

**SEGURANÇA DO PACIENTE E OS EVENTOS ADVERSOS: ERRO
PROFISSIONAL OU DO SISTEMA?
PATIENT SAFETY AND ADVERSE EVENTS: ERROR OR SYSTEM
PROFESSIONAL?**

Rosilene Alves Ferreira¹; Amanda Mendonca Wanderley Sobral Pangaio²; Robson Ramos
Bernardes³; Suzana Siqueira de Lima⁴

¹Pós – graduanda em Enfermagem do Trabalho pela UNIGRANRIO. Enfermeira do Hospital
Universitário Pedro Ernesto – HUPE/UERJ. Graduada em Enfermagem pela UNIGRANRIO.

²Pós – graduanda em Enfermagem do Trabalho pela UNIGRANRIO. Graduada em
Enfermagem pela UNIGRANRIO.

³Pós – graduando em Enfermagem do Trabalho pela UNIGRANRIO. Graduado em
Enfermagem pela UNIGRANRIO.

⁴Pós – graduanda em Enfermagem do Trabalho pela UNIGRANRIO. Graduada em
Enfermagem pela Universidade Gama Filho.

RESUMO

Este artigo tem como objeto de estudo os eventos adversos, divulgados pela mídia, envolvendo a enfermagem e a segurança do paciente. O objetivo específico deste estudo é analisar os fatos exibidos, tendo por objetivo geral identificar as etapas que culminaram ao erro e propor medidas de barreiras de prevenção aos eventos adversos. Revisão bibliográfica com caráter exploratório-qualitativa baseado em notícias divulgadas pela mídia em jornais de grande circulação. O tratamento foi feito por categorizações. A) Erros Cometidos: das 16 notícias avaliadas, 04 modalidades de erros foram identificados, sendo 07 erros de envolvendo troca de medicação, 07 erros envolvendo troca de vias de administração, 01 iatrogenia física e 01 administração de medicação tecnicamente errada. B) Erros do Processo: Em relação as notícias analisadas, as principais justificativas apresentadas frente à situação de erros são 29% armazenamento incorreto dos medicamentos; 29% as péssimas condições de trabalho; 14% a sobrecarga de trabalho; 14% o estresse e; 14% a fadiga. A equipe de enfermagem por ser responsável pelo cuidado direto torna-se o principal filtro de possíveis erros. Portanto, os erros dos processos não exime o profissional da responsabilidade, mas o sistema deve manter medidas de controle constante para que a segurança do paciente seja preservada. Vários estudos comprovam que a carga horária excessiva, a remuneração

insuficiente e más condições de trabalho interferem no processo de cuidar, o que aumenta, significativamente, o risco da ocorrência dos eventos adversos.

Descritores: *Erros de Medicação; Segurança do Paciente; Enfermagem.*

ABSTRACT

This article has as its object of study, the adverse events reported by the media, involving nursing and patient safety. The specific objective of this study is to analyze the facts shown, aiming at identifying the steps that led to the error and propose measures barriers preventing adverse events. Literature review with an exploratory-qualitative based on reports by the media in newspapers of general circulation. The treatment was done for categorization. A) Errors Committed: News evaluated 16 of the 04 modalities of errors were identified, 07 errors involving change of medication 07 erros involving exchange of routes of administration, 01 physical and 01 iatrogenic medication administration technically wrong. B) Process Errors: Regarding the news analyzed, the main justifications about the situation 29% of errors are improper storage of medicines, 29% the poor working conditions, 14% work overload, stress and 14%; 14% fatigue. The nursing staff to be responsible for the direct care becomes the main filter of possible errors. Therefore, the errors of the process does not relieve the professional of responsibility, but the system must maintain constant control measures for patient safety is preserved. Several studies have shown that excessive workload, inadequate remuneration and poor working conditions interfere with the process of care, which significantly increases the risk of occurrence of adverse events.

