

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro

Processes developed by nurse managers regarding the error

Procesos desarrollados por los gestores de enfermería frente al error

Tânia Sofia Pereira Correia*; Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins**; Elaine Cristina Novatzki Forte***

Resumo

Enquadramento: No contexto atual de promoção da segurança do doente, os enfermeiros gestores assumem um papel preponderante nos cuidados de saúde.

Objetivos: Conhecer as perceções dos enfermeiros gestores e identificar estratégias de gestão face ao erro, analisar as medidas corretivas e preventivas implementadas pelos mesmos.

Metodologia: Estudo qualitativo fundamentado na teoria de James Reason, realizado através de entrevista semiestruturada a 14 enfermeiros gestores de um centro hospitalar da região centro de Portugal, escolhidos por conveniência. Realizada análise de conteúdo com recurso ao *software* ATLAS.ti.

Resultados: Foram identificadas 8 categorias agrupadas em duas áreas temáticas. Na abordagem individual identificaram-se as categorias: Análise com o enfermeiro, e Comunicar ao médico na abordagem sistémica; Análise com a equipa, Notificação de eventos adversos, Grupo de trabalho, Sensibilização, Análise de reclamações e Reforço positivo.

Conclusão: As categorias do âmbito sistémico superam em número as do âmbito individual, os entrevistados salientaram a necessidade de melhoria na adesão à notificação, e não foram explícitas estratégias para prevenção de erros.

Palavras-chave: segurança do paciente; gestão da segurança; gestão de riscos; cuidados de enfermagem

Abstract

Background: In the current context of patient safety promotion, nurse managers play a key role in health care.

Objectives: To identify nurse managers' perceptions and their management strategies regarding the error, and to analyze the corrective and preventive measures implemented by them.

Methodology: Qualitative study, based on James Reason's theory, with semi-structured interviews to a convenience sample of 14 nurse managers of a hospital center in the central region of Portugal. Content analysis was performed using the ATLAS.ti software.

Results: Eight categories were identified and grouped into two thematic areas. The following categories were identified: Analysis with the nurse, and Report to the physician in the Person approach; and Analysis with the team, Adverse event reporting, Working Group, Awareness, Analysis of complaints, and Positive reinforcement in the System approach.

Conclusion: Systemic categories outnumbered individual categories. Participants emphasized the need to improve adherence to reporting. No strategies for error prevention were identified.

Keywords: patient safety, safety management, risk management, nursing care

*Lic. Enfermeira Generalista, Centro Hospitalar Baixo Vouga, 3814-501, Aveiro, Portugal [tsp.correia@gmail.com]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, recolha e análise de dados, discussão de resultados, escrita do artigo com colaboração, apoio e supervisão das restantes autoras. Morada para correspondência: Rua Principal nº 68, Carregosa 3840-301, Vagos, Portugal.

**Ph.D., Enfermeira, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 4200-072, Porto, Portugal [mmartins@eseaf.pt]. Contribuição no artigo: orientação e colaboração em todas as fases do trabalho de investigação e elaboração do presente artigo.

***Msc., Enfermeira, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 4200-072, Porto, Portugal [elaineforte@gmail.com]. Contribuição no artigo: orientadora da tese, tratamento e análise dos dados e co-redação do capítulo do artigo correspondente.

Resumen

Marco contextual: En el contexto actual de promoción de la seguridad del paciente, los enfermeros gestores asumen un papel preponderante en los cuidados de salud.

Objetivos: Conocer las percepciones de los enfermeros gestores e identificar las estrategias de gestión frente al error, analizar las medidas correctivas y preventivas implementadas por los mismos.

Metodología: Estudio cualitativo fundamentado en la teoría de James Reason, realizado a través de una entrevista semiestruturada a 14 enfermeros gestores de un centro hospitalario de la región centro de Portugal, escogidos por conveniencia. El análisis de contenido se realizó con el *software* ATLAS.ti.

Resultados: Se identificaron 8 categorías agrupadas en 2 áreas temáticas. En el enfoque individual se identificaron las categorías: Análisis con el enfermero, y Comunicar al médico en el enfoque sistémico; Análisis con el equipo, Notificación de eventos adversos, Grupo de trabajo, Sensibilización, Análisis de reclamaciones y Refuerzo positivo.

Conclusión: Las categorías: del ámbito sistémico superan en número a las del ámbito individual. Los entrevistados resaltaron la necesidad de mejorar la adhesión a la notificación, y no se explicitaron estrategias para prevenir errores.

