

Rita de Cássia Pires Coli

**O ERRO EM PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA SOB A ÓTICA DA BIOÉTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Centro Universitário São Camilo para obtenção do título de Mestre em Bioética.

Orientador:

Prof Dr Marcio Fabri dos Anjos

Co-orientadora:

Profa Dra Luciane Lucio Pereira

**São Paulo
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais Rubens e Sylvia que me ensinaram a enfrentar os desafios com coragem, fé e perseverança:

- Pai, pelo exemplo de homem íntegro, pela sua presença constante, pelo seu amor e por acreditar em mim.
- Mãe, pelo seu incentivo e preocupação constantes que nunca me deixaram recuar, pelo seu amor, por suas orações, pelo exemplo de força e ternura.

Ao Renato, meu marido e companheiro, pelo seu amor, atenção e incentivo mesmo nas horas mais difíceis.

As minhas queridas filhas - Giulia e Paola - razão da minha vida - obrigada pelo apoio e pela paciência e desculpas pelas ausências. Agora podemos comemorar mais esta conquista.

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha fortaleza e meu porto seguro.

Ao Prof Dr Marcio Fabri dos Anjos, orientador, mestre e conselheiro. Obrigada pelas orientações, prontidão, atenção, entusiasmo e paciência.

A Prof Dra Luciane Lucio Pereira, co-orientadora, esteve sempre comprometida comigo e com meu trabalho. Obrigada pelas orientações e pelo carinho.

Ao Prof Dr Willian Saad Hossne, exemplo de mestre, obrigada por me impulsionar para novos caminhos.

Aos enfermeiros que possibilitaram a realização deste estudo, pela disposição e atenção.

A minha "grande e linda família" que incentivou, orou e torceu por mim e por este trabalho. Obrigada pelo carinho.

As amigas: Rosa, Silvia, Adriana e Elena, agradeço o apoio, as orientações e principalmente a amizade.

A todos os amigos que me incentivaram e torceram por mim.

Aos docentes do Curso de Mestrado do Centro Universitário São Camilo, pelo meu aprimoramento.

A Coordenação de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo, pelo incentivo.

A professora e amiga Ana Maria, pelas correções ortográficas.

As bibliotecárias da Biblioteca do Centro Universitário São Camilo - Pompéia, pelo auxílio na revisão das referências bibliográficas.

"Quase todas as grandes teorias éticas convergem para a conclusão de que o mais importante elemento da vida moral de uma pessoa é um caráter desenvolvido que proporcione a motivação e a força interiores para fazer o que é certo e bom"

Beauchamp e Childress

COLI, R.C.P. **O Erro em procedimentos de enfermagem na unidade de terapia intensiva sob a ótica da Bioética**. 2009. 111f. Dissertação (Mestrado em Bioética). Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2009.

RESUMO

O erro na assistência à saúde é uma situação presente, relativamente frequente na prática assistencial e faz parte da natureza humana. O erro pode ser definido como o uso não intencional de um plano incorreto para alcançar um objetivo ou a não execução a contento de uma ação planejada (REASON, 1990). Estudos sobre erro e segurança do paciente ainda são incipientes. Identifica-se a visão individual do processo onde prevalecem medidas punitivas. A bioética surge com a responsabilidade de conduzir os profissionais de saúde a refletirem sobre seus atos. Este trabalho teve por objetivo: estudar o erro em procedimentos de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) sob a ótica da Bioética. Trata-se de uma pesquisa descritiva sob abordagem qualitativa. Após aprovação do Conselho Administrativo da Instituição, do Comitê de Ética em Pesquisa e do consentimento dos sujeitos da pesquisa, foram realizadas entrevistas individuais, semi-estruturada, gravadas em fita cassete. Participaram do estudo 14 enfermeiros que trabalham na UTI de um hospital privado da cidade de São Paulo. A análise dos resultados dos discursos foi realizada segundo a proposta de análise de conteúdo de Bardin, que compreende um conjunto de técnicas de análise da comunicação e utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Os resultados da pesquisa foram distribuídos em seis categorias: Categoria I – Causas do erro, constituída pelas subcategorias: falta de atenção e sobrecarga de trabalho. Categoria II – Fatores que previnem o erro, composta pelas subcategorias: responsabilidade e envolvimento; protocolos e treinamento. Categoria III – Postura do enfermeiro frente ao erro, tendo como subcategorias: reconhecendo ser falível; reconhecendo e comunicando o erro; omitindo o erro. Categoria IV – Condutas do enfermeiro após o erro, formada pelas categorias: conduta com o paciente; conduta institucional; diálogo com o colaborador e medidas punitivas com o colaborador. Categoria V – Sentimentos provocados pelo erro. Categoria VI – O aprendizado através do erro. Os achados da pesquisa formaram a base para as considerações bioéticas, onde se destacaram: o erro tem um ambiente; diante do erro vale mais a responsabilização do que a culpabilização; o paciente, em sua vulnerabilidade é o foco da responsabilidade no erro; a responsabilidade diante do erro supõe o reconhecimento das próprias vulnerabilidades; a consciência da própria vulnerabilidade conduz à atitude de prudência e à medida de prevenção; assumir o erro com responsabilidade supõe condições éticas nas relações entre as pessoas envolvidas; aprender pelo erro supõe um processo de humanização do erro em relações interativas. O que se propõe é repensar a prática de enfermagem pautada na bioética, recorrer à análise do erro focada também nas relações entre os envolvidos. O erro se dá numa rede de relações, portanto não deve ser visto de uma forma individual, nem somente técnica, mas principalmente relacional, e buscar desta forma uma compreensão integral da realidade.

Palavras-chave: Erro médico. Bioética. Cuidados de enfermagem – ética. Responsabilidade. Vulnerabilidade.

COLI, R.C.P. **The error in nursing procedures at the Intensive Care Unit under the Bioethics approach.** 2009. 111f. Dissertation (M.A in Bioethics).Centro Universitário São Camilo. São Paulo, 2009.

ABSTRACT

The error in health assistance is a present situation, relatively frequent in the assistance practice and it is part of the human nature. The error may be defined as the non-intentional use of an incorrect plan in order to reach a goal or a planned action that is not satisfactorily executed (REASON, 1990). Studies about error and security of a patient are still incipient. It is identified the individual view of the process where punitive measures prevail. Bioethics appears with the responsibility of leading the health professionals to a reflection about their own acts. The objective of this dissertation was to study the error in nursing procedures at the Intensive Care Unit (ICU) in the light of Bioethics. This is a descriptive research under a qualitative approach. After the approval of the Administrative Council of the Institution, the Ethics Committee in research and the agreement of the subjects of the research, we carried on individual interviews, semi-structured, recorded in tapes. Fourteen nurses who work at the ICU of a private hospital in São Paulo took part of this research. The analysis of the results of the discourses was done under Bardin's proposal of content analysis – that comprises a group of techniques of communication analysis and uses systematic and objective procedures of description about the messages content. The results of the research were distributed in six categories: Category I – causes of the error, constituted by the sub-categories: lack of attention and overwork. Category II – factors that prevent the error, composed by the subcategories: responsibility and involvement, protocols and training. Category III: the posture of the nurse facing the error, having as subcategories: recognizing fallibility; recognizing and communicating the error; omitting the error. Category IV- conducts of the nurse after the error, formed by the following categories: conduct with the patient; institutional conduct; dialogue with the collaborator and punitive measures with the collaborator. Category V – feelings provoked by the error. Category VI - the learning process through the error. The findings of the research formed the basis for the bioethical considerations where the following was emphasized: the error has an environment; facing the error it is worth much more responsibility rather than culpability; the patient, in his vulnerability, is the focus of the responsibility in the error; the responsibility before the error presumes the recognition of one's own vulnerabilities; the awareness of one's own vulnerability leads to a prudent attitude and to a prevention measure; assuming the error with responsibility indicates ethic conditions in the relationship among the people involved; learning through the error means a humanization process of the error in interactive relationships. What is proposed here is to rethink the nursing practice supported by the bioethics, resorting to the analysis of the error also focused on the relationship among those involved. The error happens in a relational network. So, it can not be seen neither individually nor technically, but mostly relationally and so, searching for a whole comprehension of the reality.

Keywords: Bioethics. Medical Error. Nursing care – ethics. Responsibility.
Vulnerability

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS.....	19
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	20
3.1 O Erro na assistência à saúde	20
3.1.1 Definição do erro	20
3.1.2 Estudo do erro	21
3.1.3 Classificação dos erros	23
3.1.4 Formas e Tipos de erros	24
3.1.5 Barreiras de defesa	25
3.1.6 Causas do erro	26
3.1.7 Sentimentos provocados pelo erro.....	27
3.1.8 Aprendendo com o erro.....	28
3.2 A Bioética	29
3.2.1 Bioética e Deontologia.....	31
3.2.2 Responsabilidade.....	34
3.2.3 O Princípioalismo	37
3.2.4 Vulnerabilidade.....	39
3.2.5 Prudência	43
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	45
4.1 Tipo de pesquisa	45
4.2 Local da pesquisa	45
4.3 Sujeitos da pesquisa	46
4.4 Procedimentos de coleta de dados	46

4.5 Tratamento dos dados.....	47
5 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS	51
5.1 Caracterização da população estudada	51
5.2 Categorias e subcategorias	51
5.2.1 Categoria I: Causas do erro	52
5.2.2 Categoria II: Fatores que previnem o erro.....	61
5.2.3 Categoria III: Postura do enfermeiro frente ao erro	69
5.2.4 Categoria IV: Condutas do enfermeiro após o erro	76
5.2.5 Categoria V: Sentimentos provocados pelo erro	84
5.2.6 Categoria VI: O aprendizado através do erro	87
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS.....	98
APÊNDICES	108
APÊNDICE I: Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	108
APÊNDICE II: Roteiro de entrevista.....	109
ANEXOS	110
ANEXO I: Parecer do Conselho Administrativo da Instituição	110
ANEXO II: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	111

1 INTRODUÇÃO

A assistência à saúde, desenvolvida no ambiente hospitalar, exige uma prática cada vez mais especializada e complexa para acompanhar os avanços no conhecimento e a constante incorporação de novas tecnologias. Este sistema complexo pode predispor ao erro e agravar suas consequências em grau dificilmente encontrado em outras atividades (BARRETO; KURAMOTO, 2006).

O interesse em estudar “o erro em procedimentos de enfermagem sob a ótica da bioética” iniciou-se quando, em 1990, integrava a Comissão de Qualidade de um hospital privado que tinha como um dos objetivos o gerenciamento de eventos adversos. Esta Comissão definiu a ocorrência adversa ao paciente como “todo e qualquer evento não previsto que acontece ao paciente durante sua hospitalização, podendo ou não, ser devido à negligência”. A participação dos profissionais de enfermagem era de fundamental importância para a identificação dos fatores que favoreciam as ocorrências e a informação de medidas para sua correção.

Durante o desenvolvimento desse trabalho, chamaram a atenção o medo e os conflitos expostos pelos enfermeiros, ao falar sobre erros.

Mais tarde, comprometida com a implantação das funções da *Joint Commission* (JC) voltadas para melhoria da qualidade e segurança do paciente, novos paradigmas surgiram com a implantação do gerenciamento de risco.

Atualmente, como docente de enfermagem, supervisionando estágios em hospitais, observo os mesmos dilemas e conflitos, medo e culpa, vivenciados pelos enfermeiros assistenciais, quando do enfrentamento do erro. Observo também a vulnerabilidade do paciente e do profissional frente ao erro humano, bem como a ausência de uma “cultura de segurança” nas instituições de saúde, na abordagem do erro.

Estas observações reforçaram minhas inquietações:

- Os enfermeiros se percebem como peça fundamental na promoção da segurança do paciente?

- Como o enfermeiro enfrenta uma situação de erro durante a execução de procedimento de enfermagem. Qual sua conduta?

- Qual a responsabilidade do enfermeiro, que decidirá o que fazer no momento do erro? Ele comunica o erro? Quando?

- Quais fatores estão relacionados à omissão do erro: Insegurança? Falta de conhecimento? Vergonha? Fidelidade à equipe/instituição? Medo de punição?

- A vulnerabilidade do profissional leva ao erro?

Os profissionais de enfermagem devem prevenir as ocorrências que sejam prejudiciais à clientela, pois necessitam assegurar ao paciente o direito a uma assistência de enfermagem livre de riscos e danos e promover articulação com políticas dos serviços de enfermagem nas instituições de saúde, com intuito de propiciar ao máximo o cuidar beneficente (FREITAS et al, 2005).

Madalosso (2000) e Harada (2006) lembram, porém, que os profissionais de saúde, como qualquer ser humano, são falíveis, capazes de cometer erros. É necessário concentrar esforços para manter esses níveis próximos do risco zero. Entretanto, como os erros envolvem o bem-estar, a integridade ou a vida da outra pessoa, à luz social e humana, tal prejuízo é questionado, gerando dilemas éticos e legais. Assim, a manutenção da segurança do cliente exige um grande esforço por parte dos profissionais da saúde para o desenvolvimento de estratégias que culminem com a prevenção.

A análise de bibliografias recentes revela que o “erro humano” ainda é pouco pesquisado/discutido e está longe de ser esgotado.

No Brasil, pesquisas vêm sendo feitas, estudando o erro humano e a segurança do paciente. Porém, as informações que permitem comparações estatísticas entre os serviços nacionais ou estrangeiros são escassas devido à dificuldade de se abordar o assunto, pela complexidade conceitual, pela falta de documentação, pelo medo de questões legais ou pela falta de recursos para a realização de um maior número de pesquisas. (BOHOMOL, 2002)

Segundo Waldow (2001), a enfermagem é testemunha, em seu cotidiano, de inúmeros problemas relativos a questões morais e éticas como atitudes e comportamentos incorretos por parte da própria enfermagem, do corpo médico e das instituições.

Na prática de enfermagem, os erros de um modo geral, são estudados com maior afinco nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), provavelmente porque neste

ambiente concentra-se um maior número de procedimentos, o uso de tecnologias mais avançadas e pacientes mais vulneráveis (PADILHA, 1998; BOEMER; SAMPAIO, 1997).

Um relatório do Instituto de Medicina dos EUA, divulgado em 1999, identificou que nas UTIs, áreas de alto risco para falhas e acidentes, 17% dos pacientes sofriam de algum evento adverso sério (QUINTO NETO, 2006).

Os estudos relacionados ao erro de medicação também se sobressaem. A administração de medicamento é uma atividade intrínseca da equipe de enfermagem e faz parte do processo de assistência ao paciente (BOHOMOL, 2002).

O livro *To Err is Human: Building a Safer Health System*, publicado em 2000 pelo *Institute of Medicine* (IOM) nos EUA foi considerado um marco, porque aborda o estudo dos erros e eventos adversos. Esse estudo foi realizado em diversas instituições de saúde, dando início a inúmeras discussões sobre a segurança da assistência prestada ao paciente. Os autores deste relatório estimam que, anualmente, entre 44.000 a 98.000 norte-americanos morrem em decorrência de erros que acontecem no sistema de saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Após cinco anos da publicação do livro, os autores Leape e Berwick realizaram uma análise do impacto gerado e destacaram os novos desafios assumidos pela IOM até 2010, para promover a segurança do paciente (BOHOMOL, 2007).

Para Kohn, Corrigan e Donaldson (2000) nem todo erro resulta em dano. Erros que resultam em prejuízos ou lesões são frequentemente denominados eventos adversos ou agravos decorrentes de intervenções realizadas por profissionais de saúde e não relacionadas a condições intrínsecas do paciente, mas nem todos os eventos adversos são relacionados a erros.

Neste estudo, os termos “evento adverso”, “iatrogenia” e “erro” serão tratados como sinônimos.

Para Harada (2006) o enfermeiro deve tomar a iniciativa e se comprometer, mesmo diante das adversidades identificadas em seu trabalho, para promover melhorias do sistema de saúde, não permanecendo passivo perante situações entendidas como inevitáveis ou decorrentes de falta de estrutura ou más condições de trabalho, fatos estes que não devem interferir para que as ações não aconteçam.

Esses fatores, sem dúvidas, corroboram significativamente para a ocorrência de erros, porém é necessário que a análise dos erros seja centrada no sistema e não no indivíduo.

Observa-se, na prática assistencial, que o estudo desses fatores, implica na necessidade de análise, incluindo os aspectos ético e legal. E que, especialmente para os enfermeiros, as falhas cometidas trazem sérios ônus para o paciente e repercussões ético-legais desse processo para os profissionais (HARADA, 2006).

O cotidiano da enfermagem também mostra que o erro não representa uma raridade desaparecida. É uma situação presente e relativamente frequente no processo de cuidar. O erro somente não é identificado com maior frequência, pela capacidade e astúcia de alguns profissionais em se protegerem, se solidarizarem e mascararem tais situações (MADALOSSO, 2000).

Segundo Harada (2006) e Freitas, Oguisso e Merighi (2006), a “cultura de punição” é vigente no sistema de saúde tornando, muitas vezes, impossível uma discussão crítica e construtiva dos fatos. A visão individual do processo do erro acarreta medidas punitivas e até demissões dos profissionais envolvidos, levando frequentemente a subnotificação do erro, dificultando o desenvolvimento de mecanismos de prevenção. Discorrem também, que os profissionais da área da saúde não são imunes à incerteza moral, dilemas e angústias, particularmente sobre questões que envolvem o erro humano e são relutantes em relatar e admitir o erro no cuidado da saúde. Estima-se que somente 25% dos erros são notificados pelos profissionais e que estes, em sua maioria, são os que acarretam algum dano ao paciente.

Carvalho e Cassiani (2002-b) apontam que os erros frequentemente não são relatados, devido ao medo das medidas administrativas que podem ser aplicadas ao profissional envolvido, de acordo com a gravidade do erro cometido. Para as autoras, ações punitivas não têm lugar na prática atual. Salientam que a ênfase na educação faz-se necessária para a modificação da prática atual.

A necessidade de mudança no sistema de atendimento à saúde para a promoção da segurança do paciente é a premissa que fundamenta as ações de melhoria. Para tanto, observa-se o destaque dado por algumas Organizações a respeito deste assunto:

- A Organização Mundial de Saúde (OMS) - Resolução 55.18, de Maio de 2000, declarou o objetivo de tornar a segurança do paciente uma alta prioridade na agenda de políticas dos países membros (WHO, 2002).

- *The Joint Commission* (JC) nos EUA, estabeleceu o Programa Nacional de Metas para a Segurança do Paciente (*National Patient Safety Goals*) onde define os procedimentos para atenção especial dos profissionais de saúde em sua execução. A *Joint Commission International* (JCI) tem desenvolvido as Metas Internacionais de Segurança, desde 2005 (JC, 2009).

- A Agência Nacional para Segurança do Paciente (*National Patient Safety Agency*) do Reino Unido, fundada em junho de 2000, estabeleceu áreas e procedimentos para monitoramento e ações de melhoria de desempenho das instituições de saúde através da *National Clinical Assessment Service* (NCAS, 2008).

- O Conselho Australiano para Segurança e Qualidade em Assistência à Saúde (*Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare*), desenvolveu o sistema "SHE" (*Sentinel Health Events*) – Eventos Sentinela em Saúde, onde definem uma lista nacional de eventos sentinela (AUSTRALIAN, 2006).

- O Conselho Internacional de Enfermeiros (*International Council of Nurses* – ICN) em suas políticas sobre *Patient Safety*, preconiza que o enfoque da segurança do paciente envolve ações de recrutamento, treinamento e retenção de profissionais da saúde, melhoria do desempenho, gerenciamento de risco, incluindo controle de infecção, uso seguro dos medicamentos, segurança de equipamentos, prática clínica segura e ambiente seguro (ICN, 2002).

- A "Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos", aprovada na Assembléia Geral da UNESCO em 19 de outubro de 2005, trata em seu art.20 – da avaliação e gestão de risco - onde esclarece ser conveniente promover uma gestão apropriada e uma avaliação adequada dos riscos relativos à medicina, às ciências da vida e às tecnologias que lhes serão associadas (UNESCO, 2005).

Aprender que erros são situações presentes no atendimento à saúde e que podem acarretar injúrias aos pacientes, constitui um importante passo na busca da segurança destes.

Entretanto, uma mudança nos padrões da assistência vem surgindo com a bioética, vista como novo domínio da reflexão, que considera o ser humano em sua dignidade e totalidade, incluindo nela a segurança do paciente, quando assistido pelo profissional da saúde.

Mover-se pela ética do cuidado é potencializar as relações através da comunicação e solução de conflitos a fim de defender e promover a vida de todos, especialmente dos mais vulneráveis (ZOBOLI; SARTÓRIO, 2006).

Selli (2000) corrobora, afirmando que todas as condutas dos profissionais de enfermagem incidem sobre o outro e, portanto, exigem reflexões e decisões que devem ser tomadas, ancoradas em valores que demandam avaliações de ordem ética.

A bioética, que constitui uma área do conhecimento pluralista, multi e interdisciplinar, vem se agregando à construção histórico-social da prática da enfermagem, imprimindo-lhe novas nuances e perspectivas, no sentido de dar conta dos desafios decorrentes da necessidade de mesclar ética e técnica (ZOBOLI; SARTÓRIO, 2006).

A *Encyclopedia of Bioethics* define bioética como:

[...] o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão, decisão, conduta e normas morais – das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar (ENCYCLOPEDIA..., 2004, p. XI).

Martins (s.d.) lembra também que a bioética surge com a responsabilidade de conduzir os profissionais de saúde a refletirem sobre seus atos e suas ações e que o respeito aos direitos humanos constitui, atualmente, um grande desafio para os enfermeiros, na medida em que nem sempre é fácil garanti-los em algumas rotinas da prática de enfermagem.

A respeito da tomada de decisão ética, Fortes (1998) aponta duas correntes: a consequencialista (ou dos resultados) e a deontológica (dos deveres). A primeira avalia o ato pelo alcance dos objetivos da ação empreendida. Seu paradigma é o alcance do “maior bem-estar para o maior número possível de pessoas”. A segunda, afirma que as regras provêm de princípios universais e devem ser aplicadas em todo

tempo e lugar. Na prática, o autor lembra que é fácil de constatar que as decisões tomadas mesclam ambas as posições éticas.

Lopes (s.d.) afirma que para ajudar os indivíduos a tomar decisões autônomas em situações de conflito, deve-se aplicar determinados princípios, que neste estudo, será chamado de referenciais, presentes em teorias éticas. Os referenciais são linhas gerais que governam a conduta, constroem uma base de raciocínio e orientam as ações.

A ética também é uma dimensão fundamental na busca da humanização. Segundo Pessini et al (2003) o termo humanização vem sendo utilizado no âmbito da saúde, sobretudo no que se refere à forma como está sendo tratada a pessoa doente nos hospitais. Humanizar o cuidar é dar qualidade à relação do profissional da saúde e paciente, acolhendo suas angústias diante de sua fragilidade.

Ao adentrar neste exercício reflexivo e questionar como o cuidado de enfermagem acontece no dia a dia, fica incontestável a necessidade da construção de uma nova enfermagem, pautada em conhecimentos sólidos e particulares, na ética da vida, nos sentimentos e nos prazeres, na solidariedade e na resistência passiva, alicerçada no exercício da cidadania (MADALOSSO, 2000).

A bioética, particularmente na área da saúde, tem contribuído para o surgimento de reflexões por parte dos profissionais, no que diz respeito às condutas frente às situações-dilema.

Refletir sobre as condutas, questionar valores, repensar e redefinir práxis e cuidados no agir profissional, à luz da bioética, representa para a enfermagem tomar consciência da dimensão de seu trabalho, que é o cuidar.

Cuidar é ir ao encontro do outro para acompanhá-lo na promoção de sua saúde, observando sua singularidade. Cuidado é atitude, frente à vulnerabilidade, mover-se pela ética do cuidado, implica assumir um modo de ser essencial, no qual a pessoa, sem esquecer de si, sai de si mesma e centra-se no outro com desvelo e solicitude, compreendendo a complexa inter-relação que sustenta a vida e potencializando estas relações por meio da comunicação inclusiva e da solução não violenta dos conflitos, a fim de defender e promover a vida de todos (ZOBOLI, 2006 e ZOBOLI; PEGORARO, 2007).