Descriptors: *Medication Errors, Patient Safety, Nursing.*

INTRODUÇÃO

Atualmente, a melhoria da segurança do paciente e da qualidade da assistência à saúde tem recebido atenção especial em âmbito global. (BRASIL, 2011)

A qualidade da assistência de enfermagem visando à segurança do paciente tem sido uma preocupação mundial o que fez com que surgisse a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente cuja finalidade é elaborar programas e diretrizes que visam sensibilizar e mobilizar profissionais de saúde e a população para a busca de soluções que promovam a segurança do paciente, divulgando conhecimentos e desenvolvendo ferramentas que possibilitem a mudança da realidade no cenário mundial. No mesmo propósito, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente - REBRAENSP busca promover articulação e cooperação técnica entre instituições direta ou indiretamente ligadas à saúde e à educação de

profissionais da área, além de fortalecer a assistência de enfermagem desenvolvendo diversos programas conforme as necessidades dos Estados e municípios no território nacional. (AVELAR, et al. 2011)

Apesar de Hipócrates ter afirmado, há mais de dois mil anos, “primeiro, não cause dano”, até recentemente os eventos adversos (EA), os erros e os incidentes associados à assistência à saúde eram considerados inevitáveis ou reconhecidos como um ato realizado por profissionais mal treinados. (BRASIL, 2011)

Entre as várias iniciativas relacionadas à segurança do paciente, o marco de confluência do movimento mundial foi a publicação do relatório sobre erros relacionados com a assistência à saúde, *Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro, To err is human: building a safer health system*, em 1999; (BRASIL, 2011)

A segurança do paciente, entendida como uma assistência livre de falhas e riscos encontra-se na dependência da adequação e conformidade dos vários seguimentos interligados, que possibilitarão maior ou menor segurança ao paciente. (SILVA, et al. 2009)

Atualmente, o movimento para a segurança do paciente substitui “a culpa e a vergonha” por uma nova abordagem, a de “repensar os processos assistenciais”, com o intuito de antecipar a ocorrência dos erros antes que causem danos aos pacientes em serviços de saúde. (BRASIL, 2011)

Este artigo tem como objeto de estudo os eventos adversos, divulgados pela mídia, envolvendo a enfermagem e a segurança do paciente. O objetivo específico deste estudo é analisar os fatos exibidos, tendo por objetivo geral identificar as etapas que culminaram ao erro e propor medidas de barreiras de prevenção aos EA.

Assim, já que o erro é uma condição humana, deve-se tirar o maior proveito desta condição, sempre conhecendo, aprendendo e prevenindo erros nos serviços de saúde. (BRASIL, 2011)

METODOLOGIA

O tipo de estudo realizado é de natureza bibliográfica e exploratória com análise qualitativa dos resultados. O levantamento de literatura foi realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências e Saúde (LILACS) utilizando as palavras-chaves: erros da enfermagem, segurança do paciente e eventos adversos.

Para a seleção do material os seguintes critérios foram estabelecidos: recorte temporal de 2005 a 2013, idioma em português e que atendessem ao objeto e objetivo do estudo. Foram utilizados 13 (treze) referências, pois os mesmos se enquadraram nos critérios impostos.

Para análise qualitativa dos resultados, realizou-se o tratamento de notícias e reportagens divulgadas em jornais de grande circulação relacionados ao objeto do trabalho.

REVISÃO DA LITERATURA

Nos últimos anos, os artigos científicos e a mídia vêm denunciando erros atribuídos aos profissionais da área de enfermagem. Este fato trás á tona um grave problema vivenciado nos hospitais, pois estes erros estão colocando em risco a vida e a integridade física dos clientes, usuário e a qualidade dos serviços oferecidos pelas instituições. Para os clientes, os erros podem gerar prolongamento da internação, aumento nos custos da hospitalização, necessidades de tratamento adicionais, exames e procedimentos extras, assim como, dor, sofrimento, sequelas, podendo até levá-los à morte. Para as instituições, os reflexos destes comprometem a imagem institucional, a qualidade do atendimento, gera desconfiança e elevam os custos aumentando gastos. (KOHN, CORRIGAN, SANTOS, apud, SANTOS, et al. 2007)

Os profissionais de saúde envolvidos em erros também sofrem consequências que podem ser de ordem administrativa, punições verbais, escritas, demissões, processos civis, legais e éticos. Estes podem impedi-los do exercício legal da profissão e causar danos emocionais, pois diante do erro é comum o surgimento de sentimentos indesejáveis. (PADILHA, KITAHARA, GONÇALVES, SANCHES, SANTOS, apud, SANTOS, Jânia Oliveira, et al 2007)

Esses profissionais sentem-se culpados, manifestam reações emocionais que podem levá-los a demissão voluntária por terem sua imagem profissional denegrida. (CHIERICATO, CASSIANI, CARVALHO, apud, SANTOS, JÂNIA OLIVEIRA; et al. 2007)