Palabras clave: seguridad del paciente, gestión de la seguridad, gestión de riesgos, atención de enfermería

Recebido para publicação em: 10.10.16

Aceite para publicação em: 03.01.17

Introdução

A segurança do doente tem sido, desde há muito tempo, uma preocupação na prestação de cuidados de saúde, pois o pai da medicina, Hipócrates e a precursora da enfermagem, Florence Nightingale, já sinalizavam o dever de não provocar danos aos doentes (Wachter, 2010). Todavia, este tema ganhou especial notoriedade com a publicação do relatório *To err is human: building a safer health system* do *Institute of Medicine* (IOM), em 1999, que alertou acerca do alto índice de mortes decorrentes de erros clínicos evitáveis e dos problemas nos sistemas que visam evitá-los, colocando a saúde uma década ou mais atrás das indústrias de alto risco no que se refere à segurança. Constatou, também, que sistemas de relatos voluntários, bem como o desenvolvimento e adoção de padrões, seriam importantes para a gestão da segurança e que com a liderança, atenção e recursos adequados pode-se melhorar muito neste âmbito (Institute of Medicine, 1999).

Dada a representatividade deste relatório com grande impacto a nível mundial, a segurança em saúde ganhou prioridade na Organização Mundial de Saúde (OMS), ao criar a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) que define estratégias, diretrizes e objetivos internacionais de modo a promover práticas que garantam a segurança dos cuidados de saúde em diferentes países (World Health Organization, 2004).

Portugal, como muitos outros países, assumiu a segurança do doente como uma prioridade na saúde e desenvolveu políticas que inicialmente estavam englobadas num âmbito mais geral, a qualidade, com a criação em 1999 do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) e do Conselho Nacional da Qualidade (CNQ) e celebrado o protocolo com *King's Found Health Quality*, em 2000 é Publicado o Manual de Acreditação de Hospitais. Em 2009 criou-se o Departamento da Qualidade na Saúde, com o intuito de promover a cultura de melhoria contínua da qualidade e de segurança do doente. Mais recentemente, foi criada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2009-2014 que deu lugar à homónima 2015-2020, e com o crescente protagonismo da segurança do doente na agenda nacional, surge o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 que define nove objetivos estratégicos e respetivas metas, representando um forte

suporte à gestão na saúde (Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro).

Neste contexto de amplo investimento e promoção da segurança do doente, a gestão assume um papel preponderante na saúde, nomeadamente os enfermeiros gestores, as chamadas chefias intermédias. Os enfermeiros gestores têm um papel fundamental na segurança dos cuidados de saúde prestados à população, dada a sua responsabilidade pela promoção de uma cultura de segurança nas equipas para que haja um ambiente aberto de partilha e confiança, desenvolvendo-se assim a aprendizagem a partir dos erros e eventos adversos.

Face ao exposto, este estudo de natureza qualitativa, centrado na teoria de James Reason, tem como finalidade contribuir para o conhecimento sobre práticas de gestão da segurança em ambiente hospitalar, pelo que delinearíamos a seguinte questão de investigação: Que processos desenvolvem os gestores perante o erro em ambiente hospitalar? Para responder a esta questão, foram traçados os seguintes objetivos: conhecer as perceções dos enfermeiros gestores em relação ao erro, identificar estratégias de gestão face ao erro e analisar medidas corretivas e preventivas implementadas para a segurança do doente.

Enquadramento

A segurança do doente é um direito elementar em saúde e por isso representa “Um princípio fundamental nos cuidados prestados aos doentes/utentes e um componente crítico na gestão da qualidade” (Sousa, 2006, p. 316). Neste sentido, a segurança do doente é definida como:

A redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo. (Organização Mundial de Saúde, 2011, pp. 14-15)

A segurança do doente é a prevenção e melhoria de resultados adversos ou lesões resultantes dos processos de cuidados de saúde, emerge da interação dos diferentes componentes do sistema, não reside numa pessoa, dispositivo ou departamento

(Organização Mundial de Saúde, 2011). Não deixa de constituir um facto que *errar* é humano, apesar de ser um lugar-comum, pois os cuidados de saúde são prestados por pessoas e o erro está inerente ao processo de prestação de cuidados ocorrendo eventos assistenciais que resultam em dano ou potencial dano. Entende-se por erro uma “Falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano.” (Organização Mundial de Saúde, 2011, p.15), tratando-se de “Um termo genérico para abranger todas as situações nas quais uma sequência planeada de atividades mentais ou físicas não consegue atingir o resultado desejado” (Organização Mundial de Saúde, 2011, p. 113).