Sarti (2006) ressalta a dimensão social do erro humano, onde sua proposta é a de deslocar o olhar, retirando o foco do erro em si e dirigindo-o para a situação na qual ocorre o erro. Busca-se com isso, chamar a atenção para as implicações do fato de que o erro, quando cometido nas práticas assistenciais em saúde, ao incidir sobre um paciente, ocorre no âmbito de uma relação entre profissionais e pacientes.

Discorrer sobre o erro em procedimentos de enfermagem na UTI sob a ótica da bioética é instigante e não há estudo divulgado sobre este tema.

Este trabalho não se trata de mais uma pesquisa sobre ética na UTI, mas de uma leitura do erro em procedimentos de enfermagem na UTI, sob a ótica da bioética. Assim, espera-se que este estudo traga uma contribuição significativa para a prática e a gestão do cuidar em enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

- ✓ Estudar o erro em procedimentos de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI) sob a ótica da bioética.

2.2 Objetivos Específicos:

- ✓ Apreender as percepções dos enfermeiros, frente à ocorrência de erro em procedimentos de enfermagem na UTI.
- ✓ Analisar, a partir dos referenciais da bioética, as percepções dos enfermeiros diante da ocorrência de erros na UTI.

3 REVISÃO BIBLIOGRAFICA

3.1 O Erro na assistência à saúde

3.1.1 Definição do Erro

O erro é definido, segundo o dicionário Aurélio, como “ato ou efeito de errar: juízo ou julgamento em desacordo com a realidade: qualidade daquilo que é inexato, incorreto” (FERREIRA, 1999).

O erro pode ser definido como o uso não intencional de um plano incorreto para alcançar um objetivo (erro de execução) ou a não execução a contento de uma ação planejada (erro de planejamento) (REASON, 1990).

Segundo Padilha (1998), os erros fazem parte da natureza, estão presentes nas atividades diárias dos indivíduos e em todas as áreas de trabalho, inclusive na saúde. Ocorrências iatrogênicas, evento adverso ou erro são sinônimos de eventos indesejáveis, porém evitáveis, de natureza danosa ou prejudicial.

A autora ainda salienta que apesar dos avanços técnico-científicos disponibilizados para o atendimento dos usuários do sistema de saúde e um maior número de profissionais envolvidos no cuidado, o problema está longe de ser solucionado. Os erros e as situações para a sua ocorrência existem e devem ser examinados, pois comprometem a segurança do paciente e a qualidade da assistência prestada.

Para Madalosso (2000), o erro na enfermagem está relacionado à privação dos cuidados, sua imposição ou prestação insatisfatória deles, de forma a que viessem determinar algum transtorno, dano ou prejuízo ao bem estar do ser humano/paciente.

Os erros para Freitas e Oguisso (2007) podem resultar das ocorrências éticas, considerando-se as possibilidades de falhas cometidas pelos profissionais de enfermagem, os quais podem dar causa a algum tipo de prejuízo ou dano, seja de natureza física, ou mesmo moral, em relação ao paciente, em relação ao colega de trabalho ou ao estabelecimento.

3.1.2 Estudo do Erro

Apesar dos erros estarem atualmente incluídos como indicadores de resultados de qualidade dos serviços de saúde e da assistência prestada, observa-se, na prática, que estes têm sido pouco valorizados e investigados (MASSAROLO; FERNANDES, 2005).

Até a década de 70, os erros humanos eram considerados inevitáveis e inacessíveis. A partir de 1970, estudos mais detalhados demonstraram que a despeito da variedade das circunstâncias em que acontecem, eles parecem ter origem comum em alguns mecanismos mentais específicos. Atualmente, existem por volta de 43 especialidades profissionais que estudam erros humanos, demonstrando a complexidade multidisciplinar desse campo de conhecimento (ROSA; PERINI, 2003).

Bulhões (2001) corrobora e enfatiza que, apesar do erro ser um fenômeno central da condição humana, o estudo formal da falha humana é relativamente recente e envolve hoje profissionais os mais diversos e de diferentes disciplinas. Devido a essa variedade, não surpreende a existência de pontos de vista contraditórios na literatura sobre o tema:

James Sully, 1881, empregou o termo ilusão para caracterizar as formas de falsificação do conhecimento imediato, evidente ou intuitivo. As quatro modalidades do funcionamento cognitivo – percepção externa, introspecção, memória e convicções – formam a base da taxonomia dos erros de Sully.

Meringer, 1895, realizou as primeiras pesquisas determinantes sobre o erro. Em 1908 ele já havia reunido um conjunto de cerca de 8 mil deslizes orais e escritos, ainda hoje utilizados.

Freud, 1896. O primeiro a observar o caráter significativo de certos erros. Progressivamente, ele se convenceu de que todos os lapsos, em geral sem consequências, denunciavam a presença de impulsos reprimidos no consciente. A partir de 1922, a expressão lapso freudiano tornou-se corrente.

James, Münsterberg e Jastrow, 1890-1910 – Os princípios de psicologia de Willian James forneceram, em 1890, quase todos os elementos necessários a uma teoria do erro humano. Münsterberg realizou muitos trabalhos sobre a psicologia do testemunho, especialmente sobre análises das falhas de testemunhas oculares. Em 1905, Jastrow publicou uma análise de cerca de 300 lapsos da consciência, realizando assim a primeira tentativa de investigação de deslizamentos da ação.

Teoria da forma – a partir de 1912, os psicólogos da forma defendem que os fenômenos psicológicos são mais que a soma de suas partes constituintes. As impressões dos sentidos: elas são ativamente construídas pelos interesses do observador e por sua tendência inata para organizar as partes segundo um todo coerente, com as pequenas irregularidades sendo negligenciadas. Pela primeira vez, elaborou-se uma teoria sobre os mecanismos de produção do erro humano capaz de ser testada. Embora suas bases psicológicas não tenham sido suficientemente confirmadas, a teoria da forma muito influenciou as atuais concepções do funcionamento cognitivo.

Bartlett e os esquemas, 1932. Schema é uma organização ativa de reações ou de experiências passadas, apta a entrar em ação em toda resposta orgânica bem adaptada. Segundo Bartlett, os esquemas caracterizam-se por 3 aspectos: a) são estruturas mentais inconscientes; b) baseiam-se em conhecimentos anteriores; c) a memória de longo prazo é bem mais constituída de conhecimentos ativos que de imagens passivas. Os esquemas não reproduzem experiências passadas, eles as reconstróem. Este processo permite prever alguns desvios na recuperação da informação.

Rosa e Perini (2003) apontam que os anos 90 marcaram um aumento das abordagens sobre erro na saúde (seja pela mídia sensacionalista, seja pelos processos jurídicos ou exigências do cliente) e que o número de erros que ocorre no sistema de saúde é cada vez mais evidente e inaceitável.

As mesmas autoras reforçam que o estudo de erros médicos, principalmente os relacionados a erros de medicação, vêm sendo realizados. Mesmo assim, o conhecimento epidemiológico é restrito e os dados atuais subestimados. As publicações, a partir da década de 90, refletem o grande interesse pelo assunto, motivado pela possibilidade de salvar vidas e economia significativa de recursos.

3.1.3 Classificação dos Erros

Até o momento, não se dispõe de uma classificação universal do erro humano. Alguns teóricos criaram taxonomia própria. Reason (1990) preferiu reunir as diversas classificações nos três níveis descritos:

1. Comportamental – responde basicamente ao *Que?* Preocupa-se com: a) característica formal do erro – por ação ou por omissão? Por repetição ou por mau encaminhamento das ações? b) consequências mais observáveis: natureza ou extensão do dano causado. Nesse nível, levantam-se, sobretudo os dados relativos ao caráter reparável do erro, sua fonte – se humana ou técnica e a atribuição da responsabilidade, se do operador ou de quem concebeu o sistema. Pesquisas mostram que erros de uma mesma categoria comportamental podem ser produzidos sob o efeito de mecanismos causais diferentes, assim como erros de diversas categorias comportamentais podem partilhar etiologias comuns.

2. Contextual – responde, sobretudo ao *Onde?* Interessa-se pelas características formais do erro e apóia-se sobre hipóteses causais. Muitas taxonomias de deslizes do comportamento (oral, escrito) são construídas nesse nível. As classificações contextuais são interessantes porque: a) salientam a interação complexa entre fatores desencadeantes locais e as tendências subjacentes ao erro b) permitem tratar das condições de surgimento de um erro em um dado ponto da seqüência comportamental; c) mostram quão importante é a coleta do maior número de informações possíveis sobre as circunstâncias do erro, quer sejam elas internas ou externas ao produtor da falha; d) reconhecem a relação crítica existente entre o tipo de erro e a característica da situação, ou da tarefa na qual ele aparece. Embora útil, esse tipo de classificação apresenta sérias limitações. Em si mesmos, os fatores contextuais não permitem explicar as mesmas formas de erro.

3. Conceitual – responde principalmente ao *Como?* Explora hipóteses sobre os mecanismos cognitivos implicados na produção do erro. Esta classificação diferencia-se das duas anteriores, porque é mais baseada nas inferências teóricas do que nas características observáveis dos erros, ou nos contextos nos quais eles surgem. Observa-se de um nível a outro de classificação, um deslocamento da superfície imediata dos dados para um aprofundamento no campo das hipóteses. Apesar das dificuldades que tal procedimento envolve, as classificações

conceituais são as mais frutíferas, por buscar a identificação dos mecanismos causais dos erros.

3.1.4 Formas e Tipos de Erros

As formas de erros são modalidades recorrentes de deficiência que podem aparecer, qualquer que seja o tipo de atividade cognitiva. Elas são encontradas nos deslizes, nos lapsos e nos enganos. Dada à abrangência dessas formas é pouco provável que a ocorrência de um erro esteja ligada à falha de uma única unidade cognitiva.

Para Reason (1990), deslizes e lapsos são ações não previstas, embora a intenção de agir corretamente estivesse presente. Os enganos por sua vez são deficiências de julgamento ou de planejamento:

Deslizes e lapsos – baseados no automatismo. Intenção correta, execução incorreta. Bom planejamento e pobre execução. Trata-se de fracasso da execução, ou seja, a ação não se desenvolve conforme o previsto. Nos deslizes e lapsos, a atividade é caracterizada por um controle pro ativo, os erros emanam de estruturas de conhecimentos estocados. Em geral os deslizes precedem a detecção de um problema. Lapsos e deslizes podem ser prevenidos por meio de checagem introduzida no sistema, nos próprios equipamentos ou até nos instrumentos.

Enganos – são erros de julgamento que resultam em intenção incorreta ou inadequada escolha de critério. Geralmente, indicam redução ou falta de competência, de perícia ou de conhecimento. Os enganos são verdadeiros desafios na análise e controle do erro humano. Nos enganos, o controle é essencialmente retroativo, a atividade é dirigida pelo erro. Os enganos surgem ao longo das tentativas subsequentes de descoberta de uma solução. Os enganos originam-se na esfera cognitiva e são capazes de ser influenciados por inúmeros fatores externos, donde a dificuldade para serem previstos ou prevenidos.

As Violações – representam claramente um desvio do bom caminho e são considerados comportamentos aberrantes. - Embora significativas, as violações não fazem parte deste estudo.

Reason (1990) também salienta a importância de distinguir os tipos de erros, definindo-os como ativos e latentes. Os erros ativos são aqueles cujos efeitos são sentidos imediatamente e gerados pelo pessoal de frente isto é, por operadores de sistemas complexos (por exemplo, os pilotos e controladores de tráfego aéreo e acrescentam-se aqui os profissionais de enfermagem). Os erros latentes são os que fazem parte do sistema e nele repousam a longo tempo, cujas consequências se evidenciam apenas quando diversos fatores se combinam e quebram as defesas desse sistema. Os erros são gerados pelos que planejam e controlam as interfaces das atividades, isto é, os tomadores de decisão e gerentes, influenciados pelos fatores ambientais, educacionais, incorporação tecnológica, dentre outros.

3.1.5 Barreiras de defesa

Um dos modelos de barreira de defesa de acidentes e erros mais frequentemente citado é denominado modelo do "Queijo Suíço", proposto por J. Reason. Esse modelo foi originalmente elaborado para explicar acidentes em usinas nucleares, de viagens espaciais e de avião, mas também se aplica aos erros cometidos na assistência à saúde. Assim como nesses locais citados, os sistemas de saúde estabelecem práticas de segurança que constituem em barreiras de defesa, a fim de evitar que erros causem danos aos pacientes. As barreiras de defesa deveriam prevenir que erros atingissem o paciente. Porém, como no queijo suíço, existem falhas ou buracos nas barreiras de defesa os quais, ocasionalmente, permitem que um erro escape através delas e atinja o paciente (PEPPER, 2004).

O modelo do "Queijo Suíço" está baseado nas defesas, barreiras e salvaguardas que ocupam uma posição chave. A maioria delas funciona bem, mas sempre existem fraquezas. Em um contexto hipotético, cada camada de defesa, barreira ou salvaguarda deveria estar íntegra, entretanto, via de regra elas são mais como as fatias de um queijo suíço, cheias de buracos. Porém, de forma diferente do queijo, esses buracos estão continuamente abrindo e fechando em diferentes momentos. Como estamos pensando em camadas, estes buracos em uma camada são inofensivos, mas quando ocorre um alinhamento destes buracos, nas diferentes

camadas do sistema de defesas ou barreiras, existe a possibilidade de ocorrência de um evento perigoso. Os buracos nas defesas surgem por duas razões: falhas ativas e condições latentes, já citados anteriormente. O grande desafio é o de propiciar condições para que sejam eliminadas as razões que potencializam os erros, aumentando as chances de detecção e de recuperação das falhas humanas que inevitavelmente ocorrerão (REASON, 2000).

3.1.6 Causas do Erro

O erro humano, nas diversas profissões da área da saúde, pode acontecer em decorrência de fatores relacionados ao próprio paciente, aos profissionais e à instituição (HARADA, 2006).

Os mecanismos do erro são complexos e envolvem aspectos psicológicos, filosóficos, éticos e comportamentais das pessoas, além das questões relacionadas às metodologias de trabalho, natureza do treinamento, condições ambientais e organizacionais (BOHOMOL, 2007).

Fatores como fadiga, horas de sono insuficientes, uso de álcool e drogas, frustrações, medo, ansiedade, raiva, estresse, barulho e calor excessivo, podem desviar a atenção. Estes também influenciam negativamente na dinâmica que demanda mais energia e intelecto, que são os erros por falta ou insuficiência de conhecimento sobre a atividade ou tarefa executada (ROSA E PERINI, 2003).

Segundo Reason (1990), quando existe uma situação de erro, o aspecto humano deve ser analisado como um dos componentes para a sua causa, mas não somente ele. Alguns estudos demonstram que a maioria dos erros é resultante de deficiência nos sistemas e não devido às falhas humanas (ROSA E PERINI, 2003).

Padilha (2001) comparou vários estudos, nacionais e internacionais, que envolvem erro e verificou que o fator humano (displicência do funcionário) é apontado como principal causa do erro. No entanto, embora grande percentagem dos problemas tenha o componente humano envolvido, sua contribuição global para muitos problemas deve ser analisada. Dentro do princípio da melhoria contínua de

qualidade, estudos concluíram que 85% dos problemas são relacionados ao sistema e que pequena parcela é resultante de erro humano, exclusivamente.

Novos estudos realizados por Padilha (2002 e 2006) comprovaram que dos fatores relacionados a erros, os fatores humanos foram predominantemente apontados.

Madalosso (2000), em seus estudos, deparou com situações na supervisão de alunos de: inabilidade, insegurança, falta de domínio técnico, limitada capacidade para interpretar e analisar as situações presentes e emergentes, a precipitação, a lentidão, enfim, o maior risco para a falha no cuidado. Outros fatores que aumentam significativamente a possibilidade de erros: os constantes avanços tecnológicos científicos, tornando cada vez mais complexo e sofisticado o aparato de trabalho, o aperfeiçoamento pessoal necessário a este enfrentamento, não atingindo a mesma velocidade, uma política nacional de saúde corrompida e ultrapassada, conduzindo ao sucateamento de todo o sistema.

3.1.7 Sentimentos provocados pelo Erro

Para os enfermeiros, vivenciar o erro, seja como participante direto ou observador, provoca sentimentos conflitantes que geram desgaste emocional e desencanto. Instrumentalizar o profissional para o enfrentamento dos erros reitera o compromisso ético com um cuidar seguro e bem sucedido (PADILHA, 1998).

Estudos realizados com enfermeiros sobre “ocorrências iatrogênicas em UTI”, independente da gravidade das conseqüências para o paciente, os profissionais referiram sofrimento psíquico intenso quando vivenciaram esse tipo de evento. Os sentimentos mais referidos recaíram sobre culpa, impotência e ansiedade (PADILHA, 1998).

Carvalho e Cassiani (2002,a) reconhecem que muitos erros não são relatados por medo de punições e pela própria consciência do profissional quando este relata que se sentiu humilhado, uma pessoa inútil, que não sabe fazer nada, que a consciência ficou arrasada, demonstrando que o sentimento de culpa, dor e vergonha acompanham o profissional em sua trajetória profissional. O erro é, muitas

vezes, cercado de uma aura de culpa que faz com que, tanto o indivíduo que o comete, como a instituição, tenha aversão em comunicá-lo.

Rosa e Perini (2003) corroboram com estudos onde apontam que os profissionais de saúde, normalmente, associam falhas nas suas atividades à vergonha, perda de prestígio e medo de punições.

Santos et al (2007) descrevem que os sentimentos vivenciados após o erro estão relacionados diretamente ao sujeito que comete o erro e à pessoa que foi sujeito do erro. Em ambas as direções identificou: pânico, desespero, preocupação, culpa, vergonha, medo e insegurança.

3.1.8 Aprendendo com o Erro

Segundo La Torre (2007), na linguagem habitual refere-se, muitas vezes, ao efeito destrutivo do erro, entendendo como falha irreversível. Esses erros criam, em geral, culpa e arrependimento, quando poderiam ter sido evitados. No pólo oposto, temos o erro como estímulo criativo. Então, a pessoa adota uma atitude transformadora dos fatos e cresce nas situações problemáticas, pois estas lhes proporcionam maior estímulo que as ações rotineiras.

O erro não deve ser visto como meta em si, mas como um obstáculo que temos de superar. Os erros levam a refletir, a perguntar o porquê dos fatos e dos processos, a examinar os fracassos das estratégias (LA TORRE, 2007).

Pedreira e Harada (2006) lembram que é irracional e injusto culpar moralmente alguém que comete um erro, enquanto tentava fazer o melhor trabalho. A solução é aprender com os erros, redesenhando o sistema para reduzir a presença destes erros e criar uma cultura de segurança que permita uma possibilidade de gerenciar risco.

É necessário mudar nossa atitude para com nossos erros. É aqui que é preciso começar a reforma da ética. Desse modo, o erro, de reprovado e ocultado, passa a ser um princípio de atuação. Levado à prática, esse princípio quer dizer que não só é preciso dar a conhecer o que saiu bem, como mostrar os erros cometidos, já que se pode aprender tanto com os equívocos como com os acertos (LA TORRE, 2007).

3.2 A Bioética

A bioética surge como preocupação pela incidência da intervenção tecnológica do ser humano no ambiente natural e como resposta aos dilemas éticos, provocados pelas novas descobertas biológicas e pelos avanços da medicina sobre a saúde do ser humano (JUNGES, 2005).

Warren T Reich, autor da obra *Encyclopedia of Bioethics*, afirma que tanto a disciplina como a palavra “bioética” tiveram um nascimento bilocado. A bioética teria nascido, mais ou menos ao mesmo tempo, na Universidade de Wisconsin, em Madison, através de Van Rensselaer Potter, um famoso pesquisador no campo da oncologia que publicou o livro *Bioethics: bridge to the future*; e na Universidade de Georgetown, em Washington, DC, por André Hellegers, obstetra holandês, pesquisador e fundador do primeiro Instituto Universitário dedicado ao estudo da bioética: *The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics* (FERRER; ALVAREZ, 2005).

Potter concebeu a bioética como uma disciplina que combinaria os conhecimentos biológicos, com o conhecimento dos sistemas de valores humanos. A bioética potteriana propõe identificar e promover as mudanças para sustentar e fazer prosperar o mundo civilizado. O pouco êxito da proposta potteriana deveu-se, em parte, à falta de apoio institucional e econômico. Todavia, é preciso atentar, que atualmente, observa-se um renascimento da “bioética global”, que retoma as idéias originais do cientista. A bioética de Hellegers deu maior atenção às questões biomédicas, mais próximas da vida cotidiana e das preocupações do povo (relação médico-paciente; experimentações com seres humanos; aborto; eutanásia, dentre outras) e adoção da herança teórica e metodológica da tradução filosófica e teológica do Ocidente. O legado de Hellegers fez da bioética um ramo da ética comum aplicada à biomedicina. Desta forma, Hellegers e seu grupo encontraram apoio político, institucional e financeiro (FERRER; ALVAREZ, 2005).

A mudança na relação médico-paciente, que implicou uma maior responsabilidade pessoal do doente e uma intervenção de novos atores na tomada de decisão, foi um fator determinante no aparecimento e no desenvolvimento da

bioética. Uma vez que as regras habituais da ética médica não mais bastavam, surgiu a necessidade de uma nova reflexão, de novas regras e de uma nova prática (DURAND, 2003).

O nascimento da bioética e seu posterior desenvolvimento envolveram vários fatores, surgido de uma dupla revolução: tecnológica e social:

- a revolução tecnológica: ao longo das últimas décadas foram pontuadas por descobertas tecnocientíficas cada vez mais numerosas que fizeram surgir novas questões ou antigas questões colocadas de um modo novo.
- a revolução social: aparecimento do movimento dos direitos civis, conscientização sobre a discriminação social, movimentos pacifistas e feministas, democratização das grandes questões e debates, secularização da reflexão sobre a vida e a morte, introdução na medicina dos temas da autodeterminação e do livre-arbítrio, capacidade dos leigos de tomar decisões clínicas, interesse da mídia pelos progressos biomédicos, implicação dos filósofos, etc. (CALLAHAN, 1995 apud DURAND, 2003).

A bioética então, é um dos tantos fenômenos criados para lidar com a complexa combinação de uma revolução científica, e da crise de valores advinda das transformações sociais profundas. Portanto, a bioética é um fenômeno instituído na cultura que se iniciou a partir da segunda metade do Século XX, tornando-se um evento cultural, pois se universalizou rapidamente, fazendo com que filósofos, cientistas, religiosos, profissionais, enfim, a sociedade como um todo, pudesse pensar ou repensar os valores humanos. A bioética propõe uma análise do comportamento humano frente às novas possibilidades que o conhecimento científico traz, podendo pensar nas possíveis diferenças que surgem entre a própria ética e a ética do outro (COHEN, 2008).

Importante destacar que o efetivo ponto de partida da bioética é a consideração do homem e das condições éticas para uma vida humana. A perspectiva originária da bioética é fundamentalmente humanista (NEVES, 1996).

Os bioeticistas mostraram, até o momento, a possibilidade de se refletir qualitativamente a respeito dos novos desafios e dos limites humanos, porém frequentemente as discussões de bioética se dão em torno dos grandes casos de bioética (pesquisa com células tronco embrionárias, eutanásia e distanásia,

aquecimento global) A bioética, na prática clínica, tem a ver com a reflexão para encontrar a melhor solução possível para o exercício ético-profissional na saúde. Esta ponderação se dá pela identificação, avaliação e resolução das questões éticas e morais que podem surgir frente ao cuidado singular de um indivíduo que adoeceu (COHEN, 2008).

Muitos dos que se dedicam à análise através da bioética, entretanto, não têm a preocupação com os assuntos do cotidiano, poucos procuram estudar o que acontece no dia-a-dia. Fundamentalmente, o que ocorre no dia a dia é a relação do profissional de saúde com seu paciente e ambas as partes; profissionais e pacientes são vulneráveis nessa relação (MEIRA, 2004).