O desenvolvimento de um Plano Nacional de Segurança do Paciente e qualidade em serviços de saúde perpassa, necessariamente, pelo conhecimento da natureza, da extensão e da magnitude dos eventos adversos e incidentes em serviços de saúde. Em outras palavras, um plano de segurança e qualidade resulta na implantação de um conjunto de ações para garantir a ausência de EA, erros e incidentes, ou minimizar ao máximo as suas ocorrências. (BRASIL, 2011)

Para a segurança do paciente, a enfermagem tem cinco ferramentas importantes: Coleta de dados, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação, Avaliação,

essas etapas constituem a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, esse conjunto de ações deve ser direcionado para a prevenção daqueles riscos que são evitáveis e, para aqueles que não são, devem ser tomadas as medidas necessárias.

O ser humano é falível e os incidentes devem ser esperados até mesmo nas melhores instituições. Vários fatores podem contribuir para a ocorrência da falha: a administração de recursos humanos e financeiros (carga horária excessiva, dimensionamento de força de trabalho), as condições do ambiente de trabalho (estresse, recurso material), falta de atenção (cuidados de enfermagem), dinâmica do trabalho (registro em prontuário pela equipe multiprofissional, armazenamento e dispensação dos recursos materiais).

SEGURANÇA NA TERAPIA MEDICAMENTOSA

A enfermagem atua nas últimas etapas do processo de medicação de preparo e administração dos medicamentos, ou seja, na ponta final do sistema de medicação, fazendo com que muitos erros cometidos não detectados no início ou no meio do sistema, lhe sejam atribuída. Esse fato também aumenta a responsabilidade da equipe de enfermagem, pois ela é a última oportunidade de interceptar e evitar um erro ocorrido nos processos iniciais, transformando-se em uma das últimas barreiras de prevenção e garantia da segurança do paciente. A equipe de enfermagem é que constitui a ponte final do sistema de medicação, fato que aumenta sua responsabilidade, diante da exposição ao erro, e com isso marca a transição de um erro previsível para um real, o que pode causar um grande sofrimento psíquico para o profissional. (FASSARELLA, Cintia Silva; BUENO, Andressa Aline Bernardo; SOUZA, Evandro Cosme Castro)

Um agravante nesse processo é que, mediante a ocorrência de erros de medicação, frequentemente não é dada ênfase na educação, mas à punição, levando a subnotificação, prejuízo do conhecimento dos fatores de risco e facilitando a repetição do erro.⁷

Diante dessa problemática, é fundamental a compreensão dos sentimentos vivenciados pelos profissionais frente à situação de erro, para que seja possível agir preventivamente e, principalmente, oferecer a ajuda adequada ao profissional, de forma a tornar o ocorrido o menos danoso para o binômio profissional - cliente.

A enfermagem assume, dentro da perspectiva do manejo da terapia medicamentosa, um papel fundamental para garantia da segurança e do pronto reestabelecimento do paciente.⁸

FATORES DESENCADEANTES DOS EA

A compreensão dos fatores que ocasionam os EA é elucidada sob a teoria proposta por James Reason, professor de psicologia da Universidade de Manchester, Reino Unido. Sua

teoria conhecida como a teoria do “queijo suíço” compara as vulnerabilidades do sistema de saúde aos buracos de um queijo suíço. Cada “queijo suíço” representa uma etapa desse sistema complexo, denominadas em: a) fonte do problema; b) falhas ativas e; c) falhas latentes. a) A fonte do problema seria frequentemente desencadeada por múltiplos fatores; que seriam as falhas estruturais ou pontuais, má prática ou descuido dos profissionais de saúde, comportamentos inseguros, ou comportamento de risco por parte dos pacientes; b) As falhas ativas seriam atos inseguros ou omissões, cometidos pelos profissionais de saúde, cujas consequências teriam efeito adverso imediato para o paciente; elas podem acontecer devido a um erro, à quebra de regras ou pela assunção de riscos; c) As falhas latentes, entretanto, constituem características existentes no sistema, em sua estrutura e processo, as quais permanecem ocultas, até que um evento ou acidente ocorra e as exponham. Em hospitais, essas condições podem se relacionar ao ambiente de trabalho, à supervisão inadequada, falta de treinamento ou formação deficiente, estresse, sobrecarga de trabalho e sistemas de comunicação inadequados. Ao ocorrer o alinhamento dos “buracos” dos “queijos suíços” o evento adverso acometeu o paciente e a segurança do paciente foi quebrada. (REIS; MARTINS; LAGUARDIA)