De acordo com um estudo elaborado em 2011 pela Escola Nacional de Saúde Pública, a taxa de incidência de eventos adversos em hospitais portugueses é de 11%, à semelhança de países como Canadá - 7,5%, Dinamarca - 9,0%, Inglaterra - 10,8%, Suécia - 12,3% ou Nova Zelândia - 12,9%. Revelou ainda que 53% das situações foram consideradas evitáveis e constatou-se um prolongamento do internamento em 58,2% das situações (Sousa, Uva, & Serranheira, 2010).

Os erros comprometem a segurança do doente e, portanto, são considerados um problema sério de saúde pública pelo que importa atuar de forma concertada para que se atinjam cuidados de saúde de excelência. Para tanto torna-se cada vez mais necessária a gestão do risco que “Visa identificar prospectivamente as trajetórias de acidente nos cuidados de saúde, aprender com os erros cometidos, limitar as suas consequências nefastas e, finalmente, deverá também lidar com os doentes e as famílias lesadas” (Fragata, 2009, p. 16).

Neste sentido, esta temática despertou o interesse dos investigadores e nos últimos 5 anos houve um aumento expressivo da investigação científica sobre esta segurança do doente, erros e eventos adversos. Predominam estudos de natureza quantitativa, direcionados para os resultados da prática de cuidados na segurança do doente nomeadamente os eventos adversos como as quedas, erros de medicação, risco de infeção e menos nos mecanismos de prevenção do erro. Todavia constata-se que há ainda muito a investigar neste âmbito (Silva et al., 2016; Sousa, Uva, & Serranheira, 2010).

A importância dos gestores na segurança, já há muito é reconhecida nas indústrias de alto risco

comprovando-se que o desempenho dos gestores influencia o compromisso organizacional com a segurança, comportamentos de segurança dos trabalhadores e a ocorrência de erros (Flynn & Yule, 2004). Em saúde e mais especificamente em enfermagem, embora se comprove que o desempenho dos enfermeiros gestores influenciam a motivação e desempenho dos enfermeiros, os estudos sobre o desempenho dos gestores de enfermagem na segurança do processo de prestação de cuidados tendem a se concentrar nos comportamentos de liderança, satisfação no trabalho e outros resultados organizacionais revelando que envolvem maioritariamente comportamentos orientados para as tarefas e gestão de relações e menos para comportamentos orientados para mudanças (Agnew & Flin, 2014). Sendo que alguns sistemas de gestão de riscos têm mostrado que os enfermeiros possuem dificuldades na gestão e no controle de riscos, em especial, pelos recursos limitados e a complexidade do trabalho em saúde (Farokhzadian, Nayeri, & Borhani, 2015).

Reason (2000) identificou duas abordagens ao erro: a abordagem individual e a sistémica. Cada uma corresponde a um modelo de causalidade do erro e consequentemente a diferentes filosofias na gestão do mesmo.

A abordagem individual responsabiliza os profissionais periféricos, os que prestam cuidados diretos ao doente, e a avaliação de cada erro é realizada isoladamente, sendo que as pessoas são consideradas livres de escolher entre comportamentos seguros e inseguros e que os erros surgem de processos mentais aberrantes como o esquecimento, falta de motivação, descuido, negligência ou imprudência. Neste sentido as medidas tomadas incluem medidas disciplinares (Reason, 2000).

A abordagem sistémica parte do princípio de que os seres humanos são falíveis, que os erros são esperados, que estes são considerados consequência e não a causa e que a sua origem advém de fatores sistémicos a montante e não tanto da perversidade da natureza humana. Não podendo a última ser alterada, as condições de trabalho devem sofrer melhorias no sentido de prevenir o erro (Reason, 2000).

A prestação de cuidados de saúde é um processo complexo onde a origem do erro tem como causa inúmeros fatores podendo originar um evento adverso tornando-se importante analisar

o processo de causa/origem do erro. Sendo assim, Reason (2000) propôs o modelo do queijo suíço para explicar como ocorrem falhas num sistema. Os sistemas estão dotados de barreiras em posições chave para evitar erros (tecnologias, equipamentos, pessoas, etc.) e, idealmente, cada barreira seria intacta. No entanto, estas têm falhas, ilustradas como os buracos do queijo suíço. Neste modelo esses buracos estão continuamente a abrir, a fechar e a mudar de localização. A presença de um buraco/falha numa barreira, por si só não representa um mau resultado. O mau resultado surge quando se alinham buracos/falhas em todas as barreiras numa trajetória de oportunidade de risco para o doente. A compreensão desta realidade leva a uma gestão de riscos proativa em vez de reativa.

