

CARACTERIZAÇÃO DE ERROS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA*

Sabrina da Costa Machado Duarte¹, Amanda Trindade Teixeira Bessa², Andreas Büscher³, Marlucci Andrade Conceição Stipp⁴

RESUMO: Objetivou-se identificar os erros na assistência de enfermagem em um Centro de Terapia Intensiva, de acordo com a equipe de enfermagem, e discutir os principais à luz da Teoria do Erro Humano. Estudo transversal cujo cenário foi um Centro de Terapia Intensiva de um hospital do estado do Rio de Janeiro - Brasil. Participaram 36 profissionais da equipe de enfermagem. Os dados foram coletados em entrevista estruturada, no período de julho a setembro de 2013, e analisados através EpiInfo™. Dentre os principais erros na assistência de enfermagem destacam-se: erros de medicação, não elevação das grades do leito, perda de cateteres, sondas e drenos, citados por 83% dos entrevistados; extubações acidentais (72%); e higienização inadequada das mãos (67%). A gravidade dos erros identificados comprometem a assistência e a recuperação da clientela. Enfatiza-se a necessidade de medidas de notificação e prevenção, estimulando-se a cultura de segurança e aumento da qualidade assistencial. **DESCRIPTORES:** Segurança do paciente; Erros médicos; Cuidados de enfermagem; Unidades de terapia intensiva.

ERROR CHARACTERIZATION IN INTENSIVE CARE NURSING

ABSTRACT: This study aimed to identify errors in nursing care in an intensive care unit, according to the nursing staff, and discuss the main ones according to Human Error Theory. This was a cross-sectional study, and the scenario was an intensive care unit of a hospital in Rio de Janeiro state – Brazil. Participants were 36 professionals of the nursing team. Data were collected in structured interviews, from July to September 2013 and analyzed using Epi Info™. The major mistakes in nursing care included: medication error, not lifting the bed railings, loss of catheters, probes and drains (cited by 87% of respondents); accidental extubation (72%); and inadequate hand hygiene (67%). The severity of the errors identified involve the care and recovery of clientele. It emphasizes the need for notification and for prevention measures, contributing to the culture of safety and increasing care quality. **DESCRIPTORS:** Patient safety; Medical errors; Nursing care; Intensive care unit.

CARACTERIZACIÓN DE ERRORES DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TERAPIA INTENSIVA

RESUMEN: El objetivo fue identificar errores de atención de enfermería en un Centro de Terapia Intensiva, según el equipo de enfermería, y discutir los principales a la luz de la Teoría del Error Humano. Estudio transversal realizado en un Centro de Terapia Intensiva de hospital del estado de Rio de Janeiro – Brasil. Participaron 36 profesionales del equipo de enfermería. Datos recolectados mediante entrevista estructurada entre julio y setiembre de 2013, analizados por software EpiInfo™. Entre los principales errores de atención de enfermería se destacan: errores de medicación, no elevación de gradas de lechos, pérdida de catéteres, sondas y drenajes, citados por 83% de los entrevistados; extubaciones accidentales (72%); e higienización inadecuada de manos (67%). La gravedad de los errores identificados compromete la atención y recuperación de los pacientes. Se resalta la necesidad de notificación y prevención, estimulando la cultura de seguridad y el aumento de la calidad de atención. **DESCRIPTORES:** Seguridad del Paciente; Errores Médicos; Atención de Enfermería; Unidades de Cuidados Intensivos.

*Artigo extraído da tese de doutorado intitulada: “Segurança do paciente no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva: compreendendo o erro humano”. Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ, 2015.

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

²Enfermeira. Mestranda. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente da Hochschule Osnabrück – Fakultät Wirtschafts und Sozialwissenschaften. Osnabrück, Nordrhein-Westfalen, Deutschland/ Alemanha.

⁴Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Autor Correspondente:

Sabrina da Costa Machado Duarte
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Av. Afonso Cavalcanti, 275 - 20211-110 - Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Email: sabrina.cmduarte@gmail.com

Recebido: 26/02/2016

Finalizado: 15/06/2016

● INTRODUÇÃO

As discussões sobre segurança do paciente nas unidades hospitalares configuram uma tendência mundial e frequentemente têm sido abordadas publicamente questões que envolvem o erro humano na assistência de enfermagem.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), todos os pacientes têm direito a uma assistência segura e eficaz, contudo, a ocorrência de erros fragiliza diretamente a segurança do paciente. Os danos involuntários durante tratamentos de saúde não são novos e o registro mais antigo deste problema data do século XVII a.C. À época, a resposta ao erro era clara e exclusivamente punitiva⁽¹⁾.