Partindo da premissa que errar é humano, há que organizar o sistema para que os “buracos” não se alinhem alcançando o objetivo final da equipe multiprofissional. Conhecendo a possibilidade de esses eventos ocorrerem, as instituições devem aderir uma nova cultura de segurança do paciente e profissional, gestão da qualidade, gerenciamento de risco e aprendizagem a partir dos erros cometidos, para que o sentimento de culpa se transforme em ações que preserve a vida do paciente.

RESULTADOS

A avaliação dos resultados se deu pela análise de notícias, de erros cometidos por profissionais de enfermagem. Após a leitura e primeira reflexão, o tratamento foi feito por categorizações, a saber: Erros cometidos - nesta categoria foram agrupados os erros noticiados e; Erros do processo - nesta categoria foi agrupado todo o processo que resultou no erro.

ERROS COMETIDOS

Para uma melhor visualização, elaborou-se uma tabela com os erros cometidos pelos profissionais de enfermagem:

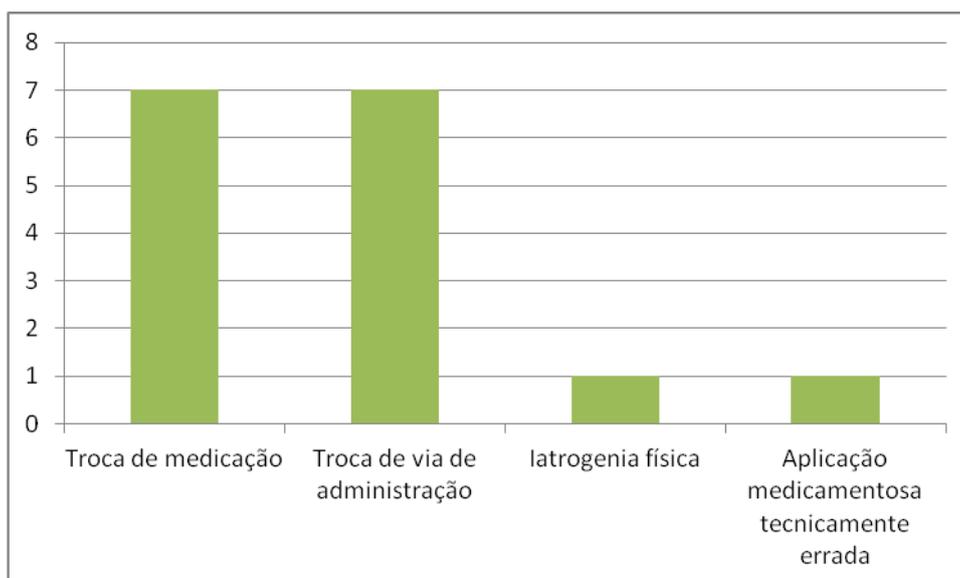


Tabela 1 - Erros cometidos

Foram analisadas dezesseis notícias, como mostra a tabela 1 os maiores índices de erros cometidos pelos profissionais de enfermagem são a Troca de medicação e a Troca de vias de administração (vias oral, retal, enteral) por venosa.

Com as recomendações feitas na 55ª Assembleia da Organização Mundial da Saúde em 2002 e na 57ª Assembleia Mundial da Saúde em 2004 onde foi estabelecida a Aliança Mundial para a segurança dos pacientes, passou-se a estudar muitos aspectos que interferem no processo do cuidar, dentre os quais há um destaque para a terapia medicamentosa. (MELO, DOPICO, 2008)

O sistema de medicação envolve diversas etapas e uma equipe multidisciplinar envolvida no processo de medicação, tendo como último elo a equipe de enfermagem que é a responsável pelo preparo e administração dos medicamentos. A equipe de enfermagem pode evitar eventos adversos, evitar os erros, tendo como justificativa principal, números alarmantes de erros de medicação atualmente na mídia. (CAMERINI, DOPICO, 2011).

(...) esses erros foram praticados pelo pessoal da enfermagem, a maioria auxiliares e técnicos (...).