Assim sendo, devem “Ser implementadas, como medidas para promover maior segurança, o reporte de erros, *near miss* e eventos adversos, bem como a standardização de protocolos e orientações, incorporando tecnologias, nomeadamente de comunicação” (Fragata, 2009, p. 17). Esta gestão do risco e da segurança promove e fomenta uma cultura de segurança: “Um modelo integrado de comportamento individual e organizacional, baseado em convicções e valores partilhados que procura continuamente minimizar o dano ao doente que pode resultar dos processos de prestação de cuidados” (Organização Mundial de Saúde, 2011, p. 110) promovendo um conjunto de atitudes, que importa liderar, idealmente com proximidade no terreno, como são os valores partilhados sobre a segurança, a revelação sem culpa e a aprendizagem em torno dos erros (Fragata, 2010).

Questão de Investigação

Embora haja estudos sobre a segurança dos doentes, é escasso o conhecimento sobre as medidas concretas tomadas pelos gestores no âmbito do erro. Assim, este estudo procura dar resposta à seguinte questão de investigação: Que processos desenvolvem os gestores perante o erro em ambiente hospitalar?

Metodologia

Perante a existência de estudos quantitativos na

área da segurança do paciente e dada a natureza do objeto em estudo, que se apresenta de forma complexa e dinâmica, desenvolveu-se um estudo qualitativo, centrado nas formulações de James Reason acerca das abordagens do erro com o intuito de conhecer, a partir dos olhares dos enfermeiros gestores, a segurança em ambiente hospitalar, indo ao encontro do objetivo da investigação qualitativa que passa por “Compreender melhor os factos ou os fenómenos sociais ainda mal elucidados” (Fortin, 2009, p. 290).

A população do estudo é constituída de enfermeiros gestores de um centro hospitalar da região centro de Portugal, escolhidos por conveniência por responderem a um critério de inclusão preciso: desenvolver atividade de gestão de um serviço de enfermagem de uma unidade hospitalar. Fazem parte da amostra 14 enfermeiros gestores: 11 mulheres e três homens.

A colheita de dados realizou-se com recurso a entrevistas semiestruturadas individuais, com questões abertas, realizadas pela pesquisadora no ambiente de trabalho dos participantes. As entrevistas duraram em média 40 minutos, e permitiram ressaltar as ideias dos participantes a partir de suas experiências (Fortin, 2009).

Após a colheita dos dados o material referente às entrevistas foi transcrito. Posteriormente fez-se uma leitura exploratória procurando encontrar conteúdos comuns, desta leitura resultaram áreas temáticas identificadas como categorias. Recorreu-se ao *software* ATLAS.ti para proceder à codificação e categorização das entrevistas. As unidades de análise (codes, na terminologia do *software*) foram geradas a partir dos excertos das entrevistas (*quotations*), que, após serem identificadas, foram agrupadas em grandes áreas temáticas (*families*), as quais possibilitaram o desenvolvimento dos resultados deste estudo.

No respeito pelos princípios éticos e legais foi feito o pedido de autorização para realização da investigação ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar em estudo bem como à Comissão de Ética. A Comissão de Ética informou que apenas se pronuncia quando solicitada pelo Presidente do Conselho de Administração que é quem detém autoridade para autorizar estes pedidos, que por sua vez autorizou a realização deste estudo sem solicitar parecer da Comissão de Ética. Desenvolveram-se todos os procedimentos com cada participante no respeito pelo anonimato, confidencialidade e consentimento.

Resultados e Discussão

Da análise dos dados adquiridos pelas entrevistadas aos enfermeiros gestores, foram identificadas oito categorias (*codes*) que foram agrupadas em duas grandes áreas temáticas (*families*) de acordo com a sua natureza sistêmica ou individual, em consonância com a proposta de Reason referente aos dois tipos de abordagem ao erro (Reason, 2000; Figura 1).

Abordagem individual

Dentro da abordagem individual foram encontradas nos discursos dos enfermeiros gestores duas categorias: Análise com o enfermeiro e Comunicar ao médico (Figura 1). No que se refere à Análise com o enfermeiro, seis enfermeiros gestores fizeram menção a algum tipo de iniciativa individual como forma de corrigir um erro identificado: “Se é individual e reiterado fala-se com esse colega” (E8, Fev./2015). Está implícito no discurso que o erro é de alguma forma responsabilidade do enfermeiro envolvido:

Se houver um erro de um enfermeiro, é chamado para avaliar o tipo de erro, se for um erro furtivo, um erro que aconteceu uma única vez, se foi uma falha por desconhecimento, e aí tentar estratégias para resolver e evitar que se volte a repetir. (E4, Fev./2015)