Apesar de Hipócrates ter afirmado há mais de dois mil anos, “primeiro, não cause dano”, até recentemente os eventos adversos, os erros e os incidentes associados à assistência a saúde eram considerados inevitáveis ou reconhecidos como atos realizados por profissionais mal treinados. Hoje, as soluções para melhorar a segurança do paciente possuem um enfoque totalmente diferenciado, buscando-se assistência segura através do trabalho em equipe e da comunicação efetiva entre profissionais e pacientes⁽¹⁻²⁾.

A publicação do livro *“To Err is Human: Building a Safer Health Care System”* no final da década de 90 demonstrou, a partir da análise de grandes estudos epidemiológicos, a alta incidência de eventos adversos nas instituições hospitalares, frequentemente ocasionados pelo erro humano⁽³⁾. Desta forma, é inegável a necessidade de repensar os modelos assistenciais utilizados, a fim de garantir a segurança do paciente.

Dada a repercussão mundial acerca desta publicação, a OMS estabeleceu um grupo de trabalho com o objetivo de avaliar a segurança do paciente nos serviços de saúde, definindo em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*)⁽⁴⁾.

No Brasil, as discussões sobre a temática foram iniciadas em 2002, com a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Com base na experiência da Rede, foi lançado em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído através da Portaria 529/13, do Ministério da Saúde e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36/2013, que instituem ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde⁽⁵⁻⁶⁾.

No que tange à assistência de enfermagem nos Centros de Terapia Intensiva (CTI), salienta-se a necessidade de um maior investimento na segurança do paciente, com a identificação e prevenção de erros, uma vez que a clientela atendida requer cuidados específicos, com diferentes tecnologias, aparelhagens e maior contingente profissional.

Destaca-se o grande número de internações em unidades intensivas no Brasil, totalizando 41.965 no período de 2011 a 2012, fato que evidencia a necessidade de discussão quanto à ocorrência de erros e possíveis medidas de prevenção⁽⁷⁾.

Na assistência à saúde, os episódios de erro podem causar sérios danos à clientela, bem como afetar quanti-qualitativamente as instituições hospitalares. Para o profissional de saúde, o erro é frequentemente relacionado a sentimentos de vergonha, culpa e medo de punições, o que contribui para a omissão de tais episódios, perdendo-se a chance de conhecê-los e tratá-los adequadamente.

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 cada um possui um modelo próprio e, conseqüentemente, apresenta uma filosofia diferenciada de gerenciamento, indica ainda qual a estratégia para prevenir um erro ou impedir que o erro cause danos, através da aplicação de passos múltiplos que funcionam como uma rede de segurança⁽⁸⁾.

Ao compreender a ocorrência do erro, será possível identificá-lo, além de estimular o profissional a realizar a notificação adequadamente. Devido à forte cultura punitiva existente em nossa sociedade, as ocorrências, na maioria das vezes, são subnotificadas, impossibilitando o conhecimento real do problema e a adoção de medidas adequadas de prevenção.

O estudo se justifica ainda pela extrema relevância da temática na atualidade, aliado ao fato de que os

erros ainda são pouco discutidos nas instituições hospitalares, que vivenciam a forte cultura punitiva, estimulando o negligenciamento. Desta forma, a segurança do paciente busca substituir sentimentos como culpa e vergonha por uma nova abordagem, como a de repensar os processos assistenciais objetivando antecipar a ocorrência dos erros antes que estes causem danos aos pacientes⁽²⁾.

A partir desta problemática, emergiu a seguinte questão de pesquisa: “quais são os principais erros na assistência de enfermagem no CTI, apontados pela equipe?”. Desta forma, este estudo objetivou identificar os erros na assistência de enfermagem no CTI, de acordo com a equipe de enfermagem, e discutir os principais erros identificados à luz da Teoria do Erro Humano.

● METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e exploratório, sendo utilizado como cenário o CTI de um hospital geral, de esfera administrativa federal, localizado no município do Rio de Janeiro, Brasil, escolhido por ser uma instituição que integra a Rede Brasileira de Hospitais Sentinela para notificação de eventos adversos, e ao seu importante cunho histórico e social.