A lei nº 7.498 de 25 de Junho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências em seu artigo 13 determina as atividades dos auxiliares de enfermagem sendo essas de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente: a) observar,

reconhecer e descrever sinais e sintomas; b) executar ações de tratamento simples; c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente; d) participar da equipe de saúde.

Quanto ao Técnico de Enfermagem, no artigo 12 descreve que ele exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente: a) participar da programação da assistência de enfermagem; b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. 11 desta lei; c) participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar; d) participar da equipe de saúde.

Entretanto, alguns dos eventos ocorridos envolvendo troca de medicação ou via de administração eram complexos e por isso deveriam ter sido administrados por técnicos de enfermagem ou enfermeiros:

(...) auxiliar de enfermagem é suspeita de dar ácido para uma criança (...) ela teria que dar um sedativo para a criança que iria passar por um exame de tomografia. (...)

Nas notícias divulgadas não foi informado à presença de um enfermeiro.

Outros cuidados, apesar de ser da competência legal, requer vigilância.

(...) menino de 1 mês morreu no dia 2 de março após ter recebido leite na veia em vez de soro. A técnica de enfermagem responsável foi afastada (...).

Sendo o erro um fato incontestável, há o consenso da sociedade científica de que o enfoque para seu enfrentamento e superação deve permear medidas preventivas planejadas e sistematizadas. (COIMBRA JAH, CASSIANI SHB. Segurança na utilização de medicamentos: Dificuldade de detecção dos erros de medicação e algumas propostas de prevenção. Ciência, cuidado e saúde, Maringá, v.3, n.2, p.153-60, 2004.)

Entretanto o erro ainda é relacionado à punição, mesmo com as alianças firmadas e as campanhas em prol da segurança do paciente, muitos profissionais subnotificam os erros, sendo assim, não é realizada uma investigação a respeito do ato lesivo impedindo que haja uma discussão de formas de preveni-los para que o erro não acometa outro paciente.

A punição faz parte do processo disciplinar mas não exime outro profissional de cometer erros, o que poderá evitar e/ou minimizar os riscos é um estudo profundo dos fatores geradores e uma educação continuada.

(...) Mario Borges Rosa ressalta que todo ser humano erra. E a punição dos profissionais envolvidos, embora necessária, não resolve o problema. “Você

tira o fator humano e o erro ocorre novamente”, comenta. O que precisam ser revistos, segundo ele, são os processos das instituições de saúde. Ele cita medidas como treinamento constante, iluminação adequada e revisão das condições de trabalho – frequentemente os profissionais assistem muitos pacientes do que deveriam. Mas também é preciso diferenciar rótulos e embalagens dos produtos usados nos hospitais, já que muitos deles são idênticos. “Trocar a nutrição enteral por medicamento é algo que ocorre sempre. Qual a saída? Fazer com que as conexões não se encaixem” sugere. “é preciso criar barreiras, pois o ser humano não consegue manter 100% de atenção o tempo todo”(…).

A afirmação feita por Rosa se comprova, pois dos dezesseis erros noticiados, sete são de troca de vias de administração (Tabela 1).

A questão do erro pode ser abordada por duas vertentes: a abordagem pessoal e a abordagem sistêmica. A abordagem pessoal consiste em focalizar o erro na pessoa, compreendendo que os erros são originados de processos mentais aberrante como negligência, incompetência, imprudência, nesta abordagem os erros são tratados como assuntos morais, assumindo que coisas ruins ocorrem com pessoas ruins.

Em relação à abordagem sistêmica, esta se trata do novo paradigma de enfrentamento ao erro. A modificação dos sistemas de trabalho minimizará os riscos de eventos adversos. Nesta abordagem os erros são considerados como consequências, ao invés de causas, não sendo atribuídos à perversidade da natureza humana, incluindo a recorrência de erros ocasionados por armadilhas no local de trabalho ou nos processos organizacionais.

ERROS DO PROCESSO

Nesta etapa analisaremos todo o processo que ocasionou o erro, considerando a Teoria do queijo suíço, onde o alinhamento de falhas previsíveis e preveníveis resultam em eventos adversos fatais ou em comprometimentos físicos e/ou psíquicos.