No entanto, apesar de inicialmente evidenciar uma filosofia de causa efeito individual, a grande maioria refere que após análise com o enfermeiro, as atitudes tomadas são num âmbito coletivo direcionando o discurso para medidas mais coletivas patentes neste excerto de entrevista:

A minha primeira abordagem será sempre a identificação da falha, a abordagem ao profissional e a reflexão crítica com ele e a correção do procedimento e depois a supervisão para ver se ele muda ou não, ao mesmo tempo fazer a análise se foi com aquele profissional ou se as condições em que aconteceu irão promover que outros profissionais cometam o mesmo. (E10, Fev./2015)

Grande parte do discurso individual está pautado pela necessidade de avaliação da situação individualmente e tem como objetivo perceber o mecanismo do erro: “Se for uma situação em que o impacto e o risco são menores para o doente, sou capaz de falar pessoalmente com a pessoa . . .

uma análise do que aconteceu, tentamos sempre perceber qual o mecanismo . . .” (E2, Fev./2015). Assim, as medidas tomadas ganham corpo sob a forma de procedimentos ou esclarecimentos a todos os enfermeiros: “ Fazemos uma análise da situação com as pessoas envolvidas e habitualmente quando é necessário fazer alguma alteração em termos de procedimento, o mais fácil é enviar *email* a todos os enfermeiros para terem conhecimento da alteração da situação” (E6, Fev./2015).

Contudo, em momento algum houve no discurso de qualquer enfermeiro gestor, referência à punição do enfermeiro envolvido no incidente, ponto essencial, pois uma cultura não punitiva favorece a divulgação aberta e transparente de erros. A cultura culpabilizante evidencia-se na focalização da contribuição individual para o erro, essa cultura deve evoluir para uma cultura de abordagem do erro de forma aberta e frontal num sistema de aprendizagem centrado nas causas e sistemas (Alahmadi, 2010).

No discurso individual houve ainda um enfermeiro gestor que referiu a Comunicação ao médico: “Essencialmente, temos feito a partilha e avaliamos qual o risco para o doente, se existir risco para o doente, tentamos logo seguir o procedimento que é comunicar ao médico, se for o caso” (E4, Fev./2015). Sendo uma atitude de âmbito individual ela não é punitiva, entretanto, não previne situações futuras, trata-se de uma medida corretiva ou de limitação dos possíveis danos causados pelo erro em causa.

Abordagem Sistémica

Na abordagem sistémica foram encontradas as seguintes categorias: Análise com a equipa, Notificação de eventos adversos, Grupo de trabalho, Sensibilização, Análise de reclamações e Reforço positivo (Figura 1).

A Análise com a equipa é a estratégia de avaliação mais vezes identificada pelos enfermeiros gestores, tendo sido nove os enfermeiros que a referiram. Este envolvimento da equipa no processo reflete uma visão mais global da abordagem ao erro:

Quando falo em trabalho de equipa, refiro-me essencialmente a haver partilha de tudo aquilo que se vai passando no serviço, ou seja, de uma maneira geral fazer com que as pessoas sempre

que há alguma situação, digamos que uma inconformidade ela seja falada abertamente, para se poder em conjunto resolver. Isso é fundamental! (E4, Fev./2015)

Evidencia-se assim uma visão não punitiva de abordagem ao erro, não fazendo deste um assunto tabu dentro da equipa: “É trabalhar essa falha, não há que esconder da equipa que aconteceu, é trabalhar em conjunto” (E3, Fev./2015). Assim todos podem dar um contributo quer na análise da situação como também de sugestões para prevenir situações futuras: “Fazer uma reflexão na passagem do turno, que é sempre um momento de privilégio, onde fazemos a análise, o que correu mal, o que poderemos de imediato alterar” (E11, Fev./2015). Em nenhum dos discursos foi mencionado se nesta abordagem de equipa a identidade do enfermeiro envolvido na situação seria ou não preservada. Se por um lado não há esta preocupação de salvaguardar o enfermeiro envolvido, por outro pode indicar que não deve ser um problema e que cada situação deve ser discutida abertamente sem que as pessoas envolvidas se sintam punidas por isso: “É preciso que haja uma cultura de discutir isto em reuniões de trabalho para que as pessoas não achem que é uma denúncia” (E3, Fev./2015).

