



**CONTRIBUIÇÃO DE JAMES REASON PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE:
REFLEXÃO PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

**CONTRIBUTION OF JAMES REASON TO PATIENT SAFETY: REFLECTION FOR NURSING
PRACTICE**

**CONTRIBUCIÓN DE JAMES REASON A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: REFLEXIÓN PARA LA
PRÁCTICA DE ENFERMERÍA**

Liva Gurgel Guerra Fernandes¹, Francis Solange Vieira Tourinho², Nilba Lima de Souza³, Rejane Maria Paiva de Menezes⁴

RESUMO

Objetivo: refletir sobre as contribuições de James Reason para a cultura da segurança do paciente e suas implicações na construção de um cuidado seguro em enfermagem. **Método:** estudo descritivo, tipo análise reflexiva, no qual se procedeu a leitura de obras de Reason, além de outros especialistas no assunto, para fundamentar a reflexão. **Resultados:** a cultura da segurança do paciente vem se constituindo progressivamente em um assunto de interesse geral na área da saúde. Ao falar no tema, o modelo proposto por James Reason é frequentemente referido e amplamente aceito pelos profissionais da área. Ao visualizar o erro na abordagem do sistema, esses devem ser vistos como consequências e não causas, tendo sua origem não tanto na natureza humana, mas sim em fatores sistêmicos. **Considerações finais:** o alcance de um cuidado seguro em Enfermagem requer uma aliança entre profissionais e gestores, devendo ser tratado não como uma opção, mas como uma necessidade. **Descritores:** Segurança; Gerenciamento de Segurança; Controle de Risco; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to reflect on the contributions of James Reason to patient safety culture and its implications in the development of a safe nursing care. **Method:** descriptive study, reflective analysis-type, approaching the reading of works of Reason and other experts in the field in order to support the reflection. **Results:** patient safety culture has been progressively established as a subject of general interest in the area of health. When approaching the topic, the model proposed by James Reason is often referred to and widely accepted by professionals in the field. Mistakes observed in the systems approach must be seen as consequences rather than causes, since they originate not in human nature, but in systemic factors. **Final remarks:** achieving a safe nursing care requires an alliance between professionals and managers, and it should be treated not as an option but as a need. **Descriptors:** Safety; Safety Management; Risk Control; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: reflexionar sobre las contribuciones de James Reason a la cultura de la seguridad del paciente y sus implicancias para construir un cuidado seguro en enfermería. **Método:** estudio descriptivo, tipo análisis reflexivo, en el que se procedió a la lectura de obras de Reason, además de otros especialistas en la temática, para fundamentar la reflexión. **Resultados:** la cultura de la seguridad del paciente viene constituyéndose progresivamente en asunto de interés general del área de salud. Al hablarse del tema, el modelo propuesto por James Reason es referenciado frecuentemente y ampliamente aceptado por los profesionales del área. Al percibirse errores de abordaje del sistema, los mismos deben verse como consecuencias, no como causas, originados no sólo en la naturaleza humana, sino también en factores sistémicos. **Consideraciones finales:** el alcance de un cuidado seguro en Enfermería requiere de una alianza entre profesionales y gestores, debiéndose tratar no como opción, sino como necesidad. **Descritores:** Seguridad; Administración de la Seguridad; Control de Riesgo; Enfermería.

¹Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PPGENF/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: livinha.guerra@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PPGENF/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: francistourinho@gmail.br; ³Enfermeira, Professora Doutora, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PPGENF/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: nilba.lima@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Professora Doutora, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PPGENF/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: rejemene@terra.com.br

INTRODUÇÃO

O compromisso e a disposição individual de fazer o bem e usar o melhor do conhecimento constituem-se em fatores essenciais no cuidado, porém são insuficientes para garantir uma assistência segura e eficaz na atualidade.¹ A cultura da segurança do paciente vem se constituindo, progressivamente, em um assunto de interesse geral na área da saúde.²

Os profissionais de saúde, por sua natureza, buscam prover a melhor assistência possível. Entretanto, tal comportamento não impede que falhas e acidentes ocorram durante a assistência prestada.¹ Recentemente, erros associados à assistência eram considerados uma resposta inevitável da medicina moderna ou mesmo uma infelicidade causada por maus prestadores desses serviços.³ Tal pensamento começou a mudar em 1999, através da publicação do relatório “*Errar é Humano*” (*To Err is Human: Building a Safer Health System*) pelo *Institute of Medicine* (IOM), o qual estimou que entre 44 a 98 mil americanos morrem anualmente em decorrência de erros da assistência à saúde.⁴ O elevado número despertou uma grande atenção da mídia e da população para a questão da segurança do paciente.^{1,3}