É importante lembrar que os seres humanos são diferentes uns dos outros, o que lhes dá a própria identidade. Porém, observa-se que quando inseridos em um determinado grupo ou família, estes têm os seus próprios valores que os irá identificar. A bioética se apresenta nesta tentativa de aprender e compreender o verdadeiro significado do novo, capacitando as pessoas a uma possível adaptação. Ela nos permite expressar o pensamento ético, o que possibilita encontrar consensos de qual será o comportamento moral mais adequado frente a uma determinada questão (COHEN, 2008).

3.2.1 Bioética e Deontologia

Deontologia é o conjunto de deveres ou conhecimento das regras convenientes e devidas no exercício de uma profissão. Os códigos deontológicos são os conjuntos de normas que incidem sobre obrigações, responsabilidades, direitos e regulam o exercício de uma profissão, incluem normas de caráter ético ou moral, que visam assegurar a integridade do profissional e de caráter jurídico e administrativo, que visam assegurar o exercício da profissão (NEVES, s.d.).

Ainda segundo a mesma autora, o enfermeiro, no exercício de sua profissão, deve zelar pela observância do código deontológico que, de acordo com a moral comum e com o direito nacional, especifica seus deveres e direitos e orienta na realização de seu trabalho.

Existe na bioética brasileira um interessante ponto de encontro entre a ética normativa e a ética aplicada, por meio das deontologias profissionais. Elas antecedem o surgimento da bioética e se fazem nela presentes. Porém, a bioética surge em um contexto de crise da ética normativa, diante da falência de valores universais para regerem as condutas humanas (ANJOS; SIQUEIRA, 2007).

Os códigos recentes de ética da enfermagem definem a responsabilidade moral dos enfermeiros de maneira radicalmente diferente dos códigos de duas a três décadas atrás. Em 1950, por exemplo, o primeiro código da *American Nurses Association* enfatizava a obrigação do enfermeiro de cumprir as ordens dos médicos, mas a revisão de 1976 reforçou a obrigação do enfermeiro de proteger a reputação dos colegas e enfatizou a obrigação de salvaguardar o cliente e a coletividade contra práticas incompetentes, antiéticas ou ilegais de qualquer pessoa (SELLI, 1998).

No Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem brasileiro, é possível encontrar princípios de conduta mais de acordo com os dias de hoje.

Vale destacar alguns artigos do Código que traduzem o que é preconizado pelos princípios bioéticos da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. (SELLI, 1998 ; COFEN, 2007):

- Art 12 – Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência – não se limita a garantir juridicamente direito ao cliente quanto a procedimentos tecnicamente corretos. Impõe ao profissional de enfermagem uma conduta moral que tenha como objeto não apenas a beneficência, mas principalmente, o bem do cliente. Preservando também sua integridade biopsicofisiológica (princípio da autonomia). O Art 21 – Proteger a pessoa, família e coletividade contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da Equipe de saúde, corrobora com o disposto acima.
-
- Art 17 – Prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da Assistência de enfermagem – vê-se que uma postura que não se enquadra apenas no princípio da beneficência, mas também na perspectiva bioética de

ver o cliente como sujeito autônomo, que merece ser informado sobre sua real condição para que possa avaliar e decidir de acordo com sua consciência. O Art 18 – respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem estar – reforça o que foi visto anteriormente.

-
- Art 30 – Administrar medicamentos sem conhecer a ação da droga e sem certificar-se da possibilidade dos riscos – ressalta a importância técnica da atividade dos profissionais. E o Art 32 – Executar prescrições de qualquer natureza, que comprometam a segurança do paciente. Está perfeitamente indicado nesse artigo o princípio da não maleficência: *primum non nocere*. Pode-se ressaltar que a condição para concretizar o que é preconizado pelos princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça – que dão suporte ao exercício da bioética – é o respeito ao ser humano como portador de vários valores, na ação do profissional de enfermagem.

Neves (s.d.) reforça que o reconhecimento do caráter limitado e insuficiente da deontologia num domínio profissional dedicado aos cuidados de saúde é recente e consiste numa conquista da bioética. Reforça também, que a característica mais decisiva da bioética é certamente a de se apresentar como uma ética aplicada transdisciplinar. No âmbito mais restrito da prestação dos cuidados de saúde, torna-se evidente que a competência profissional não é mais suficiente para um cuidar humano da pessoa.

Kipper, Oselka e Ayer (2007) corroboram destacando que a reflexão sobre o conflito moral para os profissionais da saúde, realizada apenas sob o referencial do código de ética, que essencialmente é deontológico, pode levar a uma visão distorcida e muito restrita da questão ética implicada.

Assim sendo, o aprofundamento do domínio da bioética por parte do enfermeiro deverá contribuir para uma maior exigência de reflexão acerca do seu modo de agir, procurando evitar tanto uma atitude casuística, de resolução de cada caso na sua

singularidade, como uma atitude legalista de dedução dos princípios à prática (NEVES, s.d.).

Vale ressaltar que este estudo enfoca somente os aspectos éticos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

3.2.2 Responsabilidade

O termo “responsabilidade” tem origem nas palavras latinas *respondere* e *responsus*, de responder ou ser responsável. O dicionário Aurélio define-o como qualidade ou condição de responsável, ou seja, de responder pelos próprios atos ou de outrem (FERREIRA, 1999).

Hans Jonas define o termo responsabilidade como a capacidade individual de assumir antecipadamente pelo que se vai fazer e ter consciência das consequências das suas ações e omissões. Responsabilidade implica dever perante o frágil e o vulnerável, não como mera consciência passiva, mas como o “dever fazer” de alguém, em resposta ao “dever ser” (JONAS, 1995).

Muñoz e Almeida (2002) corroboram com a definição de Hans Jonas e classificam a responsabilidade em dois tipos: a responsabilidade autógena - que está calcada nos princípios de verdade do indivíduo e na sua consciência moral; é condicionada por fatores extrínsecos, mas o produto é de escolha autônoma e racional; e a responsabilidade heterógena - que é socialmente atribuída e que as normas sociais estipulam as obrigações exigíveis de cada um.

A responsabilidade certamente ocupa um lugar tradicionalmente importante na ética, mas o desenvolvimento tecnológico recente, a autonomização cada vez maior dos sujeitos morais e a mundialização das questões, lhe dão mais importância que qualquer outra época. A responsabilidade cada vez mais recorre à prudência, à vigilância, à previsão, à solidariedade. (DURAND, 2003)

Oguisso (2006) enfoca que a reflexão sobre responsabilidade e competência constitui um instrumento norteador para a tomada de decisões, com base em normas legais e princípios ético-profissionais.

A tomada de decisão perante dilemas e conflitos éticos exige competência e aperfeiçoamento profissional, os quais terão de ser para os enfermeiros o compromisso cotidiano no desempenho de sua profissão. Se prestar cuidado a alguém implica sempre lidar com as crenças e valores, próprios e dos outros, mais facilmente se compreende a importância, cada vez maior, que assume a necessária tomada de consciência do lugar que a decisão ética ocupa no processo de cuidado. É um percurso que se impõe assumir, individual e coletivamente, considerando o processo de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, destinados às pessoas que deles carecem, assim como do desenvolvimento da enfermagem na qualidade de profissão e disciplina (SCHIRMER, 2006).

As ações profissionais baseiam-se em parâmetros ou fundamentos, tais como os valores, a consciência e a liberdade. Os valores são como forças que impulsionam as ações humanas (OGUISSO, 2006).

A responsabilidade normativa é atribuída, nasceu em razão de o homem se ter organizado em sociedade, na qual cada indivíduo tem atribuições impostas pelas necessidades do grupo. Nos dias atuais, a responsabilidade atribuída aos profissionais de saúde pode ser dividida em dois tipos: Legal (Civil e Penal) e Ética.

Segundo Oguisso (2006), as responsabilidades são classificadas em:

Responsabilidade Civil – é a obrigação de responder, o que implica em reparar, indenizar ou ressarcir pelo dano causado a alguém. O Código Civil atual estipula no art 951 que todas as disposições indenizatórias são aplicáveis ao profissional que, no exercício de sua atividade, por imprudência, negligência ou imperícia, causar morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão ou inabilitá-lo para o trabalho.

Responsabilidade Penal – o profissional pode ser chamado a responder penalmente por danos, lesões físicas ou maus-tratos causados a outras pessoas. O enfermeiro pode ser convocado a responder pelos seus atos ou de um outro profissional de enfermagem, a ele subordinado, quando dos mesmos resultarem quaisquer danos ou prejuízos ao paciente, seja de ordem física, ou moral, ou ambas, porque se tornaram co-autores.

Responsabilidade Ético-profissional – responsabilidade ética é decorrente do descumprimento de normas, valores ou princípios éticos contidos no código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Já a responsabilidade profissional implica no descumprimento de normas legais (Lei n. 7.498/86 ou Decreto n. 94.406/87) como, por exemplo, delegar a um auxiliar de enfermagem a função de prestar cuidados diretos a paciente grave com risco de vida que constitui atividade privativa do enfermeiro, não podendo ser delegada a outra categoria do pessoal de enfermagem.

É importante ressaltar que este estudo aborda somente a dimensão ética da responsabilidade do profissional de enfermagem.

Em virtude dos profissionais de enfermagem participarem diretamente da assistência ao paciente são eles também que estão de alguma forma envolvidos ou frequentemente responsabilizados, quando ocorre problemas com o paciente (BOHOMOL; RAMOS, 2003).

É sábio que as ações de enfermagem estão intrinsecamente ligadas à responsabilização profissional. Portanto, é preciso que os profissionais de enfermagem estejam se capacitando, científica, técnica e humanamente, para cumprir esses direitos e atender às necessidades, ou seja, prestar assistência com isenção de danos ou com sua minimização (FREITAS et al, 2005).

Os mesmos autores mostram que os movimentos em prol dos direitos do paciente foram crescendo, a partir do final da primeira metade do século XX, culminando na implementação de programas de caráter governamental com instituição de leis de proteção aos direitos dos pacientes: “Código de Defesa e Proteção do Consumidor” (Lei 8078/90) e a “Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos”, aprovada na Assembléia Geral da UNESCO, em 19 de outubro de 2005.

Para Ferrer e Alvarez (2005) ser responsável é ter que responder, que explicar, que justificar o que se fez ou se deixou de fazer e reforça que, mesmo quando não houver responsabilidade legal ou jurídica, continua vigente a responsabilidade estritamente moral, a que estão sujeitas todas as ações genuinamente autônomas.

3.2.3 O Princípioalismo

A proposta principialista teve grande impacto no desenvolvimento da bioética e seu êxito se deve em parte à simplicidade de suas propostas teóricas e à fácil aplicação da teoria à tomada de decisões nos casos concretos da biomedicina e, em parte, ao acerto na escolha dos princípios que verdadeiramente contém os pontos cardeais da vida moral (FERRER; ÁLVAREZ 2005).

A bioética não deve ser reduzida a princípios, porém não se pode negar que a “corrente principialista” é uma de suas características mais marcantes. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002; FERRER; ALVAREZ, 2005; GANDOLPHO; FERRARI, 2006; ZOBOLI ; SARTÓRIO, 2006).

O primeiro livro texto em bioética foi publicado por Beauchamp e Childress, em 1979, um ano depois da publicação do Relatório de *Belmont*. A obra, “*Principles of Biomedical Ethics*”, assumiu os princípios fundamentais do Relatório e articulou em torno dele um paradigma teórico para a ética biomédica. (FERRER; ÁLVAREZ, 2005).

A apresentação dos paradigmas dos princípios traz a proposta de fundamentação da bioética que mais difusão e influencia teve no seu desenvolvimento, com larga aplicação na prática clínica.

Beuchamp e Childress (2002) formularam quatro princípios gerais fundamentais para orientar moralmente as decisões dos pesquisadores e dos clínicos, no âmbito da biomedicina. Esses princípios são: 1) respeito pela autonomia; 2) beneficência; 3) não maleficência e 4) justiça:

O princípio da não maleficência corresponde ao *primum non nocere* da tradição hipocrática e caracteriza-se pela obrigação de “não causar danos” ou “não prejudicar intencionalmente”.

Por beneficência entende-se “fazer o bem”, “cuidar da saúde”, evitar ou pelo menos minorar os danos. Como a não maleficência representa um critério tradicional da atenção à saúde, assim a enfermagem, como outras profissões da saúde, buscam promover o bem estar e proteger os interesses dos que estão sob seus cuidados, não lhes causando danos.

A autonomia consiste, ao menos, na capacidade da pessoa de tomar decisões sobre assuntos que afetam a sua saúde, sua integridade físico-psíquica e suas relações sociais, segundo seus valores, suas necessidades, suas prioridades.

A justiça diz respeito à distribuição social, igual e equitativa, de acesso a bens e serviços.

Freitas et al (2005) entendem que os princípios da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia devem nortear a atitude do profissional, perante as ações de cuidar, evitando riscos e danos ao paciente. Reforçam que a beneficência e não maleficência orientam para o dever ético de propiciar o bem e prevenir prejuízo a outrem. A justiça é um valor fundamental e é a base para uma decisão consensual e não arbitrária, envolvendo o paciente e os profissionais com o cuidado e o tratamento. A autonomia tem seu fundamento na capacidade e liberdade do paciente em aceitar ou não determinado cuidado ou tratamento.

Para Almeida (2002) o conceito de “autonomia” deve ser distinguido do “princípio da autonomia”. O princípio da autonomia, em essência, é o respeito pela autonomia dos outros e autonomia é a capacidade de pensar, decidir e agir, de modo livre e independente.

O mérito do princípalismo consiste em captar e enunciar os pilares constitutivos da vida moral, sua estrutura essencial. Os princípios trazem um resumo dos princípios reconhecidos e formulados desde a antiguidade pela tradição da filosofia moral ocidental e também pela teologia moral cristã. Platão já dedicava seu diálogo mais influente, *A República*, ao tema da justiça. Aristóteles desenvolveu amplamente o tema da justiça, qualificando-a como a virtude geral e mais perfeita. Os princípios de não maleficência e beneficência aparecem na *Suma Teológica de Santo Tomás*, reunidos num só enunciado como o primeiro princípio da ordem moral: “faz o bem e evita o mal” ou “o bem deve ser feito e o mal deve ser evitado”. Além disso, a beneficência, como princípio direto da tradição hipocrática, sempre teve lugar de honra na moral biomédica. O respeito pelas pessoas e suas decisões autônomas é o princípio diretor do pensamento moral da modernidade, resumido tanto na segunda formulação do imperativo categórico kantiano, como na moderna tradição dos direitos humanos que provém Locke (FERRER ; ALVAREZ, 2005).

Os autores reforçam ainda que a formulação dos princípios, por si só, representa o ponto de chegada de séculos de reflexão e de busca de lutas (FERRER; ALVAREZ, 2005).

Até 1990, a proposta de Beauchamp e Childress teve um predomínio indiscutível no campo da bioética. (FERRER; ALVAREZ, 2005) a partir daí seus críticos apresentaram vários modelos alternativos, dentre eles o paradigma casuístico (Jonsen e Toulmin), a moralidade comum (Clouser, Culver e Gert); o paradigma das virtudes (Pellegrino e Thomasma). Entretanto, a maior parte desses modelos são complementares do principialismo.

Segundo Hossne (2006), o principialismo, embora necessário, tem forte fundamentação deontológica e, portanto, insuficiente para permitir uma reflexão filosófica e ética de modo mais profundo e abrangente. Aos poucos, diante de situações bioéticas mais complexas, verificou-se o reducionismo e a insuficiência relativa da teoria dos princípios. O autor defende a substituição de “princípios” por “referenciais” (mantém a autonomia, beneficência, não maleficência e justiça e acrescenta outros referenciais como a dignidade, privacidade, responsabilidade, prudência, vulnerabilidade, entre outros). Esses referenciais estão livres para a interação que a situação em análise exigir: direitos, deveres, valores, sentimentos, compromissos, em plena liberdade de atuação pluralista, inter e transdisciplinar.

Desta forma, os referenciais foram adotados para a elaboração deste estudo devido a sua maior abrangência e contextualização para as discussões bioéticas.

3.2.4 Vulnerabilidade

Vulnerabilidade é uma palavra de origem latina *vulnerare*, que significa ferir; causar lesão. E vulnerável ou *vulnerabilis* é que pode ser ferido, sujeito a ser atacado, derrotado, prejudicado (BARCHIFONTAINE, 2006).

Vulnerabilidade é um termo cada vez mais frequente no discurso bioético. Este processo culminou com a enunciação do respeito pela vulnerabilidade humana como princípio ético na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, da UNESCO, aprovada em Outubro de 2005 (UNESCO, 2005).

Reconhecer no humano a vulnerabilidade é o mesmo que dizer que ele é sensível a uma ação qualquer, provinda de outro ser ou do ambiente. No seu sentido concreto, o vulnerável é aquele que pode ser atingido por algo físico, psíquico, social ou moral (ZUBEN, 2006).

Nesse contexto, tem aumentado o empenho em definir rigorosamente o significado de vulnerabilidade que pode e deve assumir no domínio específico da bioética. Entretanto, a noção de vulnerabilidade foi introduzida e persiste no vocabulário bioético numa função de adjetivo, como uma característica, particular e relativa, contingente e provisória de utilização restrita ao plano da experimentação humana (NEVES, 2006).

A mesma autora ressalta que foi na década de 80, com o desenvolvimento da bioética na Europa continental, que se determinou uma mudança substancial no entendimento da vulnerabilidade, onde ganhou um novo sentido, mais amplo, decorrente da reflexão dos filósofos europeus, como Emmanuel Lévinas e Hans Jonas. Assim, a vulnerabilidade, entendida agora como constitutiva do humano, condição universal do vivente, consolida-se no vocabulário da filosofia europeia continental, como domínio do agir do homem, impondo a responsabilidade como norma da ação moral. Deste modo, a noção de vulnerabilidade surge sempre como substantivo e nunca como adjetivo.

Porém, a primeira vez que o termo vulnerabilidade surgiu, no âmbito da bioética, foi no *Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research* (finalizado em 1978), para classificar pessoas e populações de risco que se encontrassem numa situação que poderiam ser prejudicadas nos seus interesses pelos interesses de outros no âmbito da investigação biomédica e, mais especificamente, no da experimentação humana (NEVES, 2006).

A partir da década de 90, verificou-se uma crescente valorização temática da vulnerabilidade, que se evidencia nos documentos da *Internacional Ethical guidelines for biomedical research involving human subjects*, do *Council for International Organization of Medical Sciences* em colaboração com a *World Health Organization* (CIOMS/WHO), considerando suas sucessivas formulações 1982, 1993 e 2002 (NEVES, 2006).

Destaca-se também a *Declaration of Helsinki: ethical principles for medical reseach involving human subjects*, da *World Medical Association (WMA)* o qual se restringe ao domínio da experimentação. O termo vulnerabilidade está ausente no documento original de 1964. Ele surge pela primeira vez, em 1996 (NEVES, 2006)

No entanto é na *Barcelona Declaration*, em 1998, que a formulação da vulnerabilidade como princípio surge pela primeira vez. O estatuto de princípio atribuído à vulnerabilidade exprime uma obrigação. Assim sendo, o aspecto fundamental da afirmação da vulnerabilidade como princípio ético é o de formular uma obrigação da ação moral (NEVES, 2006).

Em síntese, as referências de expressão anglo-americana à vulnerabilidade para a sua frequente tematização na bioética de expressão européia, possuem diferenças significativas, porém, complementares: de contingente e provisória, passa a condição universal e indelével; de fator de diferenciação entre populações e indivíduos, passa a fator de igualdade entre todos; da consideração privilegiada do âmbito da experimentação humana, passa-se para uma atenção constante no plano da assistência clínica e das políticas de saúde; de uma exigência de autonomia e da prática do consentimento informado, passa-se à solicitação da responsabilidade e da solidariedade (NEVES, 2006).

A vulnerabilidade e os princípios a ela relacionados, como a autonomia, dignidade e integralidade, são princípios eminentemente de caráter antropológico. A ênfase a eles atribuída na Declaração de Barcelona (1998) e o lugar que ocupam na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005) indicam a relevância da contribuição no âmbito da reflexão bioética da antropologia filosófica como abordagem crítica e compreensiva do campo semântico e categorial que compõem a estrutura fundamental do ser humano (ZUBEN, 2006).

Em estudos recentes, Anjos (2005) destacou que é fundamental admitir a vulnerabilidade como condição humana e enfatizou suas 3 dimensões: a que decorre das limitações evolutivas de nosso ser (criança, adolescente); a que se origina em precariedades a que estamos expostos enquanto corpos orgânicos e funcionais (doenças, disfunções); a que provém de tensões relacionais. Essas dimensões exemplificam o significado da vulnerabilidade, além dos espaços da ética em pesquisa.

O mesmo autor argumenta no sentido de que a vulnerabilidade e a autonomia, embora possam ser formalmente separadas, devem ser tomadas como parceiras, para serem corretamente aplicadas em bioética. Ressalta que é importante ter presente que, atualmente, em nossa cultura entusiástica do poder, tem-se certo medo da vulnerabilidade e se procura ocultá-la. Reforça que o reconhecimento da própria vulnerabilidade é ponto de partida para uma construção maior, pois possibilita o encontro construtivo com o outro e os passos de superação das próprias fragilidades (ANJOS, 2006).

Junges (2006) e Zoboli e Fracolli (2007) nos alertam que quem não aceita a vulnerabilidade e a interdependência não é capaz de desenvolver atitudes de cuidado.

Siqueira (2006) corrobora quando discorre que o século XX, dos avanços tecnológicos e das expressões das liberdades individuais, conviveu com manifestações de vulnerabilidade humana e que espera que o século XXI possa assistir ao fim da figura do “eu isolado” pela do “eu integrado”, dotado de autonomia solidária. Reforça que a bioética, como ética aplicada, não se reduz a atitudes puramente reflexivas sobre os problemas morais experimentados pela sociedade, mas busca ativamente propostas concretas de mudanças.

Na sua concepção mais ampla, de condição universal, a vulnerabilidade obriga ao reconhecimento de que todas as pessoas são vulneráveis, todas podem ser feridas e requerem respeito. A contribuição primordial da enfermagem é tomar a vulnerabilidade como princípio de sua prática e reconhecer os profissionais, como humanos que são, sujeitos vulneráveis (ZOBOLI; FRACOLI, 2007).

Pepper (2004) ressalta que estudos apontam tanto para a importância dos enfermeiros como a última linha de defesa na promoção da segurança do paciente durante, por exemplo, a administração de medicamentos, como a vulnerabilidade do enfermeiro que se encontra claramente na ponta final, com poucas defesas contra a falha.

A vulnerabilidade é função de uma relação social, cultural, política e econômica desigual e, como consequência de uma relação de desigualdade, pode manifestar-se de modo individual ou coletivo (GUIMARÃES; NOVAES, 1999).

Na revisão bibliográfica realizada por Nichiata et al (2008) sobre vulnerabilidade, nos últimos 10 anos, observou-se que a maioria dos trabalhos tratava de relatos de investigação e poucos traziam discussões sobre vulnerabilidade, na perspectiva teórica da produção do conhecimento sobre sua definição ou conceituação. Muitos estudos de enfermagem tratavam a vulnerabilidade, no sentido da identificação de pessoas ou grupos que se encontram com alguma deficiência, expostos as agravos. A vulnerabilidade é referida mais à dimensão do indivíduo, ou seja, trazem pouco ou nada tratam da dimensão social, das relações sociais.

3.2.5 Prudência

Aristóteles considerava a prudência uma virtude, a moderação, o ponto de equilíbrio entre os dois extremos de vício. A prudência era vista como necessária para as demais virtudes, por ser uma qualidade que determinaria a conduta do homem por meio da razão e da verdade. No modelo de Aristóteles, uma pessoa de sabedoria prática (*phronesis*) sabe que fins devem ser escolhidos e como realizá-los em circunstâncias particulares, e mantendo as emoções dentro de limites apropriados, escolher cuidadosamente entre as opções possíveis. A pessoa sábia, na prática, sabe agir com a intensidade certa de sentimento, da maneira certa, na hora certa, com equilíbrio certo entre a razão e o desejo (ARISTÓTELES, apud BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p 502).