Nas entrevistas realizadas a Notificação de eventos adversos mostrou-se uma preocupação para todos os enfermeiros gestores entrevistados:

Como não temos evidência, falamos de percepções e percepções não é igual a evidência, quando tivermos o registo de eventos adversos possivelmente já teremos alguma evidência. Esse registo vai ser e é sempre anónimo, vai ser feito no local, no serviço, naquela hora, mas quem vai identificar não é o chefe mas um núcleo, vão ser nomeados enfermeiros que fazem a análise das notificações, e vão tentar saber o que se passou sem identificar o serviço, eles sabem mas é segredo profissional. (E11, Fev./2015)

Houve ainda manifestação da vontade de avançar com a notificação de erros dentro do serviço a título individual: “Foi nos dito que iriam avançar com um módulo feito aqui pelo nosso sistema informático, os nossos informáticos não o têm feito, vamos ter de avançar, se calhar, a título individual do serviço” (E8, Fev./2015). No entanto, apenas um enfermeiro gestor referiu

registo de notificações no sistema nacional de notificação de incidentes que em 2012 a Direção-Geral da Saúde (DGS) disponibilizou. Em 2014 este sistema foi requalificado denominando-se atualmente *Notific@* de natureza voluntária, não punitiva e anónima (Direção-Geral da Saúde, 2014): “Recorro à Plataforma registo de Incidentes/Eventos Adversos, procuro implementar uma cultura de segurança, uma cultura aberta e justa que estimula os profissionais a falar sobre os seus próprios erros” (E1, Maio/2015) e outro entrevistado que referiu:

Criamos uma folha anónima no computador para não haver reconhecimento de letras, não é identificada a pessoa, que chegaria posteriormente a mim. Não interessava saber quem foi a pessoa, interessava analisar o episódio e depois procurarmos saber o que poderemos fazer para que não volte a acontecer e tem havido pouca adesão. (E5, Fev./2015)

Assim sendo, a notificação de eventos adversos é uma preocupação dos enfermeiros gestores, embora ainda não haja adesão evidente à notificação de eventos: “Quanto ao registo desse elemento adverso ainda não é uma prática comum neste serviço, vamos começar a instituir e deve existir um registo não punitivo, que é o que se defende, mas não o fazemos” (E4, Fev./2015). No que se refere à notificação de incidentes em Portugal, a DGS, de acordo com as orientações da OMS e Comissão Europeia, tem vindo a desenvolver várias iniciativas para de promoção de notificação de incidentes, lançado em 2012, através da publicação de normas e orientações, de manuais de apoio para os profissionais de saúde e para o cidadão e publicação de newsletters com reporte do progresso do sistema.

No Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 um dos objetivos estratégicos é “Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes” (Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro, pp. 3882-3883), com este trabalho demonstra-se que o conhecimento dos enfermeiros chefes sobre a notificação de eventos adversos é um conhecimento empírico de acordo com a filosofia voluntária, não punitiva e anónima, mas ainda não aplicado na prática dos serviços. Foi reconhecido por todos os entrevistados que há muito trabalho a fazer nesta área uma vez que o sistema

de comunicação de incidentes é essencial para a aprendizagem com os eventos adversos e tem como principal objetivo o aumento da segurança do doente sendo indissociável da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. “A subnotificação de incidentes de segurança é uma realidade internacional, sendo, portanto, necessário melhorar, nas instituições prestadoras de cuidados, o nível da cultura de notificação e de aprendizagem com o erro” (Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro, pp. 3882-3889).

A dinamização de um Grupo de trabalho foi abordada por poucos enfermeiros na gestão do erro e risco de erro: “Tenho duas enfermeiras direccionadas para estas situações . . . Fazemos em conjunto sempre uma análise (tentar perceber porque é que falhou? Mecanismo transversal à equipa) para encontrar uma solução e reunimos todos e depois se dá o processo de sensibilização” (E2, Fev./2015) demonstrando que embora seja identificada a necessidade de trabalhar essa área, as iniciativas proativas dentro da equipa ainda são muito reduzidas. Na última citação é também referida a Sensibilização mencionada apenas por um entrevistado como estratégia preventiva de situações futuras.

Esse também foi o caso da Análise de reclamações: “Agora temos um registo muito atualizado sobre as reclamações feitas pelos utentes para garantir que alguns procedimentos podem ser melhorados” (E8, Fev./2015) indo ao encontro de uma visão estratégica sistémica. Através dos relatos dos doentes podem detetar-se erros e implementar medidas para prevenir outros semelhantes no futuro, além disso vai ao encontro dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem 2001, p. 13-14).