A equipe de enfermagem do CTI é composta por 83 profissionais, sendo 27 enfermeiros e 56 auxiliares de enfermagem. A seleção dos participantes foi realizada de acordo com critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Os critérios de inclusão foram: estar lotado no CTI e atuar no setor há mais de seis meses, considerando-se a necessidade de vivência do participante no cotidiano estudado. Critério de exclusão foi: estar afastado do CTI no período da coleta dos dados por motivos de férias e licenças diversas.

Após a aplicação dos critérios referidos, foram selecionados 63 profissionais da equipe (22 enfermeiros e 41 auxiliares de enfermagem), tendo participando deste estudo 36 profissionais, sendo 13 enfermeiros e 23 auxiliares de enfermagem, que atuam nos períodos diurno e noturno. Dentre os profissionais selecionados, seis profissionais se recusaram a participar devido à temática abordada, referindo desconforto frente às discussões sobre o erro humano e eventuais ocorrências no CTI. Entretanto, estes profissionais não se opuseram a realização do estudo no setor e estimularam a participação dos colegas. Os outros 21 profissionais não se demonstraram disponíveis devido às múltiplas atividades laborativas realizadas e as trocas de plantão.

O perfil dos participantes foi caracterizado a partir do levantamento das seguintes variáveis: gênero, categoria profissional, idade, tempo de formação, tempo de atuação no CTI. Os dados foram coletados no período de julho a setembro de 2013, através de entrevistas individuais com auxílio de um roteiro de entrevista estruturada, contendo perguntas fechadas a fim de caracterizar a equipe de enfermagem atuante no CTI e identificar os seus erros na assistência de enfermagem.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado pelos autores, com base em uma revisão bibliográfica acerca dos principais erros da assistência de enfermagem em terapia intensiva, sendo: erros de medicação, não elevação das grades do leito, extubações acidentais, perda de catéteres, sondas e drenos, não realização de mudança de decúbito, não realização de curativos, falta de checagem das prescrições de enfermagem e médicas, manuseio incorreto de equipamentos, alarmes dos equipamentos utilizados inadequadamente, registros de enfermagem inadequados, higienização inadequada das mãos, utilização inadequada dos equipamentos de proteção individual, identificação inadequada dos pacientes, dentre outros. Desta forma, coube aos entrevistados assinalar os erros identificados no cotidiano da assistência e citar os observados e que não constavam no formulário.

Para a coleta, foi realizado um teste piloto no período de julho de 2013, com o objetivo de aprimorar os planos tanto em relação ao conteúdo dos dados quanto aos procedimentos seguidos e validar os instrumentos utilizados. Entretanto, não houve necessidade de alteração dos instrumentos e das técnicas utilizadas.

Antes de iniciar a coleta de dados, os participantes receberam informações acerca do estudo e dos seus objetivos, sendo assegurado que o conteúdo coletado somente seria utilizado com autorização do participante e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a análise dos dados, foi utilizado o programa computacional EpiInfo™ versão 3.5.2, com medidas descritivas, frequências absolutas e relativas. Os resultados obtidos foram analisados segundo a visão crítica das autoras, à luz de literatura científica e da Teoria do Erro Humano de James Reason, referencial teórico deste estudo.

Quanto aos aspectos éticos e legais, este estudo foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da instituição de origem e da instituição, através da Plataforma Brasil, sendo aprovado conforme pareceres: 229.926 e 000.493 de 13/05/2013.

● RESULTADOS

Caracterização dos participantes do estudo

Participaram deste estudo, 36 componentes da equipe de enfermagem, sendo 13 enfermeiros (36%) e 23 auxiliares de enfermagem (64%).

Dos 36 entrevistados, 81% (n=29) eram do sexo feminino e 19% (n=7) do sexo masculino. A faixa etária varia de 30 a 59 anos idade, 64% (n=23) apresentam idade entre 30 e 39 anos, 28% (n=10) entre 40 e 49 anos, e 8% (n=3), entre 50 e 59 anos.

Em relação ao tempo de formação profissional, 41% (n=15) dos entrevistados possuíam tempo de formação menor ou igual a 10 anos, 39% (n=14), de 11 a 20 anos, 17% (n=6) possuíam de 21 a 30 anos e 3% (n=1) possuíam tempo de formação maior ou igual a 31 anos. Do total de entrevistados, 73% (n=26) atuavam no CTI de 04 a 10 anos, 19% (n=7) atuavam há menos de 03 anos, e 8% (n=3) de 21 a 30 anos.