Notícia divulgada pelo portal r7 através da Folha de São Paulo retrada um erro cometido por uma auxiliar de enfermagem. Esta profissional (...) é suspeita de dar ácido para uma criança em Minas Gerais. A direção do hospital disse que o produto estava estocado em local inapropriado e, por isso, a profissional pegou o frasco por engano (...).

A folha UOL, assim como outras mídias, repercutiu (...) o caso da auxiliar de enfermagem que em 2010 aplicou vaselina em vez de soro na veia da menina Stephanie, 12,

provocando sua morte. Em depoimento à polícia, ela disse que foi induzida ao erro pelo próprio hospital, já que o recipiente onde estava armazenado o líquido não dava condições de saber que se tratava de vaselina. Ou seja, soro e vaselina estavam em recipientes iguais, com o mesmo tipo de letra, posição e diagramação (...).

Segue tabela com a disposição dos fatores processuais, que segundo as notícias divulgadas, agravaram o risco do acontecimento dos eventos adversos:

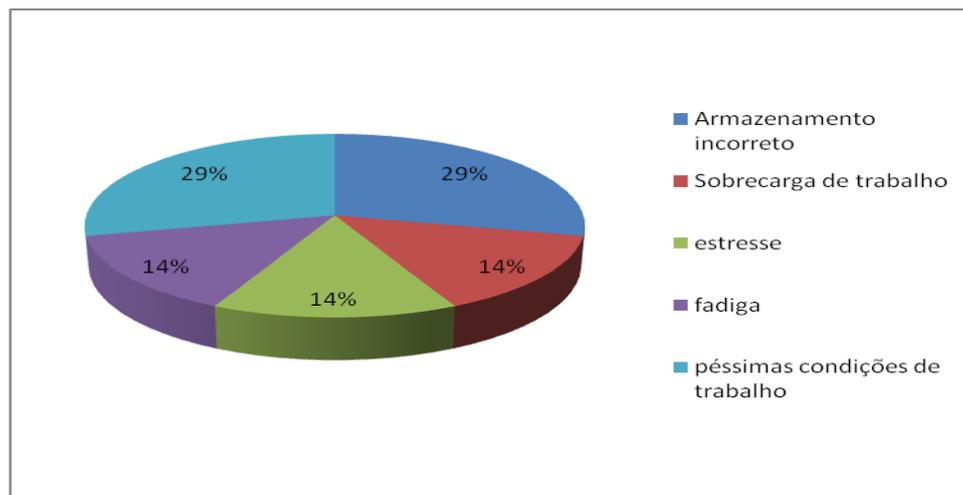


Tabela 2 - Erros do Processo

Como são demonstradas na tabela, as principais justificativas apresentadas frente à situação de erros são o armazenamento incorreto dos medicamentos e as péssimas condições de trabalho.

O COFEN garante que as condições precárias de trabalho a qual estão submetidos os profissionais de enfermagem estão comprometendo a qualidade do atendimento e, por consequência, colocando em risco a vida dos pacientes.

Inúmeros estudos demonstram que o ser humano não é livre de falhas, por isso, o sistema deve ser revisto para que o processo desencadeador de determinadas ações sejam seguras.

Analisando especificamente o primeiro caso relatado podemos inferir que:

- 1º O produto a ser utilizado estava armazenado em local errado;
- 2º O profissional não realizou a checagem da medicação ao pegar do armário, ao preparar a medicação e ao administrar;
- 3º Não é relatado à presença de um enfermeiro supervisor de acordo com a lei nº 7.498 de 25 de Junho de 1986 artigo 13.

4º Auxiliar de enfermagem aplica ácido ao invés de sedativo.

Baseado na Teoria do queijo suíço, três barreiras se alinharam e acabaram resultando em um evento adverso indesejável.

O profissional é a última barreira, os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem por serem responsáveis pelo cuidado direto tornam-se os principais filtros de possíveis erros, ou seja, quando todos os outros mecanismos se alinham, eles devem se manter atentos para impedir o evento adverso. Portanto, os erros dos processos não exime o profissional da responsabilidade, mas o sistema deve manter medidas de controle constante para que a segurança do paciente seja preservada.

Medidas como o gerenciamento do risco, ou seja, um estudo prévio de tudo que pode levar ao erro é essencial, desta forma, as barreiras de prevenção serão eficazes.

Outro fator que interfere na qualidade da assistência prestada, sendo tratado como erro no processo é a carga horária excessiva a que os profissionais de enfermagem são submetidos.