O Reforço positivo é apenas relatado por um entrevistado:

Infelizmente o profissional de saúde não se vê a ser elogiado, vê-se a ser reprimido, . . . essa cultura do reforço negativo para passar para o reforço positivo é difícil, eu tento, mas depois o ritmo de trabalho é de tal maneira que se evidenciam os pontos fracos e é preciso falar sobre eles . . . e criei um grupo de trabalho com avaliações sistemáticas

de alguns procedimentos para sinalizar as coisas que estão benéficas . . . Até porque se faz mais vezes bem do que mal, mas o mal sobressai e é o que necessita de intervenção e mudança. Mas é esperado . . . que ande em cima e chame a atenção do que está errado. (E5, Fev./2015)

Testemunhamos assim a preocupação com a mudança cultural de culpabilização e que estratégia procura adotar para a mudança na cultura de segurança e incrementar a adesão à notificação do erro. Cada “Instituição deve procurar agir não punindo o profissional, mas buscando perceber o que o levou ao erro, no que ela pode mudar ou colaborar para uma assistência devida aos pacientes.” (Ferreira, Alves, & Jacobina, 2014, p. 68). Construindo assim uma cultura de segurança forte e proativa que inclui: compromisso da liderança na aprendizagem com os erros, documentação da segurança do doente, incentivo ao trabalho de equipa, identificação de potenciais riscos e recurso a sistemas de comunicação e análise de eventos adversos (Alahmadi, 2010).

Perante a análise dos dados colhidos podemos afirmar que ainda se privilegia a abordagem individual na análise da situação, responsabilizando implicitamente o enfermeiro envolvido, “Esta forma tradicional de actuar em torno dos erros desperta um ciclo do medo, que leva a que ninguém deseje revelar ou ficar associado ao cometimento de um erro, passando a encobrir, sempre, novos erros” (Fragata, 2010, p. 567). No entanto, as iniciativas e ações descritas pelos enfermeiros gestores demonstram uma mudança significativa para uma abordagem sistémica “Não interessava saber quem foi a pessoa, interessava analisar o episódio e depois procurarmos saber o que poderemos fazer para que não volte a acontecer e tem havido pouca adesão” (E5, Fev./2015).

Demonstra-se, portanto, que é necessário desenvolver a cultura de segurança no seio das equipas e da instituição no sentido de implementação e adesão à notificação e a partir daí desenvolver ações de prevenção de incidentes futuros. “A melhoria da cultura de segurança do ambiente interno das instituições prestadoras de cuidados de saúde é um imperativo e uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde” (Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro, pp. 3882-3883).

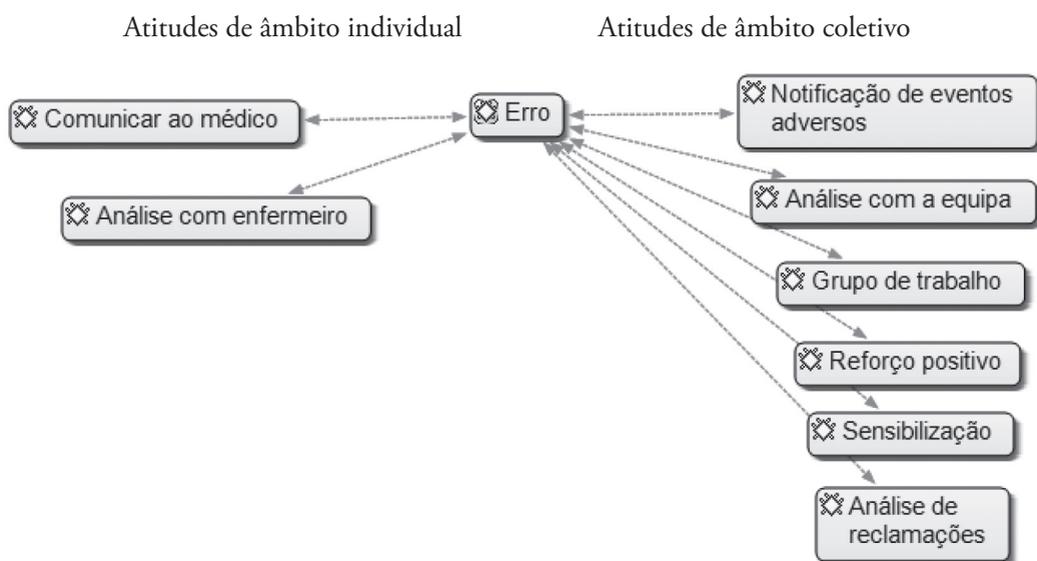


Figura 1. Áreas temáticas (families) e categorias (codes) identificadas no estudo.

Conclusão

Este estudo permitiu conhecer as percepções dos enfermeiros gestores em relação ao erro evidenciando uma tendência inicial de centrar o processo de análise do erro no profissional envolvido e menos no erro em si.