Tomás de Aquino define prudência como "a virtude da decisão certa" ou "*recta ratio agibilium*" (reta razão aplicada ao agir). Daí que seu ato principal será o ato que for mais importante para o agir fundado na razão. A prudência comporta três atos: o primeiro é aconselhar, que diz respeito à descoberta, pois aconselhar é inquirir; o segundo é julgar, avaliar o que se descobriu, e este é um ato da razão especulativa; o terceiro, é comandar, aplicar ao agir o que foi aconselhado e julgado (AQUINO, 2005).

Prudência, em sentido usual, é a virtude que faz prever e procurar evitar as inconveniências e os perigos; cautela, precaução. Prudência, enquanto referencial

da bioética, abrange os sentidos de sensatez, moderação, comedimento, cautela, cuidado, precaução, além de previsão, temperança, sabedoria prática, razoabilidade, englobando ainda, experiência, modéstia e bom senso. Prudência deve também incluir os conceitos de “*sophrosyne*” no sentido socrato-platônico e “*phronesis*” (sabedoria prática) no sentido aristotélico (HOSSNE, 2008).

Para Gracián (2006) a prudência é composta, dentre outros atributos, pelo conhecimento, discernimento, sabedoria, inteligência, razão, reflexão, ponderação, percepção, decisão, benevolência, beneficência, condescendência e sensatez.

A prudência, para Lepargneur (1996), exerce um juízo da razão prática que abrange todas as circunstâncias e dimensões da ação. A prudência condiciona a vida moral ao apontar a livre avaliação do ato que acarreta a responsabilidade de seu agente. A prudência designa uma atividade articulada: relaciona uma deliberação, à luz de valores permanentes, com a condição singular do agir. Esta virtude não se contenta com o escolher dos meios mais convenientes ao caso, ela ordena a execução da decisão, acompanha o projeto até o fim de sua realização. A prudência corresponde à perplexidade individual do agente confrontado com uma decisão eticamente delicada a ser tomada.

Alguns autores sustentam que, no cuidado à saúde, as pessoas prudentes, quando são também conscienciosas e compassivas, oferecem uma garantia contra malefícios maior do que aquela oferecida por sistemas de regras ou regulamentações (LEON, apud BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p 503).

4 TRAJETORIA METODOLÓGICA

4.1 Tipo de pesquisa

Para desenvolver o tema em estudo e atender os objetivos propostos, optou-se por uma pesquisa descritiva sob abordagem qualitativa, realizada com enfermeiros que atuam na assistência direta ao paciente de Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Trabalha com o universo de significados, com a vivência, com a experiência, com o cotidiano, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO et al, 1994).

Segundo Oliveira (2002), a pesquisa qualitativa tem por objetivo investigar situações complexas ou estritamente particulares, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais e ainda permite a criação ou formação de opiniões de determinado grupo.

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada na UTI-A de um hospital privado de grande porte da cidade de São Paulo.

A escolha do local (UTI-A) foi feita por se tratar de um local onde se concentra a realização de maior número de procedimentos de enfermagem e onde a presença do enfermeiro na assistência direta é mais constante.

4.3 Sujeitos da pesquisa

Enfermeiros que trabalham em UTI-A há mais de um ano, que tenham presenciado a ocorrência de erros durante seu trabalho e que aceitem colaborar com o estudo.

A escolha dos participantes se deu por sorteio de uma lista de 25 enfermeiros assistências da UTI-A, fornecida pela instituição. O número de entrevistados não foi pré-definido, pois utilizou-se o critério de saturação da amostra (MINAYO et al, 1994).

4.4 Procedimentos de coleta de dados

O protocolo de pesquisa foi submetido à apreciação do Conselho Administrativo da Instituição (Anexo I) e do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo (Anexo II).

Para coleta de dados foi utilizada entrevista semi-estruturada onde o pesquisador tem uma lista de tópicos que devem ser cobertos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

As entrevistas semi-estruturadas podem ser longas e exige que os pesquisadores adotem medidas para superar as barreiras de comunicação e encorajem os participantes a falar livremente sobre todos os tópicos constantes do guia (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para tanto, as entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros e realizadas em local privativo, conforme escolha do entrevistado. Foi garantido o anonimato do entrevistado, bem como esclarecida a proposta do estudo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I) foi lido, esclarecido e assinado pelo sujeito da pesquisa e pesquisadora.

Todos os participantes expressaram o desejo de receber o resultado desta pesquisa, que será prontamente realizado após conclusão do mesmo, através do envio de cópia do trabalho para o local onde a pesquisa foi realizada.

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista, com a utilização de um roteiro, validado após realização do pré-teste (Apêndice II).

O roteiro foi composto por: a) caracterização do sujeito da pesquisa, com informações sobre: idade, sexo, tempo de formado, tempo de trabalho em UTI, carga horária semanal de trabalho e número de vínculos empregatícios; b) questões norteadoras que possibilitaram o alcance dos objetivos propostos.

As questões norteadoras utilizadas foram:

1. Durante seu trabalho na UTI você já presenciou a ocorrência de erros por parte dos profissionais de enfermagem? Narre, com detalhes, uma situação que lhe chamou a atenção.
2. O que você observa que acontece, com mais frequência, diante da ocorrência de erro. Por quê?
3. Diante do erro o que seria ideal poder fazer?
4. Você teria mais alguma coisa que gostaria de falar sobre o assunto?

As respostas foram anotadas e gravadas em fitas cassete, após consentimento do entrevistado. O conteúdo foi transcrito na íntegra, procurando manter a riqueza dos depoimentos, para posterior análise.

A coleta de dados durou aproximadamente 30 dias (outubro/2008) e o tempo de entrevista variou de 20 a 50 minutos.

4.5 Tratamento dos dados

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), a compreensão dos relatos geralmente é favorecida pela inclusão de trechos literais, tirados diretamente dos dados narrados. A análise inicia-se com a procura dos termos que envolvem a descoberta dos pontos comuns entre os sujeitos, assim como a variação natural nos dados. Nos estudos qualitativos a explicação e análise dos dados, muitas vezes, ocorrem simultaneamente.

Para o presente estudo, adotou-se a metodologia de análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin (2004, p34) que define como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permeiam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

O conteúdo coletado nas entrevistas, através da gravação em fita cassete, foi transcrito na íntegra e sua reunião constituiu o *corpus* da pesquisa. O *corpus* é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos

Segundo Bardin (2004), as diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três pólos: pré-análise; exploração do material (codificação) e tratamento dos resultados.

A primeira atividade, *pré-análise*, que é a fase de organização do material, consistiu em estabelecer contato com os dados transcritos, conhecer o texto, através de uma leitura exaustiva dos discursos, chamada de “leitura flutuante”. Laplanche e Pontalis *apud* Turato (2003) entendem que a “leitura flutuante não deve privilegiar, a priori, qualquer elemento do discurso, deve deixar funcionar o mais livremente possível a sua própria atividade inconsciente e suspender as motivações que dirigem habitualmente a atenção”.

Para a transcrição dos dados coletados foram consideradas as regras de *exaustividade* - todo discurso foi transcrito na íntegra, nenhuma fala foi omitida; *representatividade* - os resultados obtidos para a amostra foram generalizados ao todo; *homogeneidade* - todas as entrevistas foram realizadas de forma semelhante pela pesquisadora, utilizando-se do mesmo roteiro; *pertinência* - as perguntas norteadoras foram validadas no pré-teste e atenderam os objetivos propostos; e *exclusividade* - os discursos foram classificados em uma única categoria / subcategoria (BARDIN, 2004; FERREIRA, 2000).

Na sequência, ocorreu a *codificação*, ou seja, a exploração do material colhido, que “é o processo onde os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo” (Halsti *apud* BARDIN, 2004, p97).

Segundo Bardin (2004) e Ferreira (2000) a organização da codificação compreende três etapas: a) *escolha das unidades de registro* (recorte) – é a unidade de significação a codificar. As unidades de registro mais utilizadas são: palavra (palavras-chave; categorias de palavras: substantivos; adjetivos); tema (uma afirmação acerca do assunto); personagem (status social, traço de caráter) ou acontecimento (um filme, contos); b) *seleção de regras de contagem* (enumeração) – para a enumeração devem-se obedecer as seguintes regras: *presença ou ausência* de elementos significativos; *frequência* (com que aparece uma unidade de registro, onde a regularidade será considerada mais significativa); *intensidade* (medida através do tempo verbal, advérbios, adjetivos); *direção* (favorável ou desfavorável ou neutra); *ordem de aparição e co-ocorrência* (presença simultânea de duas ou mais unidades de registro) e c) *escolha de categorias* (classificação e agregação) – a categorização representa a passagem dos dados brutos a dados organizados. Para a escolha de categorias pode haver vários critérios: semântica (temas); sintático (agrupar verbos, adjetivos); léxico (sinônimos / antônimos) e expressivo.

Para a construção das categorias, Turato (2003) corrobora, utilizando-se dos critérios de *repetição* e de *relevância*. A repetição busca identificar, no discurso, observações reincidentes e a relevância considera um ponto falado sem que, necessariamente, tenha apresentado repetição no conjunto do material coletado, mas que na ótica do pesquisador, constitui-se de uma fala rica em conteúdo a confirmar ou refutar hipóteses iniciais da investigação.

Neste estudo, empregou-se a *escolha da unidade de registro* e a *categorização*. A unidade de registro empregada foi o *tema* e para a construção das categorias, utilizou-se da *relevância e da repetição* de elementos significativos, contextualizando a mesma idéia, através de recortes extraídos dos textos.

O tema, para Bardin (2004, p99) “é uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura, o texto pode ser recortado em idéias constituintes ou enunciados de significações isoláveis”. Segundo a mesma autora, o tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc. Assim como as respostas às

questões abertas, às entrevistas, entre outros, são frequentemente analisados tendo o tema por base.

Por fim, chega-se ao *tratamento dos resultados* que corresponde à última etapa da análise de conteúdo. O tratamento foi realizado através da *inferência* e da *interpretação* do conteúdo do discurso.

Inferência significa deduzir pelo raciocínio, tirar conclusões a partir de determinadas premissas. Na inferência busca-se o significado sobre a proposição em estudo e os códigos que possam ser indicadores de revelar realidades e são feitas sob a ótica das reflexões (BARDIN, 2004; TURATO, 2003)

A interpretação pode ser definida como a explicação do sentido de algo ou a reconstrução de um pensamento ou texto cujo sentido não é imediatamente claro (comentar, explicar, esclarecer) (TURATO, 2003). Durante a interpretação dos dados, é preciso voltar atentamente aos marcos teóricos, pois eles darão o embasamento e as perspectivas significativas para o estudo (FERREIRA, 2000).

Nessa fase, dispendo-se dos dados e compreendendo a proposta do referencial, enfocando o erro em procedimentos de enfermagem na unidade de terapia intensiva, sob a ótica da bioética, concluiu-se a análise do discurso.

5 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

5.1 Caracterização da população estudada

A amostra foi constituída por 14 enfermeiros que atenderam os critérios estabelecidos que consistiu em: trabalhar na UTI a mais de um ano, ter presenciado a ocorrência de erro em procedimentos de enfermagem e aceitar participar do estudo. Destaca-se que não foi solicitado ao entrevistado a identificação da instituição onde o erro ocorreu, pois para atingir o objetivo deste trabalho, o local ou época da ocorrência não estavam em questão.

Dos entrevistados, 12 eram do sexo feminino e 02 do sexo masculino. A idade variou de 26 a 51 anos, sendo a média de 38,5 anos.

O tempo de formação compreendeu entre 3 e 28 anos, em média 15,5 anos; e o tempo de trabalho em UTI-A entre 1 e 16 anos, média de 8,5 anos, evidenciando que os enfermeiros trabalham há muito tempo no mesmo setor.

Com relação a outro vínculo empregatício, 5 enfermeiros relataram outro vínculo, sendo que 2 trabalham em outra UTI-A.

O perfil dos entrevistados (sexo, idade, tempo de formação e outros vínculos empregatícios) somente foi utilizado para caracterização da amostra.

5.2 Categorias e subcategorias

As categorias e subcategorias emergiram das falas dos sujeitos de pesquisa, a partir da saturação dos dados revelada pela repetição das idéias.

As categorias emergentes foram: **Categoria I – Causas do erro**, constituída pelas subcategorias: Falta de atenção e Sobrecarga de trabalho. **Categoria II – Fatores que previnem o erro**, composta pelas subcategorias: responsabilidade e envolvimento; protocolos e treinamento. **Categoria III – Postura do enfermeiro frente ao erro**, tendo como subcategorias: reconhecendo ser falível; reconhecendo e comunicando o erro; omitindo o erro. **Categoria IV – Condutas do enfermeiro**

após o erro, formada pelas subcategorias: conduta com o paciente; conduta institucional; diálogo com o colaborador e medidas punitivas com o colaborador.

Categoria V – Sentimentos provocados pelo erro. Categoria VI – O aprendizado através do erro.

Na sequência, apresentam-se as categorias e subcategorias acompanhadas das discussões, segundo os referenciais da bioética.

5.2.1 Categoria I: Causas do erro

Esta categoria é constituída pelos discursos dos sujeitos que expressam as causas que predispõem ao erro nos procedimentos de enfermagem. Os enfermeiros relatam como causas a falta de atenção, a pressa, falta de experiência, banalização do cuidado, falta de comprometimento (causas relacionadas a fatores humanos) bem como, a sobrecarga de trabalho, plantão corrido, quadro reduzido de profissionais, treinamento insuficiente (causas relacionadas a fatores estruturais). A falta de atenção e a sobrecarga de trabalho foram as causas mais evidenciadas, portanto, a partir destas, constituiu-se duas subcategorias para melhor representação dos resultados:

Subcategoria I a: Falta de atenção

Os enfermeiros descrevem experiências pessoais ou de outros membros da equipe na ocorrência de erros, tendo como causa principal a falta de atenção na prestação dos cuidados aos pacientes. Relacionam este fato à pressa, à mecanização da prestação da assistência e mesmo à falta de comprometimento. Nesse sentido, apontam ainda como causa do erro a baixa qualificação dos profissionais e a queda da qualidade na formação dos mesmos:

*“Foi comigo mesma. Ah, eu trabalhava numa UTI com pós de cirurgia cardíaca...
Esse paciente estava chegando da cirurgia, tinha vários soros, eh... soro fisiológico,*

pra volume, sem identificação e o paciente estava hipotenso e o médico gritou que queria volume! Querendo que corresse o soro. Eu abri um dos soros e apertei pra entrar rápido. Só que a pressão começava cair... continuou caindo... e na verdade esse soro era hipotensor! Não estava identificado. Eu nem me atentei pra ver o que tinha. Aí, esse paciente chocou, mas voltou em seguida. Não chegou a parar. Isso foi bem marcante, eu tinha 1 ano e pouco de formada [...] Então... foi falta de atenção”(E3).

“Se não tivesse se apressado tanto, né? Ou se tivesse prestado atenção, não teria acontecido” (E4).

“Todo erro de medicação é grave, é falta de atenção, falta de ler, de interpretar a frase inteira” (E9).

“Mas, é aquela coisa... um erro de procedimento que ela não percebeu que a paciente era dependente de oxigênio e simplesmente tirou o cateter de O2. Quando nós olhamos a paciente estava parada. Teve uma parada respiratória, com uma saturação de 28. Paciente acabou com uma parada cardíaca, teve que ser entubada. Isso tudo por um erro exatamente de procedimento. Isso veio a causar um dano muito grande para o paciente, tá?” (E11).

A atenção concentrada é a capacidade humana de selecionar uma fonte de informação (estímulo do meio ou do mundo interior) dentre todas as que estão disponíveis em um determinado momento e conseguir dirigir sua atenção (manter o foco) para esse estímulo ou tarefa a ser realizada no decorrer do tempo. Assim, quanto maior a atenção concentrada, maior a capacidade discriminativa do sujeito naquela tarefa (WINTER et al, 2006).

Em contrapartida, a falta de atenção, apontada pela grande maioria dos entrevistados como causa de erros, é ausência de concentração na atividade efetuada.

Segundo Harada (2006), o erro humano, nas diversas profissões da área da saúde, pode acontecer em decorrência de fatores isolados ou associados, quer sejam inerentes ao próprio paciente, quer sejam de ordem institucional, financeira, de recursos estruturais de planta física, de materiais/equipamentos e de fatores humanos.

Os trabalhos de Santos et al (2007); Padilha (2004); Bohomol e Ramos (2003) e Miasso et al (2006) corroboram com os achados onde a falta de atenção está presente como causa de erro na realização dos procedimentos de enfermagem.

A falta de atenção pode ser vista pelo lado da prudência, pois o profissional prudente é atento e cauteloso e não se deixa levar pelo automatismo de suas ações. Neste trabalho compara-se o profissional prudente ao profissional cuidadoso e responsável.

A prudência, entendida como previsão e vigilância, remete à atitude do sujeito, as suas qualidades pessoais, as suas habilidades próprias, particularmente a sua facilidade de decidir e agir realmente no sentido que convém na situação, no caso sempre singular em que é preciso tomar uma decisão (DURAND, 2003). Para Hossne (2008) a prudência significa o conceito de virtude moral (*sophrosyne*) e virtude intelectual (*phronesis*); sensatez, moderação, comedimento, cautela, cuidado, precaução e sabedoria prática.

Do contrário, agir com imprudência significa precipitação, agir sem a devida cautela. É a desatenção, virtude da qual ocorreu um mal, que podia e devia ser previsto pelo imprudente (FRANÇA, 2003). A prudência não se contrapõe somente sobre a imprudência (fazer o que não deveria ter sido feito, ao menos do modo como foi feito), mas também à negligência (deixar de fazer o que deveria ter sido feito) (HOSSNE, 2008).

Souza, Sartor e Prado (2005) ressaltam que o agir com cuidado significa desvelo, solicitude, zelo, atenção e se concretiza no contexto das relações sociais. A pessoa cuidadosa presta atenção em tudo que faz, pois tudo lhe é valioso; desdobra-se em preocupação, estima e senso de responsabilidade para com todas as coisas. A prática diária em tomar nas mãos as coisas do dia a dia, com consciência e atenção e estar em cada momento por completo, com todos os sentidos e atenção, leva à relação consigo próprio, com o outro e com as coisas ao seu redor. (GRÜN, 2005). Selli (2000) comprova que o olhar atento, a escuta ativa e a reflexão genuína, somados ao conhecimento e a competência profissional são ingredientes importantes de consciência nas inter-relações, intervenções e tomadas de decisão, para que os direitos humanos, as liberdades fundamentais, e a

dignidade humana não sejam afetadas. A base argumentativa para essa postura-ação dos profissionais de enfermagem inspira-se no respeito ao outro.

Ao cuidar, pode-se escolher participar de um relacionamento de “poder sobre”, ignorando a vulnerabilidade e cometendo atos desumanos, ou de “poder com”, realizando um cuidado autêntico, reconhecendo a vulnerabilidade do paciente, da família e do profissional. A autenticidade advém de um relacionamento em que a posição de poder é igual e cria coalizões ao invés de hierarquia (DANIEL, 1998 *apud* PETTENGIL; ANGELO, 2005).

A vulnerabilidade também está presente no discurso do sujeito, tanto para o paciente sob seus cuidados, quanto para o próprio profissional que cuida. O paciente está totalmente fragilizado no leito de uma UTI, muitas vezes inconsciente (ou sedado) sem poder participar do processo de seu cuidado. O profissional desatento, por sua vez, sobre influências de fatores pessoais e de fatores estruturais que serão abordadas mais adiante.

Desta forma, ao considerar o cuidado autêntico como aquele que se foca na prudência, no respeito ao outro, na dignidade, reconhecendo sua vulnerabilidade e a do outro, pressupõe-se que a falta de atenção desrespeita todo este contexto.

Do profissional também se espera a responsabilidade na execução de seus atos, a consciência de que seu ato reflete no outro, no outro que é igual a ele. O profissional não pode se deixar levar pela rotina e mecanização das ações deve agir de maneira reflexiva e responsável.

O princípio da responsabilidade pede que se preserve a condição de existência humana (dignidade), mostra a vulnerabilidade que o agir humano suscita a partir do momento em que se apresenta ante a fragilidade natural da vida (PESSINI e BARCHIFONTAINE, 2007).

Para Durand (2003), no centro de toda ética está o conceito de responsabilidade. Assumir responsabilidades é realizar corajosamente a ação à que se impõe, mas é em primeiro lugar refletir sobre a ação que se impõe levando em conta, ao mesmo tempo, a situação concreta, em sua singularidade e complexidade, e diversas balizas éticas, segundo sua especificidade.

A responsabilidade só tem sentido em relação a um sujeito que se percebe, que reflete sobre si mesmo e contesta sua própria ação (MORIN, 2000). Segundo

Koerich et al (2006), a responsabilidade, como princípio bioético, teorizado por Max Weber e atualmente por Hans Jonas, constitui uma das reflexões mais promissoras e necessárias no seio da reflexão filosófica. Não se trata de pressupor a bondade e a perfeição do homem que, sendo responsável, procurará agir para o bem, mas sim, daquele que se conscientiza das consequências previsíveis e imputáveis à sua própria ação. Responsabilidade indica a capacidade individual de assumir antecipadamente pelo que vai fazer (JONAS, 1995).

Os enfermeiros também apontam que a pressa, a mecanização da prestação da assistência e falta de comprometimento corroboram com a falta de atenção na atividade efetuada, levando ao erro de procedimento de enfermagem:

“Assim, às vezes por falta de planejamento, de parar e pensar um pouquinho, né? Nossa! Por que isso? Às vezes a pressa é inimiga da perfeição. Em UTI, a gente tem muuuuuuito disso. A gente sempre tem pressa e não enfoca tanto o que realmente precisa focar” (E4).

“Não é nem por falta de... eheheh... como se diz? Conhecimento. E sim acho que é a coisa do descuido, da correria, de você... nós, às vezes, trabalhamos como robôs. E isto trás consequências graves, tá? [...] Porque, infelizmente eu acho que por melhor que seja o técnico, ele trabalha exatamente como robô, muito mais do que a enfermeira. Então ele acaba não vendo o que ele faz. Ele faz a medicação, ele faz o banho, ele quer fazer tudo mais rápido pra que... eheheh... pra que ele consiga acabar mais rápido. E nessa rapidez ele acaba não olhando um alarme que está no monitor, ele acaba assim... “robô!” (E11).

“E têm outros que ficam... né? Tanto fez... como tanto faz... Tem isso, a gente sabe que tem [...] Eu acho que é falta de comprometimento. Inclusive isso eu vejo tanto aqui, como no outro (hospital)” (E14).

Os pronunciamentos dos sujeitos reforçam que a pressa, a mecanização da prática e a falta de comprometimento levam ao erro. Sob a perspectiva da bioética, o enfermeiro deve estar atento aos cuidados prestados aos pacientes sob sua responsabilidade. Seja este cuidado realizado por si mesmo ou por sua equipe.

Estudos reforçam a idéia do profissional prudente, cuidadoso, que se coloca no lugar do outro, como forma de contenção da falta de atenção e, conseqüentemente, do erro (WALDOW, 2001; PESSINI et al, 2003).

O resgate dos valores humanos não decorre do trabalho mecanizado e rotineiro, mas do trabalho como realização pessoal e profissional, da competência técnica e humana e da vivência do cuidado humanizado, porém, não de forma paternalista e verticalizada (BACKES; KOERICH; ERDMANN, 2007).

Zoboli (2006) reforça que o profissional de saúde cuidadoso é aquele que presta atenção em tudo que faz e não vai, tão somente, desempenhando suas funções; e em cada tarefa que executa, por mais rotineira, coloca-se por inteiro, com toda sua atenção.

O olhar ético considera o outro como um igual, ou seja, sujeitos em uma relação simétrica, sendo o outro portador dos mesmos direitos. É a partir dessa compreensão que se torna possível ao profissional desenvolver uma prática mais qualitativa, acolhedora e tolerante para com aqueles que se apresentam vulneráveis quando se colocam sob seus cuidados profissionais (BELLATO; PERREIRA, 2005).

Vários autores como Zoboli e Sartório (2006) e Martins (s.d.) afirmam que, muitas vezes, os profissionais de enfermagem deixam de compreender o momento da assistência como um espaço privilegiado do relacionamento humano, que o agir do enfermeiro decorre da relação interpessoal estabelecida. Se não pensarem desta forma, o cuidar torna-se mera aplicação de protocolos.