Em 1993, a II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde considerou que, pela natureza da atividade, a jornada máxima de trabalho para os profissionais dessa área deveria ser de 30 horas semanais. Na 12ª Conferência Nacional de Saúde, na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e na 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, foi deliberada a jornada de 30 horas para o setor. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) afirma que a jornada de 30 horas é a mais adequada para profissionais de saúde e usuários dos serviços, o que foi ratificado pela Internacional de Serviços Públicos – ISP, Subregional Brasil, entidade sindical que representa oficialmente os(as) trabalhadores(as) do setor público na OIT, em nota de apoio às 30 horas para enfermagem. (PIRES, et al 2010)

A enfermagem desenvolve um trabalho essencial à vida, um trabalho especial de cuidado às pessoas para o bem viver e em situações de dor e sofrimento. No entanto, apesar do grande contingente numérico e da influência decisiva de seu trabalho na qualidade das ações de saúde, esse grupo profissional não dispõe, até hoje, no Brasil, de nenhuma proteção legal a seu trabalho. (PIRES, et a 2010)

Não se trata de defesa de privilégios, mas do direito de a população ser atendida por profissionais competentes e saudáveis. Assistência segura e de qualidade, além de moralmente requerida, é mais econômica, pois evita danos e reduz ações judiciais contra os serviços de saúde. Instituições públicas e privadas passarão a gastar menos com as faltas ao trabalho por adoecimento dos profissionais de enfermagem. (PIRES, et al 2010)

A luta pelas 30 horas para a categoria é uma forma de garantir a segurança e qualidade da assistência a ser prestada. Além dos representantes da classe lutarem pelas 30 horas, eles lutam por salários dignos para que os profissionais não precisem realizar duplas jornadas como é ressaltado pelo COFEN.

A carga horária excessiva interfere no bem estar físico e mental do profissional o que resulta em estresse e fadiga emocional e física. O trabalho da enfermagem, de convívio com dor, sofrimento e doença, turnos ininterruptos, sábados, domingos e feriados, más condições de trabalho, muita responsabilidade e pouca valorização, tem levado à insatisfação, ao adoecimento e ao aumento da evasão profissional. A literatura é farta em registros dos índices alarmantes de absenteísmo no trabalho da enfermagem e de sua forte relação com o adoecimento desses profissionais. (NASCIMENTO, GM. 2003.; FARIA AC, BARBOZA DB, DOMINGOS NAM. 2005)

A redução da jornada de trabalho da enfermagem contribuirá para diminuir o desgaste físico e emocional e os riscos decorrentes desse trabalho. (PIRES, et al 2010)

Impedindo que possíveis falhas se alinhem, a segurança do paciente será preservada e qualidade da assistência garantida.

CONCLUSÃO

Diante do resultado da pesquisa é possível perceber que a qualidade da assistência prestada pela enfermagem tem sido prejudicada pelas adversidades que o processo do cuidar apresenta.

Conclui-se, também, que os principais erros cometidos pela categoria foram relacionados à medicação, uma vez que a enfermagem está diretamente associada a esse processo. Cabe ao enfermeiro e sua equipe manter-se atento as etapas que constituem o preparo e a administração de medicamentos, para realizar o importante papel de ser um sistema de barreira a mais neste complexo processo, pois é sabido que erros cometidos na ponta do sistema podem ser resultados de erros ou quase erros acumulados por todo período. (FASSARELLA, Cintia Silva; BUENO, Andressa Aline Bernardo; SOUZA. Evandro Cosme Castro)

Com tudo, vários estudos comprovam que a carga horária excessiva, a remuneração insuficiente e más condições de trabalho interferem, diretamente, no processo de cuidar, o que aumenta, significativamente, o risco da ocorrência dos eventos adversos.

A qualidade do serviço não depende, exclusivamente, do profissional, o que garantirá a segurança do paciente é o processo administrativo do trabalho, ou seja, toda a rotina do cuidar, desde a disposição dos materiais a serem utilizados à capacitação profissional.

Finalmente, cabe ressaltar as contribuições e limitações do presente estudo, no intuito que outras investigações possam confirmar, complementar ou contestar os resultados obtidos.

Muitas das reportagens pesquisadas não descrevem todo o processo que ocasionou o erro. A conclusão dessas matérias se deu em definir culpados, desta forma, uma análise específica do processo não foi possível nestes casos.

