azevedo DM, Miranda FAN. The social representations theory and ALCESTE: theoretical-methodological contribution in qualitative research. *Sau Transf Soc*. [Internet]. 2012 [Acesso 13 jun 2015];3(4):4-10. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2653/265324588003.pdf>
8. Reinert M. Alceste: une méthode statistique et sémiotique d'analyse de discours; Application aux Rêveries du promeneur solitaire. *Revue Française Psychiatr Psychol Méd*. 2001;05(39):32-6.
9. Susan JC, Robin N, Jody P, Akkeneel T. Effectiveness of the Surgical Safety Checklist in Correcting Errors: A Literature Review Applying Reason's Swiss Cheese Model. *AORN J*. [Internet]. 2014 July [Acesso 15 jun 2015];100(1):65-79. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2013.07.024>
10. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Santos ALM, Silva AEBC. Prevalence and factors associated with incidents related to medication in surgical patients. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2014 [Acesso 15 dez

- 2014];48(1):41-8. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/
11. Silva AEBC, Cassiani SHB. Prospective risk analysis of the anti-infective medication administration process. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2013 [Acesso 15 dez 2014];21(Spec):233-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700029&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700029>.
12. Inoue KC, Matsuda LM, Melo WA, Murassaki ACY, Hayakawa LY. Riesgo de caída de la cama: el desafío de la enfermería para la seguridad del paciente. *Invest Educ Enferm*. 2011;29(3):459-66. Acesso: dez 2014. Disponível em: www.udea.edu.co/iee
13. Correa AD, Marques IAB, Martinez MC, Laurino PS, Leão ER, Chimentão DMN. The implementation of a hospital's fall management protocol: results of a four-year follow-up. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(1):67-74.
14. Tanya JD, Isabelle G, Maureen CA. Falls in hospital increase length of stay regardless of degree of harm. *J Eval Clin Pract*. [Internet]. 2014 [Acesso 15 dez 2015];20(4):396-400. Disponível em: <http://onlinelibrary-wiley-com.ez29.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/jep.12144/pdf>
15. Tanios MA, Epstein SK, Lively J, Teres D. Can we identify patients at high risk for unplanned extubation? A large-scale multidisciplinary survey. *Respir Care*. 2010;55(5):561-8.
16. Groot RI, Dekkers OM, Herold IHF, Jonge E, Arbous MS. Risk factors and outcomes after unplanned extubations on the ICU: a case-control study. *Crit Care*. 2011;15(19):1-9.
17. Toffoletto MC, Ruiz XR. Improving patient safety: how and why incidences occur in nursing care. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2013 [Acesso 15 dez 2014];47(5):1098-105. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp
18. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Committee on Quality of Health Care in America - Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. [Internet]. Washington D.C.: National Academy Press; 2000. [Acesso 13 dez 2014]. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>
19. Kalisch BJ, Labelle AE, Boqin X. Nursing teamwork and time to respond to call lights: an exploratory study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2013 [Acesso 11 mar 2015]. ;21(n.spe):242-249. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/30.pdf>
20. Zuliani LL, Jericó MC, Castro LC, Soler ZASG. Costs and consumption of material resources in pediatric intensive and semi-intensive care units. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(6):69-76.
21. Mafra JF. Human everyday life and needs of the individual: an approach to Agnes Heller anthropology. *Educ Linguagem*. 2010;13(21):226-44.

Recebido: 10.10.2014

Aceito: 19.6.2015