Outros fatores humanos apontados na pesquisa, que influenciam a ocorrência de erros e classificados na subcategoria “falta de atenção”, foram: a baixa qualificação dos profissionais e a queda da qualidade na formação dos mesmos:

“A qualidade do profissional esta cada vez pior, isso se soma ao fato do ser humano, enquanto gente, também não estar bem, né? Eu hoje fico preocupada. É nítida demais a queda da qualidade do que tem vindo. Acho que a escola... em cada esquina... permitiu muito” (E8).

A preocupação com a qualidade do ensino, apontada pelo sujeito, reforça a sua vulnerabilidade diante do progresso técnico-científico que interfere diretamente no

cuidado e, conseqüentemente, na ocorrência de erro quando não acompanhado a contento.

Autoras corroboram citando que, atualmente, a preocupação com a segurança do paciente, embora presente desde o início da enfermagem moderna, é uma necessidade diante do avanço tecnológico na área da saúde. Tais avanços, que inserem novos procedimentos, medicamentos, materiais e equipamentos nas rotinas hospitalares, se benéficos e desejáveis por um lado, por outro trouxeram como consequência a exigência de domínio de conhecimentos técnico-científicos por parte dos profissionais de saúde, dentre eles da enfermagem, de forma a garantir o uso dessa tecnologia com segurança. Assim, novas tecnologias de ensino e capacitação dos profissionais se fazem necessárias, num processo contínuo de aprimoramento pessoal para o enfrentamento dessa nova situação. Como esse aprimoramento não atinge a velocidade desejada, convive-se hoje com possibilidades de riscos e falhas, antes não existentes (PADILHA, 1998; MADALOSSO, 2000; BOHOMOL, 2007).

Subcategoria I b: Sobrecarga de trabalho

Os enfermeiros descrevem a situação estrutural desfavorável das instituições, relacionada ao número insuficiente de profissionais para atender a demanda do serviço, levando à sobrecarga de trabalho. Destacam a falta de treinamento adequado da equipe, seja pela falta de oferta de programas, seja pela pouca possibilidade de participação, também consequência do baixo número de profissionais:

“Só que assim... o plantão estava muito corrido pra colega, estava muito corrido pra mim. [...] Então são coisas assim, tão comuns de acontecer que você, quando fica sobrecarregado no seu local de trabalho, não se atém a esses mínimos detalhes. Coisas simples, que não eram nem pra existir. Mas, dependendo da demanda, dependendo da dinâmica do plantão, da gravidade do paciente são pequenas coisas que passam e fazem uma diferença tremenda no final” (E2).

“Porque assim: a situação está tããã caótica... de aumentar a UTI em tantos leitos... e nem uma número a mais de enfermeiro, nem de técnico de enfermagem, nem de fisioterapeuta, nada... nem de médico, né? Então todos trabalham muito! O que acontece é factível de erro mesmo! Está entendendo?” (E2).

“Assim... presenciei numa instituição na qual era uma UTI também com 20 leitos eheheh... o local não tinha esses monitores centrais. E cada quarto tinha 4 leitos. Então era um enfermeiro pra tudo, então a parte de visualização ficava meio ruim...” (E13)

Padilha (2004) revela que no contexto da prestação de serviços de saúde, falhas estruturais expressivas podem estar na origem da ocorrência de erro, colocando também os profissionais em verdadeiras situações de risco (aqui abordado como vulnerabilidade). Madalosso (2000) relata que na convivência com os enfermeiros percebem-se inúmeras situações que predispõem ao risco de erro, dentre eles o envolvimento direto e frequente com tarefas que competem a outros profissionais, delegação de cuidados sem supervisão adequada, distanciamento entre o aprendido e o executado, sobrecarga de serviço paralela ao esvaziamento do cuidado direto à clientela, o não respeito às leis do exercício profissional e uma baixa autoestima e valorização profissional. Na realidade brasileira, Padilha (2001) reforça que a questão da estrutura apresenta problemas como falta de recursos, condições precárias de planta física, recursos humanos escassos, que precisam ser levados em conta quando se investigam as ocorrências de erros.

Diante do exposto pelos sujeitos, pode-se afirmar que os mesmos se encontram vulneráveis diante das dificuldades impostas pela situação estrutural desfavorável das instituições.

Reconhecer os profissionais como humanos que são, enquanto vulneráveis, é contribuição primordial da enfermagem de tomar a vulnerabilidade como princípio de sua prática. Somente quem se reconhece vulnerável é capaz de cuidar. O ser humano não só é vulnerável, mas também pode fazer-se consciente desta vulnerabilidade e, refletindo sobre ela, torná-la princípio de autocompreensão. Quem não se reconhece e se aceita vulnerável e interdependente, não desenvolve atitudes de cuidado (JUNGES, 2006; ZOBOLI; FRACOLLI, 2007).

Outra dificuldade apontada pelos profissionais entrevistados, foi a necessidade de treinamento e a dificuldade em encaminhar os profissionais para as reciclagens programadas pela Educação Continuada devido a escassez de funcionário na UTI:

“É um quadro que está sempre trocando de funcionários, então a gente nunca tem a continuidade adequada de treinamento. Como te falei: funcionário que tem muitos anos e que a gente percebe uma falha lááá... no passado. Com coisas banais, mas que ele não sabia. Aí, você vai punir um funcionário desses? Sendo que a falha foi sua também, porque você não treinou direito” (E4).

“Acho que deveria ter uma educação continuada. Deveria ter mais participação, né? Tem pouco aqui. Deveria ter mais cursos, sabe... voltado pra educação continuada. Principalmente deveria até vir aqui” (E6).

“Não sei... na verdade, não é nem porque a gente não tem uma educação continuada presente. A gente até tem. Só que eu acho que a quantidade de trabalho tem sido muito grande e o que acontece, muitas vezes, o nosso profissional da UTI não está tendo tempo hábil pra sair, para participar das aulas. Por quê? Porque a quantidade, o excesso de trabalho acaba impedindo. Então nem acho que é problema da instituição não. Ela até dá as aulas constantemente... é o tempo do nosso profissional de estar livre” (E11).

Autores são unânimes quando identificam a ausência de treinamento e aperfeiçoamento como causa de erro. Enfocam a velocidade com a qual as novas tecnologias são disponibilizadas para uso dos profissionais de saúde e os novos saberes que se fazem necessários para acompanhar os avanços técnico-científicos, sendo estes um grande desafio para garantir a segurança do paciente (PADILHA, 1998; MADALOSSO, 2000; BOHOMOL, 2007).

Os sujeitos da pesquisa apontaram anteriormente que a baixa qualificação dos profissionais, devido à queda da qualidade do ensino, tem colaborado com a ocorrência de erros. Somam-se a isto, os fatores estruturais desfavoráveis que não atendem a necessidade de treinamento ou, quando oferecem programas de treinamento, não criam condições que permitam a participação efetiva do profissional no treinamento devido a escassez de funcionários.

O aprimoramento técnico-científico dos profissionais de enfermagem é um direito e um dever, estabelecido pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução COFEN 311/2007) como se segue: Art 2º - “Aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação a sua prática profissional” e Art 69 - “Estimular, promover e criar condições para o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural”.

Desta forma, o profissional se depara com a responsabilidade de manter-se atualizado, mas a fragilidade da estrutura hospitalar interfere na sua autonomia, pois o profissional depende da instituição que propicie e estimule a participação de seus colaboradores em programas de treinamento.

Destaca-se novamente a vulnerabilidade do profissional diante da precariedade da estrutura, porém essa vulnerabilidade não é percebida pelos sujeitos da pesquisa.

5.2.2 Categoria II: Fatores que previnem o erro

Nesta categoria, foram identificados nas falas dos enfermeiros, fatores pessoais, como responsabilidade, envolvimento com o seu trabalho e com a profissão, e fatores institucionais, como presença de protocolos e treinamento, que corroboram com a prevenção do erro. Esta categoria valida as causas apontadas na categoria anterior, onde a presença ou ausência dos fatores que previnem o erro interferem diretamente nas causas do mesmo. Desta categoria emergiram duas subcategorias: responsabilidade e envolvimento; protocolos e treinamento.

Subcategoria II a: responsabilidade e envolvimento

Nesta subcategoria, os sujeitos valorizam a necessidade de envolvimento do enfermeiro com suas atividades de cuidado e gestão da assistência. Reforçam a importância da responsabilidade do profissional de acompanhar as atividades que estão sendo executadas por sua equipe, responsabilidade com a vida do outro

(neste caso a do paciente), de estar atento à execução de procedimentos técnicos de enfermagem. De certa forma estes fatores se contrapõem à subcategoria “falta de atenção”, como causa preponderante do erro, pois chama a atenção para a necessidade de envolvimento e responsabilidade com a atividade efetuada:

“Então, o enfermeiro, mais do que ninguém, tem que estar muito atento pelo que está sendo feito. Por quê? Aquilo que o técnico não vê a obrigação é nossa! Tá? [...] E o enfermeiro acaba, obrigatoriamente, tendo que ficar mais atento pra que não ocorra um dano muito maior ao paciente. E eu, particularmente, eu sou assim muito exigente comigo e... muito exigente com o técnico. Então eu acabo falando muito e cobrando muito. Então isso, eu acho que é função nossa. Isso não quer dizer que “impeça” de você ter realmente erros. Mas eu acho que dificulta e tem um erro menor. Você está em cima e cobrando e conversando com o técnico.” (E11)

“Principalmente quando você já tem muito tempo de formado você tem uma visão à frente das coisas. Você já conhece muito o funcionário, sabe? E eu também acho que depende muito do enfermeiro. É aquela questão do... do... enfermeiro enquanto líder. A culpa também pode ser muito dele! Como um enfermeiro “laissez-faire” a culpa também é dele, porque com certeza você tem que estar dando orientação apesar dos protocolos, dos manuais, você tem que estar sempre orientando, sempre reforçando, sempre!” (E12).

Os sujeitos da pesquisa, como sujeitos autônomos, reconhecem a responsabilidade ética do profissional, perante o paciente. Reforçam que a relação é de cuidado, dotado de prudência e demonstram preocupação com o outro sob seus cuidados.

O profissional da área da saúde tem a responsabilidade para consigo mesmo, para com o paciente e para com terceiros. A responsabilidade para consigo mesmo é o compromisso do indivíduo para com sua realização pessoal e para com seus princípios de verdade (estes se manifestam como ditames de sua consciência moral). A responsabilidade para com o paciente são os deveres que o profissional se impõe com relação ao seu paciente. A responsabilidade para com terceiros, se dá através da influência política na vida da comunidade a que pertence (MUÑOZ; ALMEIDA, 2002).

Uma ética da responsabilidade se opõe a uma reflexão superficial, incompleta, parcial, a uma tomada de decisão fácil, automática, arbitrária, a uma decisão tomada por obediência, por conformismo. Uma ética da responsabilidade é a ética de um sujeito livre, autônomo, que reflete com prudência, coragem e convicção. Neste contexto, a ética é chamada a ser constantemente uma ética da interrogação - porque as situações frequentemente são inéditas e porque respostas não são evidentes; e uma ética do diálogo e da discussão - porque a novidade e a complexidade das questões exigem a contribuição de várias inteligências (DURAND, 2003).

Ferrer e Alvarez (2005) corroboram apontando que a prudência não garante que a decisão tomada seja acertada, não torna as pessoas infalíveis, mas as dispõe a escolher de maneira razoável e ponderada, buscando os meios mais eficazes para a ação, buscando o bem integral do paciente.

É importante considerar que alguns valores permeiam a prática dos profissionais entrevistados, e tornam-se evidentes quando dão destaque ao envolvimento e responsabilidade com a vida do outro e reforçam que estão lidando com ser humano:

“No meu conceito, na minha visão, não tem que existir erro! Pra começar você está lidando com vida. Você está lidando com ser humano. Você não está lidando com saco de batatas... aqui você está lidando com pessoas e os danos causados são muito graves. São muito sérios, né? Então eu acho assim, as pessoas envolvidas, os profissionais, deveriam se posicionar como profissionais, ter uma postura profissional, ter envolvimento com o seu trabalho, ter envolvimento com sua profissão. Muitas vezes você não percebe isso. Não é só o enfermeiro, é o técnico, o médico, é o fisioterapeuta. É Responsabilidade com a vida do outro. Envolvimento. Profissionalismo. Isso tem que existir” (E2).

Os entrevistados compreendem o erro como um paradoxo no cuidado, que é um contra-senso errar, pois o dano pode ser muito grave e provocar piora no quadro do paciente. Neste aspecto ressaltam-se os valores de respeito à vida, à beneficência e à dignidade da pessoa humana.

O respeito à vida constitui o princípio mais invocado, pelo menos na cultura ocidental, como justificção das normas morais, das regras do direito, das políticas sociais e dos direitos humanos. O princípio de respeito à vida designa globalmente a exigência de respeito, de proteção e de promoção da vida humana, sob todas as suas facetas, em si mesmo e nos outros. O respeito à vida suscita a questão da beneficência. A beneficência refere-se à ação a ser feita. Ela comporta dois fatores: não fazer o mal ao próximo, ou melhor, fazer-lhe o bem. A pessoa humana suscita o conceito de dignidade. No plano ético a dignidade suscita o respeito: não prejudicar, não explorar, ter consideração pelo outro, ter estima, reconhecê-lo realmente como outro, outro idêntico a mim, portador da mesma humanidade, da mesma dignidade (DURAND, 2003).

Segundo o filósofo alemão Immanuel Kant, os moralistas ou eticistas distinguem o que tem preço e o que tem dignidade:

“O que tem preço também pode ser substituído por outra coisa, a título de equivalente; pelo contrário, o que é superior a todo preço, o que, por conseguinte, não admite equivalente é o que tem uma dignidade” (Kant, in: Fondements de la métaphysique des moeurs; citado por Durand, 2003).

Considera-se aqui a importância do reconhecimento e resgate da dignidade de todos os envolvidos (pacientes, profissionais e família) no processo de cuidar e, conseqüentemente, na ocorrência do erro.

Em pesquisa realizada pelo Departamento de Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Rio de Janeiro- UNIRIO, as autoras constataram a existência de significativos obstáculos para a preservação da dignidade humana dos profissionais de enfermagem, mediante a escassez de recursos humanos e materiais para o desenvolvimento do cuidado dos pacientes, a baixa remuneração, a sobrecarga de trabalho, pequena participação nas decisões, entre outros (TEIXEIRA et al, 2005). O termo dignidade humana resulta em um conceito que reúne tanto algo que faz parte da essência do ser humano, como algo que precisou de séculos de vida e de história para ser conquistado. Os autores Silva Jr; Hossne; Leopoldo e Silva (2008) afirmam que vivencia-se uma época de resgate da dignidade humana, em que a bioética tem papel essencial e cujo advento tem

sido fator decisivo na tomada de consciência quanto ao lugar da dignidade humana na sociedade, pois o ser humano busca encontrar algo que o torne merecedor, pela gratuidade e mistério da existência na qual está inserido.

A expressão dignidade humana é o reconhecimento de um valor. É um princípio moral baseado na finalidade do ser humano e não na sua utilização como meio (BARCHFONTAINE, 2006).

Desta forma, considerando dignidade humana como valor que indicam ideais a serem perseguidos, pode-se afirmar que assistir ao sujeito, seja no âmbito individual, grupal ou coletivo, respeitando sua dignidade enquanto ser humano, nada mais é do que garantir a segurança do paciente na assistência prestada. Sob essa perspectiva, pode-se inferir que a segurança do paciente não é um modismo, tampouco um fenômeno novo, integra a própria essência do cuidado que se mostra em fazeres e atitudes comuns do cotidiano (PADILHA, 2004).

É importante ressaltar uma das falas dos sujeitos que reforça a necessidade e responsabilidade do enfermeiro em ouvir o paciente, em valorizar suas queixas:

“Nós da Uti, querendo ou não, temos que ter uma visão ampla. Eu acho que temos que observar o paciente geral, global, inclusive quando um paciente estiver consciente, dar importância as queixas dele. Porque as vezes a gente acaba ignorando, né? Então acho que paciente consciente nós temos que prestar atenção também, valorizar as queixas do próprio, né?” (E7)

O objeto de trabalho do enfermeiro é o ser humano e apesar do amplo discurso da sua integralidade, como ser biopsicossocioespíritual, ele é visto sob fragmentos, deixando de compreendê-lo na sua amplitude. Entretanto, são conhecidas as dificuldades a serem transpostas quando falamos em trabalhar questões pessoais.

Esperidião, Munari e Stacciarini (2002) apontam vários estudos onde essas dificuldades estão carregadas de resistências internas, medo de lidar com as emoções e sentimentos e, geralmente, é deixado de lado, em função do atendimento dos aspectos técnicos a serem considerados, prioritariamente, no atendimento em saúde. Mas, consideram que se reconhecer o profissional como pessoa, possibilitará a este a oportunidade para reconhecer a si mesmo como instrumento básico no cuidado, no sentido de facilitar o estabelecimento de relações

mais humanizadas consigo mesmo e com os outros. Desta forma estará valorizando a humanização das relações interpessoais e facilitando o crescimento intelectual e emocional do ser humano.

Articular a dimensão social-relacional com a dimensão científico-tecnológica buscando a reafirmação da assistência focada no cuidado é um desafio que se impõe à prática de enfermagem atual e envolve a intersubjetividade.

A intersubjetividade do trabalho do profissional da saúde, quando da interação com o paciente, exige mais que conhecimento científico e habilidades tecnológicas: exige atitudes. As atitudes devem ancorar-se nos valores de respeito, dignidade, necessários ao exercício da boa prática profissional.

Respeitar a autonomia do paciente no processo de cuidar é fundamental; para tanto, é preciso superar o autoritarismo e paternalismo dos profissionais de saúde e caminhar no sentido de expandir a autonomia do paciente. Deve-se evitar uma relação de dependência. Os pacientes devem ser estimulados a se tornar mais ativos, críticos, conscientes e responsáveis pelo processo saúde/doença.

A autonomia não significa individualismo, pois ela se dá nas relações sociais e o respeito pela autonomia da pessoa é reconhecer que cada pessoa possui pontos de vista e expectativas próprias quanto a seu destino e que é ela quem deve deliberar e tomar decisões seguindo seu próprio plano de vida e ação. Cabe lembrar que, violar a autonomia significa tratar as pessoas como meios e não como fins em si mesmas (FORTES, 1998).

Embora a população esteja tomando consciência de sua autonomia, nas questões de tratamento de saúde, o que predomina são pessoas passivas e que cuidado técnico ainda prevalece ao cuidado ético.

Em algumas instituições, mesmo que se preconize a autonomia dos pacientes, estas, muitas vezes, estão reduzidas aos consentimentos informados. O paciente ainda assume papel passivo na relação profissional-paciente.

Se, por vezes, não podemos escolher o que nos acontece (por exemplo, uma doença que leva a hospitalização), podemos escolher o que fazer diante da situação que nos é apresentada (participar do tratamento).

Certas situações, porém, levam a considerar a perda transitória da autonomia ou a autonomia reduzida, como é o caso dos pacientes internados em UTI, quando o

paciente se encontra num estado de fragilidade/vulnerabilidade maior, devido ao estado de inconsciência ou sedação. Aqui, cabe ao profissional respeitar os limites impostos aos pacientes e proporcionar um cuidado com dignidade, pois o respeito pela autonomia da pessoa conjuga-se com o princípio da dignidade humana.

Neste caso, na ocorrência de erro, mesmo respeitando sua autonomia, o paciente não tem condições de colaborar, questionar sobre o cuidado que está sendo realizado e, desta forma, contribuir com a prevenção do erro.

Do contrário, quando o paciente está consciente e o profissional respeita sua autonomia, muitas vezes ele pode colaborar com um cuidado livre de erro.

Subcategoria II b: protocolos e treinamento

Nesta subcategoria, os enfermeiros expressam o que as instituições em que trabalham oferecem em busca da prevenção do erro, ressaltam a existência de protocolos, normas e rotinas bem definidas e disponíveis para consulta, como forma de prevenir o erro. Relatam que é fundamental o programa de educação em serviço, bem como promover um ambiente de confiança, onde os colaboradores possam perguntar e esclarecer as dúvidas pessoalmente:

“Eu acho que depende muito do serviço que você trabalha. Eu tenho oportunidade de trabalhar aqui onde tem outro perfil, outro padrão, onde você tem muito bem amarrados os protocolos, bem amarradas as nossas normas e rotinas, entendeu? Qualquer dúvida que o funcionário tenha ele pode estar lendo, além do enfermeiro estar presente, ele pode estar lendo as técnicas, pode estar perguntando”. (E12)

Trabalhos de Coimbra (2006) e Nunes et al (2008) apontam para o uso de protocolos na padronização de procedimentos como forma de prevenção dos erros em medicação.

Quinto Neto (2006) dá ênfase ao uso de protocolos assistenciais bem estruturados e com base em evidências, pois estes são instrumentos que dão consistência aos processos assistenciais e a possibilidade de periodicamente analisá-los e aperfeiçoá-los, prevenindo procedimentos errados.

Os protocolos e manuais orientam os profissionais em suas atividades técnicas. Especificamente, os protocolos de segurança do paciente trazem orientações sobre condutas que auxiliam na prevenção de erros. De qualquer forma, somente os protocolos não serão significativos na prevenção se não vierem seguidos da responsabilidade, prudência e atenção do profissional que estiver prestando os cuidados, bem como de melhoria da estrutura do local de trabalho, já discutida anteriormente.

Também com relação à prevenção do erro, vários autores corroboram sobre a importância do treinamento na prevenção dos erros, pois os avanços científicos e tecnológicos, que tornam o trabalho cada vez mais complexo e sofisticado, nem sempre são assimilados no ritmo desejável. Há necessidade de um processo contínuo de capacitação dos profissionais (PADILHA, 1998; MADALOSSO, 2000; BOHOMOL, 2007).

“Mas acho que o fundamental é a educação em serviço. Lembrar sempre pra ler com atenção, qualquer dúvida: perguntar. E não ter vergonha de perguntar”(E3).

“Como fazem aqui, acho bem interessante porque você já pega onde o funcionário está fraco e já manda ele pra treinamento, né? Porque eles fazem sempre os treinamentos. Agora, esse ano, eles estão um pouco mais devagar”(E10).

Santos et al (2007) assinalam que os hospitais, assim como qualquer outra organização do mundo capitalista e globalizado, buscam produtividade e qualidade, investindo em tecnologias de ponta para melhoria na assistência, no entanto, não devem ignorar a importância do investimento no seu capital humano.

É importante observar que os profissionais entrevistados valorizam o aperfeiçoamento contínuo, porém encontram barreiras para participar dos treinamentos propostos, devido o número reduzido de profissionais no plantão para conciliar a assistência e a participação no treinamento.

Autores como Marin (2006), Coimbra (2006) e Kozler; Berkovitch; Koren (2006) enfatizam também o uso da tecnologia da informação na prevenção de erros, como a prescrição médica eletrônica. Esta seria uma medida prudente que as instituições

hospitalares poderiam adotar para prevenir o erro, fato observado e apontado pelos sujeitos da pesquisa:

“A nossa sorte é que é tudo eletrônico. Então se tem alguma dosagem errada, eles vêm até a mim e conversa com o médico: Dr não está errada esta prescrição aqui não? Então, eu dou livre acesso pra eles, se eu não estiver no momento, de perguntarem diretamente ao médico. E os médicos daqui respeitam essa liberdade que dou a eles” (E9).

5.2.3 Categoria III: Postura do enfermeiro frente ao erro

Esta categoria apresenta as reações expressas pelos enfermeiros à respeito de sua postura frente ao erro em procedimentos de enfermagem. De um lado, percebe-se uma postura de reconhecimento do erro, reconhecimento de que mesmo sem querer ele pode errar e a importância de se comunicar o erro. Por outro lado, aparece a omissão do erro, que o mesmo nem sempre é comunicado. Desta forma foram constituídas três subcategorias: a) reconhecendo ser falível; b) reconhecendo e comunicando o erro; c) omitindo o erro.