Erros na assistência de enfermagem em terapia intensiva

A identificação dos erros foi realizada de acordo com os profissionais da equipe de enfermagem, constatando-se que as ocorrências são variadas e que a equipe de enfermagem as reconhece e compreende a sua importância e gravidade. Desta forma, os erros identificados encontram-se descritos no Quadro 1.

Quadro 1 - Erros na assistência de enfermagem no CTI, de acordo com a equipe de enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2013

Erros na assistência de enfermagem no CTI	%
Erros de medicação	83
Não elevação das grades do leito	83
Perda de catéteres, sondas e drenos	83
Utilização inadequada dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI)	83
Extubações acidentais	72
Higienização inadequada das mãos	67
Manuseio incorreto de equipamentos	64
Registros de enfermagem inadequados	57
Não realização de mudança de decúbito	56
Falta de checagem das prescrições de enfermagem	50
Identificação inadequada dos pacientes	47
Falta de checagem das prescrições médicas	44
Alarmes de equipamentos utilizados incorretamente	44
Outros erros	42
Não realização de curativos	36

Salienta-se a gravidade das ocorrências identificadas, com especial destaque para os erros de medicação, não elevação das grades do leito, perda de catéteres, sondas e drenos, e utilização inadequada dos EPI, cuja ocorrência foi citada por 83% (n=30) dos entrevistados. Contudo, todos os erros comprometem a assistência prestada e a recuperação do paciente, podendo causar danos (ou eventos adversos) e aumentar o tempo de internação.

Os outros erros citados também merecem atenção especial, pois foram referidos por 42% (n=15) dos profissionais, destacando-se a utilização inadequada do balanço hídrico, erros na passagem de plantão, falta de humanização com pacientes e familiares, não aferição de sinais vitais e não elevação das cabeceiras dos leitos.

A ocorrência do erro compromete diretamente a segurança do paciente na instituição hospitalar. Na terapia intensiva, esta problemática deve ser diretamente relacionada à gravidade e ao grau de dependência dos pacientes. Neste estudo, as ocorrências identificadas são preocupantes, contudo, os fatores causais também devem ser identificados, requerendo um tratamento específico.

● DISCUSSÃO

Identificou-se que a maioria dos participantes pertence ao sexo feminino, fato ainda comum, pois apesar de todas as mudanças sociais, a enfermagem ainda é considerada uma profissão eminentemente feminina. Analisando-se as variáveis sexo, categoria profissional, idade, tempo de formação e tempo de atuação no CTI, observa-se a heterogeneidade do grupo, o que pode ser fator positivo, ou criar dificuldades e conflitos, influenciando na aprendizagem e nos relacionamentos bem sucedidos e cooperativos. Um grupo heterogêneo também pode demandar mais tempo e apresentar muitos problemas de comunicação, fato citado por profissionais⁽⁹⁾.

Destaca-se ainda que diante da multiplicidade de atividades atribuídas ao enfermeiro, buscando realizar o gerenciamento do cuidado e da equipe, surge a necessidade de gerenciar conflitos, prática inerente do processo de trabalho do enfermeiro. Esta competência também se faz necessária ao analisar o trabalho da enfermagem no campo da saúde, que é desenvolvido, majoritariamente, como um trabalho coletivo⁽⁹⁾.

A capacidade de trabalhar bem em um grupo heterogêneo é fundamental a todos os profissionais, principalmente aos enfermeiros, reconhecidamente líderes da equipe de enfermagem. Ressalta-se a necessidade de respeito a esta diversidade cultural e o reconhecimento de como ela pode ser positiva se for bem aproveitada.

A heterogeneidade do grupo também interfere diretamente nos processos de aprendizagem e treinamento, devendo-se considerar os estilos dos enfermeiros mais antigos, uma vez que estes aprendem de forma diferente dos recém-formados⁽¹⁰⁾.

É fundamental estimular a integração do grupo para o trabalho em equipe, encorajando-se os esforços e oferecendo um ambiente favorável às relações pessoais. Uma equipe integrada poderá flexibilizar a divisão do trabalho; preservar as diferenças técnicas entre os trabalhos especializados; questionar a desigualdade na valoração dos distintos trabalhos especializados; questionar a desigualdade na valoração dos distintos trabalhos e respectivos agentes, descentralizar a tomada de decisão nas equipes e no serviço, favorecendo o partilhar de decisões sobre questões relacionadas à dinâmica de trabalho; exercer a autonomia profissional tomando em consideração a interdependência das diversas áreas profissionais; e construir um projeto assistencial comum⁽¹¹⁾.