Segurança do paciente pode ser definida como a redução e mitigação de atos não-seguros dentro do sistema de assistência à saúde, como também a utilização de práticas objetivando alcançar bons resultados para o paciente.⁵ A segurança do paciente não está focada apenas em uma assistência à saúde livre de danos, mas também à sua realização no momento certo, de um modo eficaz e equânime, e baseada na melhor informação científica e nas necessidades integrais e individuais, tanto do paciente como de sua família.⁶

Ao contrário do que ocorre em outras áreas, como, por exemplo, na aviação e na geração de energia nuclear, erros na assistência afetam principalmente indivíduos de forma isolada, em uma ampla variedade de instituições de cuidados em saúde. No entanto, esse problemas raramente são discutidos publicamente.⁷ Com o intuito de tornar o cuidado mais seguro, faz-se necessário discutir como o erro ocorre, para que maneiras efetivas de evitá-los possam ser implementadas.

Ao falar em segurança do paciente, o modelo proposto por James Reason é frequentemente referido e amplamente aceito pelos profissionais da área.⁸ Reason foi professor de psicologia da Universidade de

Manchester entre os anos de 1977 e 2001, mesma instituição onde concluiu sua graduação em 1962. Reason obteve PhD em 1967, tendo como principais interesses de suas pesquisas, as contribuições humanas e organizacionais para a quebra de sistemas complexos e bem defendidos. Ele escreveu livros sobre distração, erro humano, fatores humanos na aviação, manejo dos riscos de acidentes organizacionais, e, mais recentemente, sobre o manejo do erro em operações de manutenção. Sua obra é consultada em campos de aviação, ferrovias, na geração de energia nuclear, segurança marítima, exploração e produção de petróleo, mineração, indústria química, segurança rodoviária, bancos e cuidados em saúde. James Reason teve suas contribuições à segurança do paciente reconhecidas pela Universidade de Aberdeen, em 2002.⁹

Dada a sua importância mundial no que concerne à segurança do paciente, questiona-se: quais as contribuições de James Reason para a segurança do paciente? Como tais contribuições podem influenciar no cuidado em enfermagem?

Nesse contexto, o objetivo deste estudo é refletir sobre as contribuições de James Reason para a cultura da segurança do paciente e suas implicações na construção de um cuidado seguro em enfermagem.

MÉTODO

Estudo descritivo, tipo análise reflexiva a partir da leitura de duas das principais obras do autor: *Human Error* (1990) e *Human Contribution: unsafe acts, accidents and heroic recoveries* (2008), além da busca de artigos científicos produzidos por Reason e disponíveis em bases de dados eletrônicas, correlacionando com outros autores da área.

RESULTADOS

• Erro humano: definindo conceitos

Ao falar em segurança do paciente, inúmeros termos são usados, muitas vezes, de forma equivocada, indiscriminada e até confusa. Assim, torna-se necessário conhecer o que os autores trazem por definições dos mesmos.

Erro pode ser definido como “o fracasso das ações planejadas para alcançar o objetivo pretendido”.^{11:57} Existem duas formas de como o erro pode ocorrer: 1) falhas de execução, nas quais o plano é adequado, mas as ações planejadas não ocorrem como esperado. São chamados lapsos ou deslizes; 2) falhas de intenção, onde as ações ocorrem conforme

Fernandes LGG, Tourinho FSV, Souza NL de .

Contribuição de James Reason para a segurança...

planejado, mas o plano era inadequado para atingir o objetivo pretendido.⁹⁻¹²

Os erros, independente do tipo, envolvem alguma forma de desvio. No caso de lapsos e deslizos, a falha ocorre em nível de execução, geralmente devido a distrações e preocupações durante a execução automática de uma tarefa de rotina. No segundo caso, a falha está em um nível superior, relacionada com os processos mentais envolvidos no planejamento, julgamento e resolução de problemas.^{9,11-3}

Já violações são desvios nas práticas operacionais seguras, procedimentos, normas ou regras. Diferem do erro ao passo que estes surgem principalmente a partir de problemas informacionais (esquecimento, desatenção, conhecimento incompleto) e ocorrem de forma individual; enquanto as violações, geralmente estão associadas a problemas de motivação (baixa moral, exemplos pobres de supervisão, falta de preocupação, sanções aplicadas em não-conformidades) e envolvidas em um contexto geral.^{9,11-}