Subcategoria III a: Reconhecendo ser falível

Dentro desta subcategoria os sujeitos da pesquisa se percebem como falíveis, reconhecem que, mesmo sem querer, o erro pode acontecer. Que o ideal seria não errar, pois defendem que nenhum erro é intencional, por esta razão, os enfermeiros ressaltam que a atenção na atividade deve ser redobrada:

“O ideal era não errar, né? Mas... como não dá... O ideal é não errar” (E1)

“Eu acho que o principal, além de falhas, nós somos cabíveis de falhas. Mas, temos que ter uma atenção redobrada.” (E3).

“Porque eu acho que tem que ter uma união porque erros acontecem. Tanto com os médicos, como com a enfermagem, isso é uma coisa que acontece. Então a gente deveria comunicar mais... deveria a equipe ser mais unida, né?”. (E5)

“Todo mundo erra, óbvio! Mas tem que se tomar mais cuidado quando se trata de ser humano. Passar tinta azul na parede e você passou branco... se vai e passa outra em cima, mas tem coisa que não tem retorno, né?” (E8)

Segundo Pessini e Barchifontaine (2007), “todos somos homens e mulheres falíveis e imperfeitos, com limitações e defeitos”. Canineu et al (2006) também corrobora com seu trabalho que é fundamental a consciência da susceptibilidade do ser humano ao erro.

Desta maneira, os profissionais de saúde, como qualquer ser humano, são falíveis, capazes de cometer erros. Os sujeitos da pesquisa apontam a importância do reconhecimento de ser falível, sem deixar de se preocupar com o ser humano que está cuidando. É importante lembrar que o reconhecimento do erro é a base da sabedoria para se trabalhar com o erro. Este reconhecimento corresponde ao conceito anteriormente exposto, relacionado com a vulnerabilidade do profissional que será de certa forma amenizada, se for consciente.

Para Coimbra (2006) é necessário reconhecer que o erro acontece no dia a dia e é inerente à natureza humana e a partir desse reconhecimento, o próximo passo é analisar todos os componentes do sistema. Faz-se necessária a compreensão dos dirigentes da instituição de saúde, de que os erros acontecem porque existem falhas (descrita por Reason (1990) como falha latente) no sistema por eles gerenciado e não porque seus subordinados são incompetentes ou irresponsáveis. Desta forma, mais do que buscar culpados para punir, pode-se com isso diagnosticar as fragilidades existentes em todo o processo e adotar medidas pró ativas de prevenção de riscos (PADILHA, 2004).

Também observamos nos relatos, que o erro não é intencional e que muitas vezes o colaborador nem percebe que está errando, sendo o erro percebido por outra pessoa:

“Ninguém erra intencionalmente, nenhum erro é intencional. Às vezes a pessoa está errando ali e nem está percebendo. Você como enfermeira que está próxima,

está vendo. Quantas vezes eu cheguei e chamei a atenção do técnico, ele está cometendo um erro ali e nem está se dando conta. Todos erram assim de maneira “inocente”, entre aspas” (E2).

“Assim, não foi uma coisa que ela quis de propósito... nem intencional.” (E13)

Para Reason (1990) deslizes e lapsos são ações não previstas, embora a intenção de agir corretamente estivesse presente.

Segundo Ferrer e Alvarez (2005), uma ação pode ter efeitos adversos sobre outra pessoa sem que o sujeito moral a tenha ofendido ou tenha tratado injustamente. Para que haja ofensa moral é preciso que o dano tenha sido intencional e injusto. Quando se infligem injustamente graves lesões corporais ou se prejudicam seriamente outros interesses fundamentais das pessoas, aí sim, estaremos diante de exemplos de danos que são moralmente proibidos pelo princípio de não-maleficência.

Percebe-se nas expressões dos sujeitos uma impossibilidade de manter sempre uma atenção concentrada na atividade executada, diante do que se descarta uma intencionalidade direcionada para o erro, o que seria altamente perverso. A atenção concentrada, já abordada, está relacionada à prudência, respeito e responsabilidade na ação de cuidar.

Subcategoria III b: Reconhecendo e comunicando o erro

Esta subcategoria mostra as crenças pessoais dos sujeitos: não esconder, assumir e comunicar o erro. Os enfermeiros assumem que comunicam o erro para médico e chefia, seja este cometido por sua equipe ou por ele próprio. Mas os enfermeiros são mais enfáticos, quando eles próprios reconhecem e comunicam os seus erros, enquanto que, ao afirmarem que sua equipe também relata o erro, suas falas são vagas, trazem muitas pausas e se dispersam.

Os sujeitos também destacam que desenvolvem uma relação de maior confiança com o colaborador que comunica o erro:

“Então, dá minha parte eu não costumo esconder os erros. Eu tenho na minha cabeça que, se a gente não quer cometer o erro, mas ele às vezes acontece, tem que demonstrar, porque tenho que pensar no paciente [...] Então, dá minha parte eu assumo o erro, eu comunico o médico, pode ser o erro mais simples que for, acho que o médico tem que estar ciente porque se acontecer alguma coisa com o paciente. Não é todo mundo que faz isso [...] Tem que assumir o erro. Começa por aí. É lógico que você tem que ter ciência que não dá pra ficar errando todos os dias mas, se acontece de você errar, você tem que, primeiro de tudo, assumir o erro” (E1).

“Então, é como te falei: o erro realmente não deve ser abafado” (E4).

“Eu sempre procurei com a equipe: Fez alguma coisa errada? Comunica a gente, a gente revê, porque o principal prejudicado é o paciente “ (E5).

“Eu passo de imediato! Mesmo que o erro seja meu, tá? Eu vou e relato. Tanto pros médicos, isso não quer dizer que os meus sejam ocultos não. Isso também, porque às vezes a gente acaba fazendo...” (E11).

É importante destacar a preocupação dos enfermeiros em comunicar o erro, pois ressaltam a importância de se pensar no paciente como principal prejudicado e que a situação poderá ser revertida mais rapidamente e danos maiores poderão ser evitados se o erro for comunicado.

A preocupação com o relato do erro traduz a responsabilidade do enfermeiro e sua prudência em tomar logo uma atitude com o paciente lesado. Porém, mais adiante se percebe que o relato do erro dependerá também do ambiente que o enfermeiro vai encontrar para comunicá-lo.

Os estudos de Leape et al (1998) evidenciam que para um problema ser resolvido, necessita ser primeiramente reconhecido e o próximo passo é tornar o problema público, a fim de estudá-lo e criar estratégias e métodos para resolvê-los.

Os relatos dos enfermeiros corroboram com as afirmações de Wolf (1998) e Carvalho e Cassiani (2002-b) os quais acreditam que o entendimento da clara importância do relato contribui de forma positiva para que os erros sejam aceitos e notificados espontaneamente. A percepção do erro e sua imediata comunicação é fundamental para a implementação de intervenções, a fim de restabelecer o mais

rápido possível as condições do paciente e minimizar ou eliminar os prejuízos causados.

Neste estudo, os sujeitos pesquisados não enfatizaram a participação do paciente/família nas questões que lhe dizem respeito. O paciente, nesta circunstância, é passivo e receptor do fazer do profissional de saúde. No entanto, numa das falas, percebe-se a preocupação do enfermeiro sobre a importância de comunicar à família:

“Aí teve que fazer um relatório de ocorrência que a gente tem aqui no hospital pra quando acontece algum erro... ele (chefia) encaminhou pra Comissão de Ética, as famílias foram comunicadas, tudo direitinho, tudo processo legal que tinha que ser feito“ (E1).

Uma das principais responsabilidades dos profissionais de saúde na ocorrência de erro é informá-lo aos pacientes. O paciente/família tem o direito de saber a verdade. Essa informação é essencial para manter a confiança do paciente e as decisões do profissional não devem ser ditadas somente pela preocupação legal (GANDHI; KAUSHAL; BATES, 2004).

Carvalho (2001) também enfatiza que, quando a relação estabelecida entre o profissional de saúde e o doente está baseada em humanismo, respeito à pessoa e este possui uma preparação ética e técnico-científica, o profissional sabe reconhecer seu erro junto ao paciente e família.

Os estudos de Rosner et al (2000) e de Hebert, Levin e Robertson (2001) consideram que admitir e informar ao paciente/família a ocorrência do erro é um compromisso que o profissional da saúde deve assumir, em nome da preservação da confiança e fidelidade na relação profissional-paciente.

Embora o profissional se reconheça como falível, relatar o erro também é uma questão de confiança e, portanto é preciso haver ambiente estrutural e relacional para que isto aconteça. O medo, a vergonha, a culpa são sentimentos que serão discutidos mais adiante, mas que apontam para um ambiente (estrutural e/ou relacional) negativo para o relato.

Nos discursos também se observa que os enfermeiros não são tão enfáticos nos erros relatados por seus subordinados, isto se deve possivelmente ao fato de

não terem a certeza de que todos seus colaboradores realmente comunicam todos os erros, pois o relato do erro para estes também está cercado de sentimentos de medo, vergonha e culpa.

Em contrapartida, os enfermeiros informam que a comunicação do erro torna a relação mais confiante:

“Eles costumam... trazer... via de regra... 90% das vezes trazem... a ponto de chegarem uma vez pra mim e... “preciso te falar uma coisa”. Eu falei: “fala!” - “estava prescrito 1mg do comprimido e eu fiz 2mg. Então assim... se a pessoa não me falasse isso eu jamais iria saber. Você concorda? Não tem como... administrou tal... metade seria desprezado” (E8).

“A experiência que tenho... ele comunica... Maioria dos funcionários comunica! Porque... se tem um sinal... ele comunica... Eu sempre costumo dizer, independente do que possa acontecer... conosco... entendeu? Tanto com o meu subordinado ou comigo... o importante é estar com a consciência tranquila... Porque é tão bom você saber que salvou uma vida... mesmo na iatrogenia você poder resgatar esse erro... isso reverter e não ter danos maiores [...] Esse funcionário que comunica me dá segurança!” (E12).

Subcategoria III c: Omitindo o erro.

Nesta categoria, relacionam-se os discursos onde os enfermeiros relatam que nem sempre o erro é comunicado, que o mesmo é abafado, principalmente quando envolve mais pessoas ou equipes. Lembram que o ideal seria comunicar sempre, mas que as pessoas, inclusive ele próprio, omitem o erro quando sabem que o mesmo não trará consequências imediatas ao paciente. Do contrário, se existe a dúvida sobre as consequências ao paciente, em causar algum dano ou se o erro foi observado por outro, o profissional informa o erro.

“Mas... a gente sabe que nem sempre é assim que acontece... a gente ouve, muito tem sido acobertado ou mesmo, às vezes, a gente tem que perguntar ao técnico... Porque a gente percebe que alguma coisa ele fez de errado e não fala, você tem que encostar na parede. Perguntar o que aconteceu, como foi” (E1).

“Nenhuma conduta foi tomada, pra tudo sempre acaba abafando os casos [...] Assim, abafar é quando envolve mais pessoas, normalmente quando envolve mais setores, outras equipes [...] Quando tem outra equipe relacionada, a gente procura fechar um pouco, por conta das outras equipes mesmo” (E4).

“Depois a funcionária veio, ela me falou isso. Achei até muito legal, só que como o Dr viu, né? Ela me falou... Então a gente vê muitas vezes, assim... às vezes a gente nem sabe que o técnico errou, ele não comunica, né? E às vezes também, nós quando fazemos alguma coisa errada, nós também não comunicamos. Para por ali, se não for alguma coisa muito grave... então você coloca por debaixo dos panos e... acho que isso acontece muito”(E5.)

“Eu acho que assim, é um ponto interessante, eu acho que assim: as pessoas omitem o erro quando elas sabem que aquilo que ela fez não vai trazer consequências imediatas ao paciente [...] Agora, se ela fez um erro e ela sabe que ninguém viu, ninguém percebeu, eu acho que as pessoas omitem” (E13).

Hackel, Butt e Banister (1996) apontam que somente uma pequena parcela dos erros são relatados nas instituições hospitalares, pois estes somente são informados quando há algum dano ao paciente.

Vários autores citam a subnotificação ou omissão do erro em seus estudos, dentre eles destacam-se Carvalho e Cassiani (2002-b); Rosa e Perini (2003), Padilha (2006) e Luk et al (2008) que são unânimes em afirmar que o medo de medidas administrativas e sentimentos de culpa, fazem com que o envolvido não relate o erro.

Carvalho (2002) reconhece que a responsabilidade do profissional é a de comunicar o erro, entretanto, a formação acadêmica de médicos e enfermeiros, reforça a premissa do desenvolvimento de um trabalho que deve ser livre de erros, gerando uma mensagem de que estes são inaceitáveis. Isso acarreta um entendimento simplório, fazendo com que erros sejam encarados tão somente como falta de cuidado, de atenção e de conhecimento. Essa postura é exigida tanto pelos profissionais, como pelos próprios pacientes, dificultando ainda mais a compreensão do erro de forma construtiva:

“Não é permitido errar! Parece que sempre tudo tem que dar certo. Como nas outras profissões pode errar... na nossa não. Um erro pode acabar com tudo que voce fez” (E13).

É interessante ressaltar o trabalho de Padilha (2004) onde parece existir no imaginário dos enfermeiros uma preocupação quase que exclusiva com as consequências para o paciente, como se apenas ele as sofresse. Ainda que seja incontestável que é quem se encontra mais vulnerável, dada a própria condição que o levou a hospitalização, tais consequências extrapolam em muito o paciente, como já mencionado anteriormente. Afetam o paciente, os profissionais, os familiares, a instituição de saúde e a sociedade.

5.2.4 Categoria IV: Condutas do enfermeiro após o erro

Nesta categoria, foram identificadas condutas imediatas que demonstram a preocupação com o paciente e com seu bem estar; e condutas mediatas que incluem as providências institucionais como, comunicar a chefia e fazer relatórios e os procedimentos com o colaborador. Durante os discursos, prioritariamente observamos as condutas com o paciente; em seguida, o cumprimento das rotinas institucionais e na sequência, as condutas com o colaborador. Da mesma forma foram organizadas as subcategorias que se seguem: a) conduta com o paciente; b) condutas institucionais; c) diálogo com o colaborador; d) medidas punitivas com o colaborador.

Subcategoria IV a: Conduta com o paciente

As falas dos sujeitos trazem a idéia de priorizar o atendimento ao paciente após a ocorrência do erro. Traduz sua preocupação com o bem estar do mesmo e de reverter a situação de erro o mais rápido possível, através da comunicação à equipe médica e início dos cuidados para minimizar as possíveis consequências:

“Aí, imediatamente eu comuniquei o plantonista, contei o que tinha acontecido [...] e o médico pediu pra gente observar, fez algumas medicações. Na hora só ficamos observando as pacientes [...] Então, primeiro é o paciente, é a minha primeira conduta”(E1).

“Então, na hora, o enfoque é o paciente. A gente vê o que foi feito e reverte a situação” (E3).

“O que a gente fez, a gente observou o quadro do paciente... e não teve nenhuma repercussão assim, mais grave” (E5).

“No início aviso o médico pra tentar reverter a situação, é a primeira conduta que você tem que fazer. Aí,. com o médico, juntos, vamos tentar fazer reverter aquele procedimento que foi feito errado” (E10).

“De imediato! Eu vou ver se teve um comprometimento imediato, vou chamar o médico e primeiro eu vou atuar com o paciente” (E11).

“Eu automaticamente vou verificar a situação do paciente e logo em seguida vou passar pra equipe médica” (E13)

As falas dos enfermeiros demonstram sua responsabilidade e prudência em assumir, prioritariamente, o cuidado direto, a vigilância e o controle dos pacientes após a ocorrência do erro, visando minimizar as consequências ao paciente e atuar em caso de qualquer emergência. Percebem-se numa relação de cuidado onde o paciente está ainda mais vulnerável devido à ocorrência do erro.

Freitas et al (2005) enfatizam que a responsabilidade perpassa a dimensão ética dos direitos e deveres, tanto do profissional de enfermagem quanto da própria instituição de saúde, tendo em vista a obrigação de zelar pela segurança e integridade do paciente.

Os discursos dos enfermeiros, confirmam novamente os achados em outras pesquisas que apontam que as condutas prioritárias dos enfermeiros foram a de comunicar à equipe médica e intensificar os controles com o paciente (PADILHA, 2002; SANTOS; PADILHA, 2005).

Canineu et al (2006) reforçam que o respeito ao ser humano deve nortear a conduta profissional. Pessini e Bertachini (2004) ressaltam que o cuidar humanizado implica em dar qualidade à relação profissional de saúde-paciente. Implica, por parte do profissional, a compreensão do significado da vida, a capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro.

Subcategoria IV b: Conduta institucional

Nesta subcategoria os enfermeiros discorrem sobre a necessidade da notificação, de informar à chefia o mais breve possível e elaborar relatório descrevendo a ocorrência do erro. Ressaltam que os profissionais envolvidos podem ser chamados a dar esclarecimentos sobre a ocorrência e, destacam ainda que a partir da formalização da comunicação da ocorrência, outras medidas poderão ser desencadeadas:

“O que acontece? Notificação, né? Por escrito, chama os profissionais envolvidos para que se esclareça o caso. É sempre esse o... o... mecanismo” (E2)

“O que mais acontece é o que a gente vê aqui hoje: sempre quando é o técnico, a gente avisa o enfermeiro chefe” (E3).

“Esse caso eu levei pra chefia, porque o médico também estava lá. Ele passou pro colega dele, eles são super unidos. Eu acho melhor conversar pra não ficar chato. Comuniquei o meu chefe, né? Assim não terá problema, pra depois ele ser a última pessoa a saber... Então até fiquei de manhã pra falar com ele” (E5).

“Tem que chegar ao supervisor e conversar e com o supervisor ver qual a conduta a ser tomada” (E6).

“Fiz um relatório por escrito e comuniquei a chefia a conduta que eu havia tomado [...] e abriu uma folha pra protocolar essa queda” (E9.)

“Depois, essa situação, eu mesmo vou ter que relatar, né? Fazer um comunicado e dar pra chefia imediata, pra ele assim... estar tomando as medidas cabíveis” (E13).

“E... e imediatamente acaba passando isso pra chefia” (E14).

A comunicação à chefia e a elaboração de relatórios demonstram as exigências burocráticas e normativas da instituição, bem como a necessidade de garantir maior monitoramento, investigação das possíveis causas do erro e condutas a serem tomadas.

A pesquisa de Padilha (2002) sobre condutas após o erro, aponta para a necessidade prioritária de comunicar a equipe médica e atender o paciente, também enfoca a comunicação da ocorrência à chefia de enfermagem do setor.

Pelo exposto anteriormente, porém, parece que nem sempre o erro é comunicado. O erro é comunicado quando este traz consequências ao paciente ou quando é visto por outro elemento da equipe; nestes casos então, faz-se um relatório e comunica-se à chefia.

As normas são necessárias para o gerenciamento dos erros, entretanto, o enfoque deste estudo é na relação do profissional com sua equipe, com o paciente, enfoque na relação humana.

A bioética, entretanto, traz no seu núcleo a idéia de que a relação humana se define em termos de responsabilidade pelo outro. Nesse sentido, a regra pode, no máximo, servir como instrumento auxiliar de avaliação de perspectivas e possibilidades, mas nunca como meio de isentar da responsabilidade pela decisão.

A bioética, como modo concreto de ocorrência de relação humana, será sempre algo vinculado à reflexão, no sentido de um contínuo esforço para ultrapassar, na vivência efetiva da relação com o outro, o patamar das regras e princípios, em direção a uma experiência real de respeito e solidariedade (LEOPOLDO E SILVA; SEGRE; SELLI, 2007).

Subcategoria IV c: Diálogo com o colaborador

Os enfermeiros destacam, nesta subcategoria, a importância de abordar o colaborador envolvido no erro, conversar com ele, ouvir o que ele tem para falar,

esclarecer os fatos, orientar e acompanhar o profissional. Apontam ainda, que esta é uma conduta a ser tomada individualmente, particularmente. E que pode ser um contraponto à punição, à bronca, sendo dependente da maneira como o profissional que cometeu o erro reage, à gravidade da situação e se trata da primeira vez ou não que o colaborador errou:

“Com o colaborador a gente senta e conversa individualmente, porque não gosto de ficar chamando a atenção de ninguém, a não ser que seja alguma coisa coletiva. Senta, conversa, expõe pra chefia o que aconteceu e normalmente, fica assim, uma conduta de advertência pela chefia. A gente só reporta pra chefia, porque é ele que vai resolver o que vai ser feito. Mas, nessa parte de conversar, ver onde errou, e porque errou, eu acho que cabe a mim, que estou na frente da equipe. Então, acho que vai muito de cada enfermeiro. Na minha equipe essa é a forma como eu trabalho. É às vezes eu nem preciso chamar pra conversar, porque a gente trabalha com equipe fechada” (E1).

“O que mais existe é de conversar mesmo. Sabe, principalmente é o verbal, que nem sempre sai escrito. Mas assim, a comunicação é essa daí. Porque às vezes só do chefe conversar, esclarecer os fatos, resolve o problema ali. Nem vai adiante, né?” (E2).

“Depois a gente conversa com o técnico pra ver o que aconteceu. [...] Conversar, ver quem foi o profissional, saber como é esse funcionário. Aqui nós estamos a mais de 1 ano trabalhando juntos. É uma equipe muito afinada, todo mundo se conhece. Então, se aconteceu com algum da minha equipe, eu vou conversar com ele” (E3).

“O ideal é sentar e conversar a respeito e rever a situação pra que não ocorra novamente” (E4).

“A conduta é essa, nunca chamar a atenção na frente de todo mundo. A pessoa se sente reprimida, né? Não sei, acho que a gente tem que conversar e a pessoa ir melhorando...” (E6).

“Eu vou conversar, vou ver o que realmente aconteceu, vou estar orientando e depois por último vai ser o acompanhamento” (E11).

“Conversar diretamente com ele, né? Ele expor né? O que aconteceu e se o caso for de repente de falta de conhecimento, aí assim estar passando pra... pra... parte que seria... a educação continuada pra fazer uma reciclagem dele [...] Mas se for uma conduta que ele tivesse tomado, de uma atitude que foi eheheh... assim de momento de distração ou descuido, aí a gente teria que estar conversando, ou mesmo, de repente, levar pra chefia e discutir junto com a chefia. Analisava o caso pra não precipitar” (E13).

“Tem outros que dão broncas no funcionário. Eu acho que não é por aí. Eu acho que quando é a primeira vez não é pra dar bronca não! E sim orientar. Primeiro a gente tem que ver o que foi feito de errado [...] Então, logicamente a orientação, mesmo eu dando, eu comunico a chefia: aconteceu certa coisa, eu orientei. Mas numa outra oportunidade... vai ter um preço maior. [...] Primeiro eu tento resolver as coisas com eles. Mas geralmente é uma conversa individual, não vou gritar com o funcionário” (E14).

É interessante notar a conduta desejada e/ou praticada pelos enfermeiros em ocorrências de erro. Parece correto supor que esta forma de tratar possa tomar um rumo protecionista, mas por outro, parece também fundamental reconhecer o apoio afetivo que daí deriva, oferecendo incentivo para a superação do erro e de suas causas. Esta ambivalência faz parte do ser humano, e o modo ético de lidar com ela sugere desdobrar ao máximo a riqueza relacional que possa contribuir para a superação do erro.

Em geral, diante de práticas duvidosas como é o caso do erro, as equipes assumem posturas questionadoras, tanto em relação a si próprias como com a equipe envolvida, ficando evidenciada a ênfase na necessidade do diálogo, da co-responsabilidade e do trabalho construído em equipe, como forma de produzir um maior comprometimento do todo em benefício do paciente (SELLI, 2002).

O diálogo abre espaço para reflexão, que na bioética tem uma dimensão significativa. Segundo Anjos (2007), as questões da ética nas práticas dos profissionais da saúde se encontram com outras questões levantadas por outros saberes, que dizem respeito à construção da subjetividade humana e suas relações sociais e ambientais.

Numa atitude bioética espera-se, por exemplo, que um enfermeiro ajude sua equipe a reconhecer e corrigir um erro, a evoluir nos seus conhecimentos, a resolver

um problema. Entretanto, ao mesmo tempo não se pode encobrir um erro e com isso prejudicar o paciente, o prestígio da profissão ou a imagem da instituição (VIEIRA, s.d.).