Desta forma, é importante que os gestores de enfermagem compreendam a necessidade de estimular um ambiente de trabalho positivo, no qual exista respeito e que auxilie os componentes da equipe em suas transições e na execução de suas funções.

Quanto aos erros na assistência de enfermagem, é importante destacar a gravidade das ocorrências, que poderão afetar diretamente a segurança dos pacientes. Os erros de medicação, a não elevação de grades do leito, a perda de catéteres, sondas e drenos e a utilização inadequada dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), foram os mais citados pelos profissionais.

Os erros de medicação estão diretamente relacionados aos princípios básicos de administração de medicamentos tradicionalmente vinculados à enfermagem, como paciente certo, dose certa, horário certo, via certa e preparo correto. Estes erros podem ser definidos como qualquer evento evitável que pode causar ou induzir ao uso inapropriado de medicamento ou prejudicar o paciente enquanto o medicamento está sob o controle do profissional de saúde, do paciente ou do consumidor⁽¹²⁾.

A não elevação das grades do leito e a perda de catéteres, sondas e drenos conferem dano aos pacientes. Estas ocorrências muitas vezes relacionam-se a causas técnicas e organizacionais enraizadas na cultura institucional.

A prevenção de quedas é um dos focos da ANVISA e está presente no Plano de Segurança do Paciente nos Serviços de Saúde (PSP), estabelecido pela RDC 36/2013. A queda pode provocar ferimentos e sequelas aos pacientes, prolongando o tempo e os custos de internação hospitalar, com consequente responsabilização legal dos profissionais de saúde e também da instituição^(6,13).

No que tange à não utilização de EPI e à lavagem inadequada das mãos, destaca-se o risco ao qual a equipe de enfermagem está exposta cotidianamente, desrespeitando as normas de biossegurança estabelecidas, além de contribuir para o aumento das taxas de infecção hospitalar, considerada um dos programas da OMS para a segurança do paciente.

A extubação acidental também é uma problemática importante, constantemente relacionada ao cuidado de enfermagem e procedimentos como banho no leito, realização de exames diagnósticos, mudanças de decúbito, trocas de fixação do tubo e transporte interno de pacientes⁽¹⁴⁾. Pode gerar consequências diversas como hipoxemia, atelectasia, pneumonia associada à ventilação mecânica, lesão em traqueia, instabilidade hemodinâmica e parada cardíaca⁽¹⁵⁾, além de ser um fator de estresse para o paciente e toda a equipe multiprofissional envolvida.

A utilização inadequada de equipamentos e alarmes também deve ser discutida e está diretamente relacionada ao uso das bombas de infusão de medicamentos, o que interfere diretamente na administração dos medicamentos, pois estes equipamentos podem ser programados de maneira errada, fazendo com os medicamentos acabem antes ou depois do previsto.

A falta de checagem das prescrições de enfermagem e médica e a utilização incorreta do balanço hídrico estão diretamente relacionadas ao registro de enfermagem incorreto, uma vez que o cuidado é prestado e não é registrado, levando a uma interpretação errada da equipe multiprofissional ou a uma replicação desse cuidado.

A não realização de mudança de decúbito, o posicionamento inadequado no leito e a não realização de curativos também podem ser relacionados, pois interferem diretamente na manutenção da integridade da pele e prevenção de infecções hospitalares. A não realização de determinados procedimentos expõe o paciente a práticas não seguras de assistência, além de retardar a alta hospitalar.

No que tange à Teoria do Erro Humano e ao “Modelo do Queijo Suíço”⁽¹⁶⁾, todos os erros citados podem ser relacionados às falhas ativas e às condições latentes. As falhas ativas são representadas por atos inseguros cometidos pelas pessoas que estão em contato direto com o sistema e com os pacientes, e associam-se aos erros cotidianos da assistência, como os erros de medicação, extubações acidentais e não elevação de grades do leito, enquanto que as condições latentes podem ser representadas pelas patologias intrínsecas do sistema, como a falta de normas, rotinas e protocolos adequados e falta e/ou distribuição inadequada de profissionais.