Da análise de dados realizada percebe-se que se encontram em processo de mudança de abordagem entre uma visão individual do erro e a visão sistémica do mesmo, reconhecida pelos entrevistados, e também a dificuldade nessa mudança de atitude. As categorias identificadas no âmbito sistémico superam em número as categorias identificadas no âmbito individual. As medidas descritas de cariz individual podem ser necessárias para minimizar as consequências de um evento adverso ocorrido. Todavia e de forma mais reiterada, também são descritas medidas mais abrangentes, coletivas, de prevenção do erro, no sentido de melhorar o sistema, como é o caso da sensibilização. Foi ainda reconhecida a falta de adesão dos enfermeiros à notificação do erro e a sua importância.

Apesar da maioria das categorias identificadas serem de âmbito coletivo, os discursos foram muito vagos sobre as estratégias de análise de situações de erro, não sendo também explícitas as medidas a serem tomadas para prevenção futura de erros. Os resultados deste trabalho permitem-nos agora refletir sobre a gestão do erro e perceber-se que há uma evolução positiva face à cultura tradicional de culpabilização, mas ainda há mais caminho para percorrer nesta área, que necessita de mudanças e investimentos, o que também foi reconhecido pelos entrevistados.

Parece-nos importante que o enfermeiro gestor procure desenvolver estratégias de gestão do risco, para perceber e conhecer que cultura e práticas face ao erro que vigoram na sua equipa para assim identificar necessidades e desenvolver planos de atuação que promovam uma cultura de segurança e notificação do erro.

Uma das limitações do presente estudo prende-se com o número reduzido de elementos da amostra e o facto de pertencerem à mesma instituição pelo que este estudo pode e deve ser replicado noutras realidades com o intuito de aferir diferenças ou não de resultados.

Referências Bibliográficas

- Agnew, C., & Flin, R. (2014). Senior charge nurses' leadership behaviours in relation to hospital ward safety: A mixed method study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(5), 768–780. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.10.001
- Alahmadi, H. A. (2010). Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Quality and Safety in Health Care*, 19(5), 1-5. doi: 10.1136/qshc.2009.033258
- Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro. *Diário da República nº 28/2015 – 2ª Série*. Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde.(2014). *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes: NOTIFICA* (Norma nº 015/2014, de 25 de Setembro). Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152014-de-25092014.aspx>
- Ferreira, M., Alves, F., & Jacobina, F. (2014). O profissional de enfermagem e a administração segura de medicamentos. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 3(1), 61-69. doi: 10.17267/2317-3378rec.v3i1.208
- Flyn, R., & Yule, S. (2004). Leadership for safety: Industrial experience. *Quality and Safety in Health Care*, 13(Suppl. 2), ii45–ii51. doi: 10.1136/qhc.13.suppl_2.ii45
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Farokhzadian, J., Nayeri, N. D., & Borhani F. (2015). Assessment of clinical risk management system in hospitals: An approach for quality improvement. *Global Journal of Health Science*, 7(5), 294-303. doi: 10.5539/gjhs.v7n5p294
- Fragata, J. (2009). Gestão do risco. In L. Campos, M. Borges & R. Portugal (Eds.), *Governança dos hospitais* (pp.16-18). Alfragide, Portugal: Casa das Letras.
- Fragata, J. I. (2010). A segurança dos doentes: Indicador de qualidade em saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26(6), 564-560. Recuperado de http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF6/004449_RevPortCliGeral.pdf
- Institute of Medicine. (1999). *To err is human: Building a safer health system*. Washington DC, USA: The National Academy Press.
- Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Organização Mundial de Saúde. (2011). *Estrutura conceptual da classificação internacional sobre segurança do doente*. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral da Saúde.
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BJM*, 320(7237), 768-770. doi: 10.1136/bmj.320.7237.768
- Silva, A., Silva, J., Santos, L., Avelino, F., Santos, A., & Pereira, A. (2016). A segurança do paciente em âmbito hospitalar: Revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enfermagem*, 21(5), 01-09. doi: 10.5380/ce.v21i5.37763
- Sousa, P. (2006). Patient safety: A necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19(4), 309-318. Recuperado de <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/964/637>
- Sousa, P., Uva, A. S., & Serranheira, F. (2010). Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. temático(10), 89-95. Recuperado de <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2010-t%20seg%20doente/10-investiga%C3%A7%C3%A3o%20e%20inova%C3%A7%C3%A3o%20em%20seguran%C3%A7a%20do%20doente.pdf>
- Wachter, R. (2010). *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- World Health Organization. (2004). *World Alliance for Patient Safety: Forward programme 2005*. Geneva, Switzerland: Author.