A primeira conduta do enfermeiro com relação ao colaborador envolvido no erro é a de conversar, dando oportunidade para que o mesmo exponha o ocorrido e orientar evitando que o erro se repita. Esta conduta é uma tendência estimulada onde se quer trabalhar com uma cultura que busca a prevenção do erro, ou seja, a segurança do paciente. Porém, no mesmo estudo, os sujeitos demonstram ambivalência com as medidas de punição que adotam. As condutas com relação ao colaborador então, tomam duas direções: uma pedagógica, onde o diálogo leva a repensar a prática e aprender com o erro; outra punitiva, onde parece ter que “prestar contas” sobre a ocorrência do erro, onde uma norma foi violada, onde possa “aprender” através do medo de punição. Isto se completa a seguir.

Subcategoria IV d: Medidas punitivas com o colaborador

Na abordagem do colaborador, os enfermeiros também apresentam condutas onde ao mesmo tempo em que demonstram a preocupação em ouvi-los, também expressam a aplicação de medidas punitivas, de advertências, suspensão, até demissão, dependendo do erro cometido:

“Aí toma-se condutas tipo: punições, às vezes tem desde uma advertência verbal, a escrita, uma suspensão, uma demissão... que seria muito mais grave. Depende muito da instituição também, né? [...] Eu acho que dependendo das situações deve existir mais rigidez, sabe? E punições. Porque infelizmente o ser humano ele só... nem sei te dizer a palavra certa... mas assim, enquanto não doer em você mesmo, ahhhh tudo bem! Deixa pra lá! Sabe assim? Tem que doer. Sabe tipo: quando dói no bolso? Quando dói na pele? Sabe? [...] Suspensão! Levanta-se o processo... teve falha aqui, ali... e não é pra acontecer, e aconteceu? Suspensão, advertência, rua! Então isso faz com que as pessoas tenham mais envolvimento. Ou, pelo menos medo. Ou mais responsabilidade. Sabe? Ou mais zelo pelo trabalho. Então a instituição não pode ser muito maleável. Tem que haver punições” (E2).

“Dependendo do caso pode até acontecer uma... uma... advertência. Devido... as conseqüências serem menores do que o ocorrido, né? Então... só... foi uma advertência verbal” (E7).

“O profissional vai variar muito. Eu, eu teria condutas diferentes frente algumas coisas, entendeu? Acho que um erro desses é um erro passível do funcionário ser advertido, se necessário ser suspenso [...] Vamos supor, você tem um pensamento de que olha... vou aqui chamar atenção, eu vou aqui... não sei o que... adverte... enfim, até que chega a conclusão e... meu amigo, não dá mais pra você continuar aqui” (E8).

“Eles sabem, se precisar punir, eu vou pedir a punição pra eles. Mas eles já me conhecem. A gente trabalha junto a muito tempo. Essa é a liberdade que nós temos” (E10).

“Já saiu advertência, principalmente quando for caso já de reincidência. Aíí... é feito sim advertência por escrito. A princípio é verbal, eu procuro conversar com o funcionário” (E11).

“Esse funcionário vai ser orientado e se não seguiu as recomendações pode ser advertido ou verbal. E você vai ver também qual a trajetória desse funcionário, né? Entendeu? Muitas vezes você não avalia a coisa separadamente” (E12).

Aqui voltam as questões do ambiente, variável entre diferentes instituições, que se cultiva nas relações e na instituição para se lidar com o erro e as condutas que se estabelecem. As condutas punitivas também parecem apontar para uma função preventiva e pedagógica, antes de serem punitivas, pois ter ciência sobre a possibilidade de punição, desperta a atenção para o cuidado.

Gandhi, Kaushal e Bates (2004) mostram que a rigidez extrema de comportamento, estimulada por culturas organizacionais hierárquicas ou autoritárias, pode suprimir a habilidade de uma instituição para lidar com erros. Os líderes precisam acreditar numa cultura não punitiva, que aplique uma abordagem sistêmica do erro. E os membros da equipe, por sua vez, devem se sentir seguros ao informar os erros e entender que estes ocorrem muito mais frequentemente porque o sistema é ruim e não por causa de pessoas ruins.

As melhorias devem acontecer de forma pró-ativa e rotineira, através do diálogo, como parte de medidas permanentes que visem à melhoria da assistência e prevenção do erro.

5.2.4 Categoria V: Sentimentos provocados pelo erro.

Nesta categoria, os enfermeiros descrevem o sofrimento que envolve a ocorrência do erro, marcada por sentimentos de angústia e preocupação com o paciente, culpa pela falha cometida, medo de perder o emprego. Apontam ainda a necessidade de serem ouvidos por alguém, terem respaldo da instituição e da chefia:

“Fiquei muito preocupada com esse paciente, fiquei... voltei minha atenção só pra ele. Na UTI eu tinha 5 leitos, os outros estavam mais estáveis então, eu fiquei o tempo todo ao lado dele, monitorizando e tudo... e fui pra casa muito preocupada mesmo! Fiquei mal” (E3).

“A gente só observa e vê. Por quê? Acho que isso também por medo de punição, alguma coisa do tipo. [...] E daí eu vivo falando, mas assim, eu acho que tem esse medo mesmo: de punição, de ser mandado embora, justa causa...” (E5).

“ Ehhhh... com medo de perder o emprego, né? Não mais do que isso: por receio de perda do emprego” (E7).

“Depois de alguns dias ela voltou por rebaixamento de nível de consciência. Aí todo mundo ficou naquela angústia. Foi por causa da queda! [...] Até então a gente ficou naquela aflição, naquela anguuustia. [...] E o funcionário estava com medo de ser mandado embora... eu disse: calma não é assim! “(E9).

“Então nesse ponto como profissional, como pessoa, eu fiquei... eu fiquei vários dias assim, com o lado emocional muito abalado. Até hoje eu falo e ainda me abalo. Porque era um paciente que estava em POi de cirurgia cardíaca” (E10).

“E aí foi aquele corre-corre, porque ninguém estava preparado assim... os técnicos que estavam lá estava com quadro reduzido... Graaaças à Deus o paciente não veio a óbito! Mas é uma coisa assim que me deixou muito em pânico!”(E13).

“Ela ficou com angústia total, eu via a angústia dela... ficava deprimida, pensava só naquilo... não parava de chorar [...] É uma coisa que abala muito o profissional e aí eu imagino como a pessoa se sente por dentro. Você carrega uma culpa, assim... por muito tempo!” (E13).

Também para esta categoria, vários estudos apontam os mesmos sentimentos expostos nas falas dos sujeitos desta pesquisa. Os sentimentos mais referidos nos estudos recaem sobre: preocupação, angústia, culpa, medo, vergonha, pânico (PADILHA, 1998; CARVALHO; CASSIANI, 2002-a; ROSA; PERINI, 2003; SANTOS et al 2007, LUNARDI, et al 2007).

O enfermeiro deve estar ciente que na vigência de um erro é interessante para a instituição ter quem se assuma culpado, pois certamente minimizará sua responsabilidade nas falhas existentes (PADILHA, 2004).

Novamente se faz necessária a visão sistêmica do erro, contextual, uma vez que se trata de um evento multidimensional, que envolve a participação de vários atores.

Eticamente falando, a responsabilização, e não a culpa, é o conceito mais adequado, pois com ela se traz de volta a necessidade de recompor o “dever ser” na ação. Os sentimentos que acompanham a exigência ética da responsabilização podem exatamente colocá-la em segundo plano ou mesmo desvirtuá-la por um caminho simplesmente punitivo.

Não se pode deixar de considerar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem que, conforme a interpretação dada, pode contribuir para fortalecer o processo de culpabilização, uma vez que pouco ou nada leva em conta a vulnerabilidade e falibilidade do profissional. A exemplo dos Art 12 - “Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”; Art 38 – “Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada

individualmente ou em equipe” e Art 40 – Posicionar-se contra falta cometida durante o exercício profissional, seja por imperícia, imprudência ou negligência”.

A partir do momento que o profissional tem que garantir a assistência livre de dano e este ocorre, ele assume a culpa sem avaliar as situações que fogem à sua competência ou à sua intervenção, e acaba se predispondo ao risco, negligenciando sua proteção.

A culpa e o medo são sentimentos que demonstram a fragilidade (que é uma condição do ser humano) e a vulnerabilidade (possibilidade de ser ferido em sua fragilidade) dos profissionais perante a ocorrência do erro. Normalmente, o que se observa é uma preocupação de se achar o culpado e responsabilizá-lo pela ocorrência e, portanto, o foco da análise é no indivíduo que errou.

É importante lembrar que o erro se dá numa rede de relações, portanto não deve ser visto de uma forma individual, nem somente técnica, mas sim, relacional e buscar uma compreensão integral dessa realidade.

A ética colabora exatamente no discernimento do “dever ser”; mas isto não significa desconhecer a fragilidade do agente. Por isto mesmo, pela ética é mais adequada a responsabilização do que a culpabilização. O profissional através do respeito pelos direitos do paciente, à sua dignidade, à sua autonomia, reconhecendo-se falível e vulnerável, deverá superar o erro e aprender com o mesmo e assim prevenir que novos acontecimentos ocorram.

Estudos apontam para uma necessidade de uma prática humanitária, onde o profissional se permite ser humano, sentir-se em relação com um outro também humano, manifestar a sua sensibilidade, criar empatia, estabelecer relação sujeito/sujeito e, dessa forma, tornar o cuidado humanizado (SELLI, 2003). Bellato e Perreira (2005) corroboram com esta autora e enfatizam que a empatia precisa ser componente fundamental de uma prática ética, advinda de um olhar ético, que considera o outro que é cuidado como alguém igual a mim, ou seja, somos sujeitos em uma relação simétrica, sendo o outro portador dos mesmos direitos que eu. É a partir dessa visão que se torna possível ao profissional desenvolver uma prática mais acolhedora para aqueles que se apresentam vulneráveis quando se colocam sob seus cuidados.

A necessidade de respaldo também aparece nos discursos como um apelo, solicitação de ajuda e amparo, numa demonstração de vulnerabilidade do profissional:

“Tem que ter uma pessoa que vai, estar te ouvindo... acho que é o principal de tudo” (E1).

“Então assim... era uma responsabilidade muito grande... que eu não tinha nenhum respaldo!” (E13).

Os relatos identificam a necessidade do profissional por atenção e valorização de sua prática e ter condições de desenvolver o cuidado.

Anjos (2006) enfoca que, particularmente para a bioética latino-americana, a vulnerabilidade como carência do outro (visão antropológica) enfatiza a compreensão da vulnerabilidade como um clamor por ajuda e, conseqüentemente, o respeito à autonomia não se limita a atitudes passivas, mas implica em mútua ajuda para o enfrentamento das insuficiências e para a construção da real autonomia.

5.2.6 Categoria VI: O aprendizado através do erro

Os relatos dos sujeitos trazem a importância da reflexão e da discussão com os envolvidos na situação do erro, bem como a divulgação da ocorrência para toda equipe, utilizando, desta forma, o erro como exemplo, como forma de educação em serviço, para que o mesmo não se repita e como forma de crescimento profissional. Os enfermeiros também apontam em suas falas, as mudanças ocorridas nas rotinas ou protocolos institucionais, após a ocorrência do erro, objetivando a prevenção de novos erros.

A grande maioria dos entrevistados encontrou no erro uma oportunidade de aprendizagem.

As falas dos sujeitos supõem uma disposição ou atitude construtiva em verificar o porquê se está errando. Esta atitude depende além do caráter pessoal, também do

ambiente que se dispõe para “sentar e conversar” o que permite implementar melhorias:

“Errei, foi por isso... por isso... por isso. Aí, a gente tenta melhorar, pra ver o porquê que está errando, né? E a gente está tentando evitar que o erro aconteça. Então, normalmente a gente senta, conversa. Oh, não está legal, olha o que aconteceu, vamos mudar, mudar a dinâmica e ver o que a gente pode fazer, evitando que os erros aconteçam. Aí, depois de um tempo, até mudou o protocolo, acho que melhorou porque agora diminui a chance” (E1).

“A gente, agora, está marcando com caneta marca-texto todas as prescrições diferentes” (E3).

As falas também apresentam uma convicção de que o ambiente punitivo leva a abafar, ocultar o erro e conseqüentemente dificulta a aprendizagem:

“Se você sentar e conversar sobre a situação e divulgar... É diferente de você abafar. Vai acontecer com outro igualzinho. [...] Então, por isso é interessante que você converse a respeito do erro e não simplesmente... punir ou abafar o caso. Aqui, normalmente, a gente conversa muito, muito! Justamente por conta disso. Isso serve pra gente crescer cada vez mais. É com o erro que a gente aprende!” (E4).

É interessante notar a consciência de grupo na compreensão e enfrentamento do erro. Porém, os enfermeiros reforçam que, para ocorrer esse enfrentamento, é necessário que todos sejam verdadeiros, o que dependerá do caráter de cada um:

“Fazer um levantamento também sobre erro, todo mundo escrevia pra ver onde está acontecendo: se é falta de atenção, se é o plantão atribulado, se é na hora da emergência. Só que pra isso acontecer, todo mundo tem que ser verdadeiro. E é esse o problema... É um assunto bem complicado” (E5).

A memória também tem uma função muito importante para o aprendizado sobre o erro. Ela carrega consigo o conjunto em que o erro ocorre e as características concretas do sujeito e dos profissionais nas situações vividas:

“Então assim... até hoje a gente brincou que tinha outro paciente que queria ir andando até o banheiro. Falei não! Lembra daquele paciente? Pelo amor de Deus! [...] Mas mesmo assim, isso marcou tanto pra mim quanto pra ele, e qualquer paciente que vai até o banheiro e briga com a gente “eu vou andando!”, a gente fala: “não... não vai”, a gente se recorda dessa senhora, entendeu?” (E9).

Os enfermeiros abordam também a necessidade e a importância de investigar e analisar todo o contexto: onde ocorreu o erro, como aconteceu, por que aconteceu, com qual frequência ele ocorre. Os sujeitos relatam que, às vezes, o erro ocorre no setor, com a enfermagem, porém múltiplos fatores colaboraram para que o mesmo acontecesse. Esta análise pode contribuir na identificação da causa e prevenir novos acontecimentos:

“Mas... ehhh... quando se avalia e a coisa ocorre com frequência é necessário procurar o grupo e treinar o grupo novamente pra aquilo não acontecer novamente, entendeu? [...] Analisar a situação, porque às vezes o erro aconteceu aqui, mas teve uma corrente que veio de longe. Talvez achem que o erro principal foi aqui e não foi. Quando tem a Comissão, eles deixam claro que o interesse não é a punição, mas qual a mola propulsora. Muitas vezes quando começa o processo de investigação do erro, na realidade, ele acabou acontecendo aqui, mas foi a gota d’água... quando vai ser avaliado, vê que muitos outros fatores possibilitaram aquele erro”(E12).

“Olha, primeiro faz a gente sentir que precisa analisar. Por que houve esse erro? A falha a princípio foi minha, tá? Porque eu não orientei direito o funcionário“ (E14).

O erro por si só não leva a nada se não for seguido de uma reflexão para revelar as causas e poder corrigi-las. Os erros levam a refletir, a perguntar o porquê dos fatos e dos processos, a examinar os fracassos das estratégias. É aí que reside seu lado positivo: o erro não pode ser tomado como objetivo ou meta em si, mas como um obstáculo provocativo que temos que superar. Desse modo, levado à prática, quer dizer que não só é preciso conhecer o que saiu bem, como mostrar os erros cometidos, já que se pode aprender tanto com os erros como com os acertos. (LA TORRE, 2007)

Para Kuhn (2002) a solução é aprender com os erros, redesenhando o sistema e não por meio de punições individuais, e sim, criando uma cultura de segurança que permita uma possibilidade contínua de gerenciar os riscos.

Segundo Carvalho (2001), o erro, paradoxalmente, pode ser uma forma de corrigir, aprender e avançar. Portanto, a conduta ética ante o erro é buscar as causas, tratar e evitar novos erros e reduzir os riscos, bem como ressaltar a importância de abordar o aprendizado com os erros na formação dos profissionais de saúde.

Quanto aos aspectos bioéticos que deverão ser considerados, é importante apontar também a atitude construtiva e a consciência de trabalho em grupo, onde os profissionais devem ser estimulados a se tornarem mais ativos, críticos e reconhecer no erro a oportunidade de aprendizado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na prática diária dos profissionais de enfermagem, em especial nas UTIs, o erro é uma situação presente e relativamente frequente no processo de cuidar.

Este trabalho possibilitou estudar o erro em procedimentos de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI), sob a ótica da bioética.

Os referenciais bioéticos foram abordados de maneira transversal ao longo de toda pesquisa, pois foi considerada a bioética como base de sustentação das discussões, onde todas as condutas dos profissionais incidem uns sobre os outros.

O modo de vida contemporâneo parece impor um cotidiano que, na maioria das vezes, se incompatibiliza com reflexões relativas ao agir: falta de atenção, pressa, robotização das ações, cumprimento de rotinas. Daí a dificuldade para pensar e optar de modo consciente pelos atos. É importante lembrar que o sujeito ético é cada ser humano que, preocupado com o que deve fazer se interroga juntamente com outros, sobre o sentido dos atos, as finalidades, as circunstâncias e as consequências de suas ações.

É importante, também, ressaltar que a bioética e a ética postulam uma atuação dos profissionais da saúde mais humanizada, focada na relação profissional-paciente, pois desenvolvem a possibilidade de uma atitude crítica e reflexiva, de modo sistemático, multidisciplinar, contextual sobre as escolhas a serem feitas sobre o agir.

Neste estudo, os relatos que emergiram dos enfermeiros entrevistados foram organizados em categorias e os resultados permitiram as seguintes conclusões:

- ✓ A falta de atenção na prestação dos cuidados de enfermagem apresentou-se como principal causa de ocorrência de erros, apontada pela grande maioria dos entrevistados. Esse fato é acompanhado pela pressa, mecanização, falta de comprometimento e baixa qualificação dos profissionais. Também apontaram a sobrecarga de trabalho e a necessidade de treinamento como causas do erro.

-
- ✓ Em contrapartida, os entrevistados consideraram a responsabilidade em acompanhar as atividades que estão sendo executadas por sua equipe e o envolvimento do enfermeiro com o cuidado e a gestão da assistência, como fatores que previnem o erro. Reportaram-se também ao uso de protocolos, da tecnologia da informação e de treinamento como meios de se prevenir o erro.
 - ✓ As posturas dos enfermeiros frente ao erro mais mencionadas foram: reconhecimento de ser falível; reconhecimento do erro e sua comunicação e omissão do erro.
 - ✓ Priorizar a assistência ao paciente na tentativa de minimizar o dano causado pelo erro, comunicar à chefia e fazer relatório da ocorrência foram descritos como condutas adotadas pelos enfermeiros após a ocorrência de erro. A maioria dos entrevistados também salientou a conduta com os colaboradores: diálogo e punição.
 - ✓ Os sentimentos provocados pelo erro mais relatados pelos entrevistados foram: angústia, preocupação, culpa, medo, necessidade de respaldo da instituição e da chefia.
 - ✓ O aprendizado através do erro foi destaque nas falas dos enfermeiros, onde apontaram para a necessidade de reflexão e discussão sobre a ocorrência do erro, para que o fato não se repita.

Os achados da pesquisa formaram a base para as considerações apontadas sob a ótica da bioética, que são destacados a seguir:

- **O erro tem um ambiente** – Uma percepção bioética do erro sugere situá-lo primeiramente no contexto ou ambiente em que se dá. Isto significa não reduzi-lo imediatamente ao profissional que erra, mas admitir a hipótese de que ele possa ter origens também sociais e institucionais, além dos limites individuais. Este ambiente diz respeito não apenas às origens do erro, mas também às formas de recepção de sua ocorrência, como se verá adiante. A consciência sobre tal ambiente parece fundamental para todo o processo ético de lidar com o erro.

A fragilidade da estrutura hospitalar, caracterizada pela sobrecarga de trabalho, devido ao número insuficiente de profissionais para atender à demanda do serviço e

à falta de treinamento adequado, seja pela pouca oferta de programas de treinamento ou pela dificuldade na participação dos treinamentos, corrobora com a vulnerabilidade dos profissionais, embora estes nem sempre se percebam vulneráveis desta forma.

- Diante do erro, mais vale a responsabilização que a culpabilização – A culpabilização é um processo frequente diante do erro, determinando um ambiente punitivo. Os mesmos enfermeiros também, às vezes, punem os colaboradores, dependendo do erro cometido, cumprindo com um “ritual de expiação” pela norma violada. É um ambiente ainda cultivado nas organizações, onde prevalece a cultura punitiva, autoritária e hierárquica. A culpa e o medo são sentimentos que demonstram a fragilidade (que é uma condição do ser humano) e a vulnerabilidade (possibilidade de ser ferido em sua fragilidade) dos profissionais perante a ocorrência do erro. Entretanto, para a ética, a responsabilização - e não a culpa - é a atitude mais adequada para enfrentar o erro; pois com ela se traz de volta a necessidade de recompor o “dever ser” na ação. Culpabilização e punição favorecem um clima de medo e, conseqüentemente, a ocultação do erro. Ao contrário, a responsabilização propicia um processo dinâmico construtivo da responsabilidade institucional e individual. A responsabilidade da instituição e do profissional é o grande ponto de reversão do erro. Ela ultrapassa a esfera deontológica e resgata a consciência de que seu ato reflete no outro, que é igual a ele.

- O paciente, em sua vulnerabilidade, é o foco da responsabilidade no erro – A vulnerabilidade do paciente, muitas vezes totalmente fragilizado no leito de uma UTI, inconsciente ou sedado, sem poder participar do processo de seu cuidado, é o grande foco da responsabilidade da instituição e dos profissionais.

O estudo revela a consciência que os profissionais têm deste foco. Daí a importância do profissional em reconhecer tal responsabilidade e realizar um cuidado autêntico, refletindo sobre seus atos e respeitando a dignidade da pessoa sob seus cuidados. O enfermeiro deve estar atento aos cuidados prestados aos pacientes sob sua responsabilidade. Seja este cuidado realizado por si mesmo ou

por sua equipe. Cuidar, sob a perspectiva bioética, é uma atitude responsável que implica em assumir a vulnerabilidade do paciente, dentro dos limites da própria fragilidade. O resgate dos valores humanos decorre de uma assistência humanizada, realizada por profissionais que buscam a competência técnica, científica e humana integral, como exigência do cuidar do outro com dignidade.

- A responsabilidade diante do erro supõe o reconhecimento das próprias vulnerabilidades – O erro é expressão de uma vulnerabilidade do sujeito agente, institucional ou individual. A busca do reconhecimento das próprias vulnerabilidades é uma condição para se assumir a responsabilidade diante do erro. O estudo também indica o reconhecimento das limitações humanas, pelo qual os enfermeiros se reconhecem falíveis e, portanto, sujeitos a cometerem erros. Este reconhecimento é a base da sabedoria para se trabalhar com o erro. Reconhecer que *“Errare humanum est”* possibilita que o profissional se perceba vulnerável na realização de procedimentos de enfermagem durante sua prática diária. Ao contrário, o profissional que ignorar a vulnerabilidade, sua e do paciente, pode cometer falhas por menosprezar suas possibilidades de erro ou por dificultar com isto um posicionamento construtivo diante do erro. É importante também este reconhecimento se dar por parte da instituição (representados por suas lideranças), para propiciar um ambiente favorável à cultura da segurança e da prevenção do erro e não de punição.

- A consciência da própria vulnerabilidade conduz à atitude de prudência e a medidas de prevenção – O estudo mostra que os profissionais reconhecem não ser humanamente possível manter sempre a atenção no mesmo grau de acuidade, o que os expõe à possibilidade de erro. Este fato realça a necessidade de uma atitude de prudência que se traduz em cautela diante de rotinas. A prevenção do erro é uma exigência ética fundamental, que foi enfatizada pelos profissionais em termos de treinamento. O treinamento, de modo geral, convém que contemple também as formas de lidar com as próprias vulnerabilidades e limites dos profissionais, e não se atenha apenas a aspectos técnicos. Os sujeitos reconhecem que a baixa qualificação dos profissionais e o treinamento insuficiente corroboram

com o erro, enquanto uma equipe capacitada e treinada pode contribuir com a prevenção do mesmo. Particularmente na UTI, o constante avanço tecnológico e científico se faz presente com uma velocidade muito grande e os profissionais não estão conseguindo acompanhar o avanço no ritmo desejado, de forma a garantir seu uso de maneira segura. Vale ressaltar que o cuidado técnico pode ser ensinado e/ou treinado, porém o cuidado relacional necessita ser vivido, através da relação que se estabelece entre profissional-paciente-família.