O material pesquisado foi de fácil acesso, uma vez que este assunto tem sido muito divulgado e julgado pelos meios de telecomunicações.

É preciso reverter essa situação através de uma mudança cultural no modelo assistencial. A segurança do paciente deve ser prioridade, os profissionais envolvidos no ensino e na assistência hospitalar, devem disseminar uma nova cultura estabelecida através de uma assistência de enfermagem eficaz de forma que evite os eventos adversos, contribuindo de forma eficiente à cultura de Segurança do Paciente. (FERREIRA, GUEDES, KARAM)

REFERÊNCIAS

AVELAR, A F M. *et al.* **10 passos para a Segurança do Paciente**. Acesso: 10 de março de 2011. Disponível em: <http://www.coren-sp.org.br>

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde**. v.1 n. 1 Jan/jul 2011. Brasília: GGTES/Anvisa, 2011

CAMERINI FG, DOPICO LS. Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital de rede sentinela. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v.20, n.1, 2011.

CARVALHO; Cassiani, apud, SANTOS, Jânia Oliveira; et al. Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. **Acta Paul Enferm** 2007;20(4):483-8)

CHIERICATO, CASSIANI, CARVALHO, apud, SANTOS, Jânia Oliveira; et al. Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. **Acta Paul Enferm** 2007;20(4):483-8

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Decreto Lei nº94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.

COIMBRA JAH, CASSIANI SHB. Segurança na utilização de medicamentos: Dificuldade de detecção dos erros de medicação e algumas propostas de prevenção. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v.3, n.2, p.153-60, 2004.)

FARIA AC, BARBOZA DB, DOMINGOS NAM. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. **Arq Ciênc Saúde**. 2005;12(1):14-20.

FASSARELLA, Cintia Silva; BUENO, Andressa Aline Bernardo; SOUZA. Evandro Cosme Castro. Segurança do paciente no ambiente hospitalar: os avanços na prevenção de eventos adversos no sistema de medicação. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**. 8p.

FERREIRA, R.A; KARAM, M.A; SOUZA, D.G. Segurança do Paciente: O Enfermeiro Diante do Aprazamento das Prescrições. Apresentado ao **XIII PAN AMERICA NURSING RESEARCH COLLOQUIUM “Global Nursing Research Challenges for the Millennium”**, 2012. Miami Beach, Flórida. p.747. Disponível em: http://www.umpanamconference2012.com/pdf/Ebook_Final.pdf

KOHN LT, CORRIGAN, Donaldson; SANTOS, Padilha , apud, SANTOS, Jânia Oliveira; et al. Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. **Acta Paul Enferm** 2007;20(4):483-8

MELO ABR, DOPICO LS. Segurança na terapia medicamentosa: uma revisão bibliográfica. **Esc Anna Nery**, v.12, n.1, p. 166-72, 2008.

MELO, Bianca Ribeiro; Silva, DOPICO, LS. Segurança na terapia medicamentosa: uma revisão bibliográfica. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2008 mar; 12 (1): 166 - 72.

NASCIMENTO, GM. **Estudo do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade básica e distrital de saúde do município de Ribeirão Preto, SP** [dissertação]. Ribeirão Preto: EERP-USP; 2003.

PADILHA, KITAHARA, GONÇALVES, SANCHES; SANTOS, apud, SANTOS, Jânia Oliveira; et al. Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. **Acta Paul Enferm** 2007;20(4):483-8

PIRES, et al. Jornada de 30 horas semanais: condição necessária para assistência de enfermagem segura e de qualidade. **Enfermagem em Foco**. 2010; 1(3):114-118

REIS, C.T; MARTINS, M; LAGUARDIA, J; A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva / ISSN 1413-8123**. Disponível em:

http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=11311

SILVA AEBC. Segurança do paciente: desafios para a prática em enfermagem. **Rev. Eletr.Enferm**, v.12, n.3, p. 422, 2010.

SILVA, L D. *et al.* **Perfil do aprazamento da terapia medicamentosa em unidades intensivas**, 2009. Trabalho apresentado ao 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem: Transformação Social e sustentabilidade ambiental. Fortaleza: 2009. 4p.

TEIXEIRA TCA, CASSIANI SHB. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. **Rev esc enferm USP**, São Paulo, v.44, n.1, p. 139-46, 2010.