As falhas ativas e as condições latentes quando combinadas provocam os acidentes, que podem causar danos ou não à clientela atendida. As falhas humanas podem ser prevenidas, mas nunca eliminadas e exigindo um gerenciamento cuidadoso⁽¹⁶⁾.

Conhecer e reconhecer o erro constituem passos primordiais para sua prevenção. Os profissionais de saúde são seres falíveis, com limitações e imperfeições. Assim, o erro humano deve ser compreendido na sua totalidade, considerando-se o que existe por trás da ocorrência, como as sobrecargas e desgastes profissionais, falta de conhecimento acerca do evento, falta de comunicação, de cultura de segurança e de organização e infraestrutura de assistência institucional.

● CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo, foi possível identificar os erros na assistência de enfermagem em terapia intensiva de acordo com o cotidiano da equipe de enfermagem. De acordo com estes profissionais, os erros são variados, conhecidos e reconhecidos. Desta forma, destaca-se a gravidade dos erros identificados, pois interferem diretamente na assistência e na recuperação da clientela, podendo causar graves danos e interferir diretamente no tempo de internação hospitalar e no retorno às atividades da vida diária.

O reconhecimento do erro é fundamental para a sua prevenção, assim como o estímulo a uma cultura de segurança organizacional. Enfatiza-se a necessidade de medidas de notificação e prevenção, estimulando a segurança do paciente, o que certamente contribuirá para uma maior qualidade assistencial. Porém, da mesma forma, é necessário o entendimento de toda a equipe sobre a real necessidade de não se apontar culpados e que esta é apenas uma medida para que sejam solucionados erros em seu cotidiano.

Também é fundamental uma maior discussão acerca dos erros na instituição em questão e em todas as demais. Ao derrubar tabus, diagnosticar e compreender as ocorrências, será possível identificar as possíveis causas e as medidas de prevenção adequadas.

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.

Destaca-se a importância de que esta pesquisa seja replicada em outras instituições, o que certamente contribuirá para o reconhecimento e prevenção dos erros em todas as áreas de atuação.

● REFERÊNCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente, 2007. [Internet] 2014 [acesso em 23 mar 2014]. Disponível: <http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/PatientSolutionsSpanish.pdf>.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Boletim informativo sobre segurança do paciente e qualidade assistencial em serviços de saúde. Brasília: ANVISA; 2011.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Committee on Quality of Health Care in American, Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. [Internet] Washington, DC: National Academy Press; 2000 [acesso em 17 abr 2014] Disponível: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>.
4. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety: the conceptual framework for the international classification for patient safety. [Internet] Washington DC: WHO; 2009 [acesso em 17 set 2013]. Disponível: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 529 de 1º. de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). [Internet] Diário Oficial da União, 1 abr. 2013. [acesso em 16 abr 2014] Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
6. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. [Internet] Diário Oficial da União, 25 jul. 2013. [acesso em 16 abr 2014] Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.
7. Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde. DATASUS. Internações hospitalares do SUS – por local de internação – Brasil. [Internet] 2012 [acesso em 9 dez 2013]. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxuf.def>.
8. Collins SJ, Newhouse R, Porter J, Talsma A. Effectiveness of the Surgical Safety Checklist in Correcting Errors: A Literature Review Applying Reason's Swiss Cheese Model. AORN Journal. [Internet] 2014; 100(1) [acesso em 15 jun 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2013.07.024>.

09. de Pires DEP. Transformações necessárias para o avanço da enfermagem como ciência do cuidar. Rev. bras. enferm. 2013;66(n.esp):39-44.
10. Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 2010.
11. Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant P. (coord.) Gerenciamento em Enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
12. National Coordinating Council for Medications Error Reporting Prevention (NCCMERP). About Medication Errors. [Internet] Rockville (US): NCCMERP; 2013 [acesso em 20 nov 2013]. Disponível: <http://www.nccmerp.org/about-medication-errors>.
13. Inoue KC, Matsuda LM, de 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. [Internet] 2011; 29(3) [acesso em 21 nov 2013]. Disponível: www.udea.edu.co/iee.
14. Castellões TMFW, da Silva LD. Ações da enfermagem para a prevenção da extubação acidental. Rev. bras. enferm. 2009; 62(4): 540-5.
15. de Groot RI, Dekkers OM, Herold IHF, de Jonge E, Arbous MS. Risk factors and outcomes after unplanned extubations on the ICU: a case-control study. Crit Care. 2011; 15(1): 1-9.
16. Reason J. Human error. London: Cambridge University Press; 2003.