- Assumir o erro com responsabilidade supõe condições éticas nas relações entre as pessoas envolvidas - O reconhecimento e a comunicação do erro demonstram a autonomia do sujeito para agir de maneira responsável e prudente. Porém, quando o erro não provoca danos ou não é percebido por terceiros, os sujeitos omitem o erro. Isso nos leva a pensar que a cultura punitiva ainda é vigente, embora prevaleça em muitos casos o diálogo. Parece justo dizer que relatar o erro exige uma relação de confiança que deve ser estabelecida entre profissional-paciente-instituição. Tal confiança não representa convivência, mas ao contrário, permite o diálogo que abriga a reversão do que é possível no erro. Os enfermeiros ao agirem frente à ocorrência do erro, priorizam a conduta com o paciente, reforçando os aspectos de responsabilidade e prudência; informam à chefia e emitem relatórios, cumprindo com normas burocráticas necessárias para garantir o monitoramento e investigação do erro; e abordam o colaborador envolvido no erro para conversar e esclarecer os fatos relacionados à ocorrência. Essa conduta é uma tendência nas práticas onde se trabalham com a cultura da segurança do paciente. Percebe-se, desta forma, como em tais condições o erro desencadeia atitudes responsáveis das pessoas envolvidas na relação.

- Aprender com o erro supõe um processo de humanização do erro em relações interativas - As vivências dos enfermeiros apontam para o aprendizado através do erro. Tal aprendizado depende de vários fatores que podem ser entendidos como um processo de humanização nas relações entre as pessoas que a ele se relacionam. O fato do ser humano errar se coloca, no fundo, como um desafio antes de tudo para o grupo ou equipe que assume a responsabilidade do

cuidado. O aprendizado começa antes do erro acontecer, através do preparo profissional, de atitudes de prudência e de prevenção; e mais proximamente também pelo preparo de um ambiente propício a que o erro possa ser manifestado, discutido e transformado em lição. Um ambiente de responsabilidade coletiva e de confiabilidade é fundamental para que se possa desenvolver a reflexão e a discussão com os envolvidos na ocorrência do erro, e mesmo com a equipe, utilizando deste modo o erro como forma de educação, para que o mesmo não se repita, e como forma de crescimento profissional e pessoal. A memória de detalhes que acompanham o erro será útil para enriquecer as conjunturas subjetivas em que este se dá e que desafiam a responsabilidade. Com tudo isto, não se descarta diante do erro alguma conveniência de medidas disciplinares e sanções; estas, de qualquer forma, se caracterizarão em tal contexto mais claramente por uma função educativa do que punitiva.

Evidencia-se que o desafio está em humanizar o tratamento do enfermeiro e da equipe diante da ocorrência de erro, bem como superar os sentimentos de culpa e medo do relato. As instituições que propiciarem condições ideais de trabalho (estrutura física, recursos humanos e tecnológicos, investimento em treinamento) e abrirem espaço para o diálogo com os profissionais envolvidos no cuidado direto ao paciente, estabelecerão uma parceria importante na prevenção do erro e na promoção da segurança dos pacientes.

O que se propõe é repensar a prática de enfermagem pautada na bioética, recorrer à análise do erro focada também nas relações entre os envolvidos. Lembrar que o erro se dá numa rede de relações, portanto não deve ser visto de uma forma individual, nem somente técnica, mas principalmente relacional, e buscar, desta forma, uma compreensão integral da realidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M de. Comentário sobre os princípios fundamentais da bioética – perspectiva médica. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. (Org.). **Fundamentos da bioética**. 2.ed. São Paulo: Paulus, 2002. p 56-67.
- ANJOS, M. F. dos. O corpo no espelho da dignidade e da vulnerabilidade. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v.29, n.3, p.325-335, jul./set. 2005.
- ANJOS, M F. dos. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. **Revista Brasileira de Bioética**, v.2, n.2, p.173-186, 2006.
- ANJOS, M. F. dos; SIQUEIRA, J. E. (Org.). **Bioética no Brasil: tendências e perspectivas**. Aparecida, SP: Idéias e Letras; São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, 2007.
- AQUINO, T. de. **A prudência – a virtude da decisão certa**. Tradução direta do latim de Jean Lauand. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTHCARE. **Sentinel Health Events**. 2006. Disponível em: <www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/former-pubs-lp>. Acesso em: 10 dez. 2008.
- BACKES, D. S.; KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. **Revista Latino-Am de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.1, p.34-41, jan./fev. 2007.
- BARCHIFONTAINE, C. P. Vulnerabilidade e dignidade humana. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.30, n.3, p.434-447, jul./set. 2006.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004
- BARRETO, M.N.C.B.; KURAMOTO, B. A bioética e o erro humano. In: HARADA, M.J.C.S. et al. **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu, 2006.

BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. F. . **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BELLATO, R.; PEREIRA, W. R. Direitos e vulnerabilidade: noções a serem exploradas para uma nova abordagem ética na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.14, n.1, p. 17-24, jan./mar. 2005.

BOEMER, M. R; SAMPAIO, M A. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.2, p.33-38, abr. 1997.

BOHOMOL, E. **Erros de medicação**: causas e fatores desencadeantes sob a ótica da equipe de enfermagem. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2002.

BOHOMOL, E. **Erros de medicação em unidade de terapia intensiva geral de um hospital universitário do município de São Paulo**. Tese (Doutorado)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.

BOHOMOL, E; RAMOS, L H. Erros de medicação: causas e fatores desencadeantes sob a ótica da equipe. **Acta Paul. Enf.**, v.16, n.2, p.41-48. abr./jun. 2003.

BULHÕES, I. **Os anjos também erram**: mecanismos e prevenção da falha humana no trabalho hospitalar. Rio de Janeiro: O Autor, 2001.

CANINEU, C. et al. iatrogenia em medicina intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 18, n.1, p.95-98, 2006.

CARVALHO, A. Consideraciones éticas sobre el error en medicina. **Revista Méd. Chile**, Santiago, v.129, n.12, p.1463-1465, dec. 2001.

CARVALHO, M.; VIEIRA, A. A. Erro médico em pacientes hospitalizados. **J. Pediatr.**, v.78, n.4, p. 261-268, 2002.

CARVALHO, V. T. ; CASSIANI, S. H. B. Análise dos comportamentos dos profissionais de enfermagem frente aos erros na administração de medicamentos. **Acta Paul. Enf.**, v.15, n.2, p.45-54, abr./jun, 2002a.

CARVALHO, V. T.; CASSIANI, S. H. B. Erros na medicação e conseqüências para os profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n.4, p.523-529. jul./ago. 2002b.

COHEN, C. Por que pensar bioética? **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, São Paulo, v. 54, n.6, p.473-474, nov./dez. 2008.

COIMBRA, J. A. H. C. Prevenção e detecção de erros de medicação. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, Supl, p.142-148, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n° 311/2007. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. Disponível em: <[www.http://corensp.org.br/resoluções/Resolução](http://corensp.org.br/resoluções/Resolução) > Acesso em: 20 jan. 2009.

DURAND, G. **Introdução geral à bioética**: história, conceitos e instrumentos. Tradução de Nicolas Nyimi Campanário. São Paulo: Loyola, 2003.

ENCYCLOPEDIA of Bioethics, 2.ed. New York: Macmillan, 2004. v.1, .p..XI.

ESPERIDIÃO, E.; MUNARI, D. B.; STACCIARINI, J. M. R. Desenvolvendo pessoas: estratégias didáticas facilitadoras para o autoconhecimento na formação do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.4, jul./ago. 2002.

FERREIRA, A.B.H. **Aurélio séc XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, B. W. Análise de conteúdo. **Aletheia**, n.11, p. 13-20, jan./jun. 2000.

FERRER, J. J.; ÁLVAREZ, J. C. **Para fundamentar a bioética**: teorias e paradigmas teóricas na bioética contemporânea. São Paulo: Loyola, 2005.

FORTES, P. A. C. **Ética e saúde**: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de caso. São Paulo: EPU, 1998. p.25-35

FRANÇA, B. H. S. Responsabilidade civil do profissional de saúde. In: ANDRADE, U C. **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p.198-204.

FREITAS, G. F. et al. Direitos do paciente com base nos princípios da bioética principialista. **Rev. Paul. Enf.**; v.24, n.4, p.28-32, 2005.

FREITAS, G. F.; OGUISSO, T.; MERIGHI, M. A. B. Ocorrências éticas de enfermagem: cotidiano de enfermeiros gerentes e membros da comissão de ética de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.4, p.497-502, jul./ago, 2006.

FREITAS, G. F.; OGUISSO T. Perfil de profissionais de enfermagem e ocorrências éticas. **Acta Paul. Enf.**, v.20, n.4, p.489-494. out./dez. 2007.

GANDHI, T. K.; KAUSHAL, R.; BATES, D. W. Introdução à segurança do paciente. In: CASSIANI, S. H. B.; UETA, J. **A segurança de pacientes na utilização de medicação**. São Paulo: Artes Médicas, 2004. p1-10

GANDOLPHO, M. A.; FERRARI, M. A. C. A enfermagem cuidando do idoso: reflexões bioéticas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.30, n.3, p.398-408, jul./set. 2006.

GRACIÁN, B. **A arte da prudência**. São Paulo: Martin Claret, 2006. p.151

GRÜN, A. **Despertar o cuidado**. Tradução de Orth E. Petrópolis: Vozes, 2005.

GUIMARÃES, M. C.; NOVAES, S. C. Autonomia reduzida e vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade. **Bioética**, v.7, n.1, p.21-24, 1999.

HACKEL, R.; BUTT, L.; BANISTER, G. How nurses perceived medication errors. **Nurs. Managem.**, v.27, v.1, p.31-34, 1996.

HARADA, M. J. C. S. A prevenção do erro humano. In: HARADA, M.J.C.S. et al. **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu, 2006.

HEBERT, P. C.; LEVIN, A. V.; ROBERTSON, G. Bioethics for clinicians. disclosure for medical error. **Canadian Medical Association Journal**, v.164, p.509-513, 2001.

HOSSNE, W. S. Bioética: princípios ou referenciais. **O Mundo da Saúde**, v.30, n.4, p.673-676, out./dez. 2006

HOSSNE, W. S. Dos referenciais da bioética: a prudência. **Bioethikos**, v.2, n.2, p185-196, 2008

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **Health care systems: patient safety**. 2002. Disponível em <[http://www.icn.ch/PS_D05_Patient%20 Safety.pdf](http://www.icn.ch/PS_D05_Patient%20Safety.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2008.

JUNGES, J. R. Bioética como casuística e como hermenêutica. **Revista Brasileira de Bioética**, v1, n1, p. 28-44, 2005.

JONAS, H. **El principio de responsabilidad**: ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona, Es: Heder; 1995.

KIPPER, D. J.; OSELKA, G. W.; AYER, R. Bioética clínica. In: ANJOS, M. F. dos; SIQUEIRA, J. E. (Org.). **Bioética no Brasil: tendências e perspectivas**. Aparecida, SP: Idéias & Letras; São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, 2007.

KOERICH, M. S. et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v15, n.spe., p.178-185, 2006.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Ed.). **To err is human: building a safer health system**. Committee on quality of health care in America, Institute of Medicine. Washington: National Academy, 2000.

KOZER, E.; BERKOVITCH, M.; KOREN, G. Medication errors in childress. **Pediatr. Clin. North Am.**, v.53, n.6, p. 1155-1168, Dec. 2006.

KUHN, A.M.; YOUNGBERG, B. J. The need for risk management to involve and assure a culture of safety. **Qual. Safe Health Care**, v.11, p.158-162, 2002.

LA TORRE, S. de. **Aprender com os erros**: o erro como estratégia de mudança. Tradução de Ernani Rosa. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LEAPE, L. L. et al. Promoting patient safety by preventing medical errors. **JAMA**, v.280, n.6, p.1444-1447, 1998

LEOPOLDO e SILVA, F.; SEGRE, M.; SELLI, L. Da ética profissional para a bioética. In: ANJOS, M. F. dos; SIQUEIRA, J. E. (Org.). **Bioética no Brasil: tendências e perspectivas**. Aparecida, SP: Idéias & Letras; São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, 2007. p 57-67.

LEPARGNEUR, H. Força e fraqueza dos princípios da bioética. In:_____. **Bioética novo conceito a caminho do consenso**. São Paulo, CEDAS;Loyola, 1996. p 55-76.

LOPES, J. C. Relação enfermeiro-instituição. In: NEVES, M. C.P; PACHECO, S. **Para uma ética da Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, [s.d.].

LUK, L. A.; NG, W.; KO K, K. S. Nursing management of medication errors. **Nursing Ethics**, v.15, n.1, p.28-39, Jan. 2008.

LUNARDI, V. L. et al. A ética na enfermagem e sua relação com poder e organização do trabalho. **Revista Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.3, p. 493-497, jun. 2007.

MADALOSSO, A. R. M. Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo no cotidiano profissional. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.3, p.11-17, 2000

MARIN, F. M. Tecnologia da informação na prevenção de erros no sistema de saúde: In: HARADA, M. J. C. S. et al. **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu, 2006. p.149-166

MARTINS, L. Beneficência e não maleficência. In: NEVES, M. C. P.; PACHECO, S. **Para uma ética da Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, [s.d.]. p. 229-235

MASSAROLO, M. C. K. B.; FERNANDES, M. F. P. Ética e gerenciamento em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. cap.2, p.14-25.

MEIRA, A. R. Bioética e vulnerabilidade: o médico e o paciente. **Rev. Assoc. Méd. Bras.** v.50, n.3, p.249-250, jul./set. 2004.

MIASSO, A. I. et al. Erros de medicação: tipos; fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. **Revista Esc. Enfermagem USP**, v.40, n.4, p. 524-532, 2006.

MINAYO, M. C. S. et al **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MORIN, E. Ciência e consciência da complexidade In: MORIN, E.; MOIGNE, J. L. L. **A inteligência da complexidade**. São Paulo: Peirópolis, 2000.

MUÑOZ, D. R.; ALMEIDA, M. de. Noções de responsabilidade em bioética. In: SEGRE, M.; COHEN, C. (Org.). **Bioética**. 3.ed. São Paulo: EDUSP, 2002, p.122-132.

NEVES, M. C. P. A fundamentação antropológica da bioética. **Bioética**, v.4, n.1, p.7-16, 1996.

NEVES, M. C. P. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Revista Brasileira de Bioética**, v.2, n.2, p.157-172, 2006.

NEVES, M. C. P. Ética, moral, deontologia e bioética: conceitos que pensam a ação. In In: NEVES, M. C. P.; PACHECO, S. **Para uma ética da Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, [s.d.]. p.145-157.

NICHIATA, L. Y. I. N. et al. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Revista Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.5, p.923-928, set./out. 2008.

NATIONAL CLINICAL ASSESSMENT SERVICE. **National Clinical Assessment Service handbook**. 4.ed. NPSA - National Patient Safety Agency, 2008. Disponível em: <www.ncas.npsa.nhs.uk>. Acesso em: dez. 2008.

NUNES, P. H. C. et. Intervenção farmacêutica e prevenção de eventos adversos. **Rev. Brás. Cienc. Farm.**, São Paulo, v.44, n.4, p. 691-699, out./dez. 2008.

OGUISSO, T. Responsabilidade ética e legal do profissional de enfermagem. In: OGUISSO, T.; ZOBOLI, E. L. C. P. **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. Barueri, SP: Manole, 2006. p 68-90.

OLIVEIRA, S.L. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. São Paulo: Pioneira Tomson Learning, 2002.

PADILHA, K. G. **Ocorrências iatrogênicas na prática de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva.** Tese (Livre-docência)- Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 1998.

PADILHA, K. G. Ocorrências iatrogênicas na UTI e o enfoque de qualidade. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.5, p.91-96, set./out. 2001.

PADILHA, K. G. et al. Ocorrências iatrogenicas com medicação em Unidade de Terapia Intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. **Rev. Enferm. USP**, v.36, n.1, p.50-57, 2002.

PADILHA, K. G. Ocorrências iatrogênicas na prática de enfermagem In: CASSIANI, S. H. B.; UETA, J. **A segurança de pacientes na utilização de medicação.** São Paulo: Artes Médicas, 2004. cap.11, p.111-121.

PADILHA, K G. Ocorrências iatrogênicas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): análise dos fatores relacionados. **Rev Paul Enf.** v.25, n.1, p.18-23. 2006.
PEPPER, G. Pesquisas em segurança na administração de medicamentos. In: CASSIANI, S. H. B.; UETA, J. **A segurança de pacientes na utilização de medicação.** São Paulo: Artes Medicas, 2004. p 93-109.

PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. Aprendendo com os erros. In: HARADA, M. J. C. S. et al. **O erro humano e a segurança do paciente.** São Paulo: Atheneu, 2006.

PESSINI, L. et al. Humanização em saúde: o resgate do ser com competência científica. **O Mundo da Saúde**, v.27, n.2, abr./maio 2003.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética.** São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2007.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos.** São Paulo: Loyola, 2004.

PETTENGIL, M. A. M.; ÂNGELO, M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.6, p.983, nov./dez. 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUINTO NETO, A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. **RAS**, v. 8, n. 33, p.153-158, out./dez. 2006.

REASON, J. **Human error**. New York: Cambridge University; 1990.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, n.320, p.768-770, 2000.

ROSA, M. B ; PERINI, E. Erros de medicação: quem foi? **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, v.49, n.3, p.335-341, jul./set. 2003.

ROSNER, F. et al. Disclosure and prevention of the medical errors. **Archives of International Medicine**, n.160, p.2089-2092, 2000.

SANTOS, J. O. et al. Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. **Acta Paul. Enf.**, v.20, n.4, p.483-488, out./dez. 2007.

SANTOS, A. E. dos; PADILHA, K. G. Eventos adversos com medicação em serviços de emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, v .58, n. 4, p 429-433, 2005.

SARTI, C. A. Intrincadas relações: o erro humano na saúde. In: HARADA, M. J. C. S. et al. **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu, 2006.

SCHIRMER, J. Ética profissional. In: OGUISSO, T.; ZOBOLI, E. L. C. P. **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. Barueri, SP: Manole, 2006. p.61-67.

SELLI, L. **Bioética na enfermagem**. São Leopoldo: UNISINOS, 1998.

SELLI, L. O cuidado no cotidiano da enfermagem: enfrentamentos e conquistas em relação à bioética e a ética. **Cadernos**, v.6, n.2, p.75-81, jul./dez. 2000.

SELLI, L. Princípios bioéticos: análise das representações dos profissionais de enfermagem. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.26, n.1, jan./mar. 2002.

SELLI, L. Reflexão sobre o atendimento profissional humanizado. **O Mundo da Saúde**, v.27, n.2, p.248-253, abr./jun. 2003.

SIQUEIRA, J. E. Ensaio sobre vulnerabilidade humana. **Revista Brasileira de Bioética**. v.2, n.2, p.220-236, 2006.

SILVA JUNIOR, W. J.; HOSSNE, W. S.; LEOPOLDO E SILVA, F. Dignidade humana e bioética. **Bioethikos**, São Paulo, v.2, n.1, p.50-64, 2008.

SOUZA, M. L.; SARTOR, V. V. B.; PRADO, M. L. Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, V.14, n.1, p.75-81, jan./mar. 2005.

TEIXEIRA, M. S. et al. Processo de trabalho de enfermagem e a dignidade dos profissionais. **Enfermería Global**, n.7, 2005. Disponível em: <<http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=2004053>> Acesso em: 07 mar. 2009.

THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JC). **National patient safety goals**. 2009. Disponível em: <www.jointcommission.org/patientsafety/nationalpatient_safetygoals>. Acesso em: 18 mar. 2009.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003

UNESCO. **Declaração usobre bioética e direitos humanos**. 2005.

VIEIRA, M. Solidariedade er. In: NEVES, M. C. P.; PACHECO, S. **Para uma ética da enfermagem**. Coimbra: Gráfica Coimbra, [s.d.].

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3.ed, Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. Resolution WHA55.18. **Quality of care: patient safety**. Resolution WHA 55.18. Quality of care: patient safety. In: 55th World Health Assembly, Geneva, May 13–18, 2002. v.1: resolutions and decisions. Geneva: World Health Organisation (WHO), 2002. (WHA55/202/REC/1). Disponível em <www.who.int/patientsafety/en/index.html>. Acesso em: 15 ago. 2008.

WINTER, M.; PIERI, C. O. Z; ROSA, F. H. Atenção concentrada de médicos em atividade de plantão. In: REUNIÃO ANUAL DA SBPC, 58., 2006, Florianópolis. **Anais...** Disponível em:
<http://www.sbpcnet.org.br/livro/58ra/SENIOR/RESUMOS/resumo_1067.html>.
Acesso em: 21 mar. 2009.

WOLF, Z. R. Medication errors and nursing responsibility. **Holist. Nurs. Pract.**, v.4, n.1, p. 8-17, 1998.

ZOBOLI, E.L.C.P.; SARTORIO, N. A. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.30, n.3, p.382-396, jul./set. 2006.

ZOBOLI, E. L. C. P. O cuidado: uma voz diferente na ética em saúde. In: SEGRE, M. **A questão ética e a saúde humana**. São Paulo: Atheneu, 2006.

ZOBOLI, E. L. C. P.; FRACOLI, L. Bioética e ação em enfermagem em saúde coletiva. In: BARCHIFONTAINE, C. P.; ZOBOLI, E. L. C. P. (Org.). **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. Aparecida. SP: Idéias e Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.

ZOBOLI, E. L. C. P.; PEGORARO, P. B. B. Bioética e cuidado: o desafio espiritual. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.31, n.2, p.214-224, abr./jun. 2007.

ZUBEN, N. A. V. Vulnerabilidade e decisão: tensão no pacto médico. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.30, n.3, p.441-454, jul./set. 2006.

APENDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, _____, do sexo _____, _____ anos de idade, RG: _____ concordo em participar da entrevista para a pesquisa intitulada "Bioética no enfrentamento de ocorrências de erros em procedimentos de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva-Adulto" desenvolvida pela mestrandia Rita de Cássia Pires Coli, do Centro Universitário São Camilo, sob orientação do Prof Márcio Fabri dos Anjos e co-orientação da Prof. Luciane Lucio Pereira. Estou informado(a) sobre seu objetivo e aceito participar da entrevista que será gravada. Recebi garantias de total sigilo e anonimato, de obter esclarecimento, se desejar, a qualquer momento, garantia de que terei liberdade de desistir dessa participação em qualquer momento da pesquisa e que terei acesso aos dados, se assim o desejar. Estou ciente de que não haverá benefício direto para o participante e que minha participação é voluntária, isenta de despesas e que não terei nenhuma compensação financeira.

Assinatura do Sujeito de Pesquisa

Assinatura da pesquisadora
Rita de Cássia Pires Coli
Tel de contato 97354882

Desejo receber o resultado desta pesquisa:

- () sim
() não

APENDICE II

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Parte I: Caracterização dos sujeitos da pesquisa:

Dados pessoais:

1. Idade:
2. Sexo:
3. Ano de graduação em enfermagem:
4. Tempo de atuação como enfermeiro (a):
5. Tempo de atuação como enfermeiro (a) em UTI:
6. Carga horária semanal de trabalho: () 36 h () 40h () 44 h () mais de 44 h
7. Vínculos empregatícios: () 1 () 2 () mais que 2

Parte II: Questões Norteadoras

5. Durante seu trabalho na UTI você já presenciou a ocorrência de erros por parte dos profissionais de enfermagem? Narre uma situação de erro que lhe chamou a atenção e resultou em dano para o paciente.
6. O que você observa que acontece, com mais frequência, diante da ocorrência de erro. Por quê?
7. Diante do erro o que seria ideal poder fazer?
4. Você tem mais alguma coisa que gostaria de falar sobre o assunto?

ANEXO I

ANEXO II

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)