As falhas podem ser divididas em ativas e latentes. As primeiras são consideradas atos inseguros (erros e violações) cometidos por aqueles que estão na “ponta afiada” do sistema, cujas ações podem ter consequências adversas imediatas (como por exemplo, anestesiastas, cirurgiões, enfermeiros). Já as segundas são resultado de decisões tomadas nos escalões mais elevados da organização. Suas consequências prejudiciais podem permanecer de forma latente por um longo período de tempo, tornando-se evidente apenas quando se combinam com falhas ativas e fatores locais desencadeantes para violar o sistema de defesa. No serviço de saúde, geralmente, as falhas ativas são cometidas por aqueles que estão em contato direto com o paciente, enquanto as falhas latentes ocorrem dentro das esferas de organização e de gestão.^{9,11-13}

Tais conceitos explicitam o quão complexo são as questões que envolvem o erro. Cada tipo de falha cometida possui causas e explicações intrínsecas. Assim, barreiras específicas para cada uma delas devem ser utilizadas, ao passo que uma barreira que minimize a ocorrência de lapsos provavelmente não deve ser eficaz na redução da ocorrência de violações.

Questões a respeito das punições aplicadas frente a um erro também podem ser levantadas frente aos conceitos expostos. Um indivíduo que comete um ato indesejado geralmente é punido frente às consequências deste, não sendo levado em consideração qual o tipo de erro em questão e os fatores que o

envolvem em sua essência. Outra questão que merece discussão são as falhas ativas e latentes, já que, em sua maioria, as primeiras são mais vistas e, conseqüentemente, aqueles que as cometem sofrem punições mais severas e de forma mais rápida. Dificilmente, na prática, pessoas que ocupam escalões superiores na gestão e organização do setor saúde são penalizadas por suas infrações.

● O modelo do queijo suíço - “*The swiss cheese model*”

A problemática do erro humano pode ser vista de duas maneiras: na perspectiva da pessoa e do sistema. A primeira consiste em um pensamento antigo e generalizado, fundamentado em atos inseguros (erros e violações processuais) de enfermeiros, médicos, cirurgiões, anestesiastas, farmacêuticos, e assim por diante. Tal abordagem considera esses atos inseguros como decorrentes de processos mentais aberrantes, tais como desatenção, esquecimento, baixa motivação, negligência e imprudência. Seus seguidores tendem a tratar os erros como uma questão moral. Naturalmente, as contramedidas associadas são direcionadas, principalmente, à redução da variabilidade indesejada no comportamento humano.¹²⁻¹³

Já na abordagem do sistema, ainda segundo o mesmo autor, a premissa básica é que os seres humanos são falíveis e os erros podem acontecer mesmo nas melhores organizações. Erros são vistos como consequências e não causas, tendo sua origem não tanto na natureza humana, mas em fatores sistêmicos. Nesse caso, as contramedidas são fundamentadas no pressuposto de que embora não possamos mudar a condição humana, podemos mudar as condições em que os seres humanos trabalham. A ideia central é a defesa do sistema, já que todas as tecnologias arriscadas possuem barreiras e salvaguardas. Quando um evento adverso ocorre, a questão importante não é quem errou, mas como e porque as defesas falharam.¹²⁻¹³

O modelo proposto por Reason possui mais de duas décadas. Ainda assim, a associação da ocorrência de um erro à responsabilidade de um indivíduo, ainda é uma cultura predominante. O sentimento de culpa surge, inicialmente, na própria pessoa que cometeu o ato indesejado, que passa a sentir medo das possíveis punições sofridas. Posteriormente, os gestores precisam julgar de quem foi a culpa do erro em questão e, em seguida, aplicar as penalidades que considerarem cabíveis. Dessa forma, o contexto de segurança em saúde e em enfermagem que se

Fernandes LGG, Tourinho FSV, Souza NL de .

vive hoje se baseia em evitar o erro no intuito de não sofrer pessoalmente suas consequências, e não visando prestar ao cliente uma assistência livre de danos.

Na abordagem do sistema, defesas, barreiras e salvaguardas ocupam uma posição-chave. Sistemas de alta tecnologia possuem muitas camadas defensivas: alguns são criados (como alarmes, barreiras físicas, desligamentos automáticos), outros dependem de pessoas (como cirurgiões, anestesistas, pilotos, operadores da sala de controle) e outros ainda dependem de procedimentos e controles administrativos. Sua função é proteger potenciais vítimas de riscos locais e são geralmente eficazes, mas sempre há pontos fracos.¹²⁻³

Na situação ideal, cada camada defensiva deveria estar intacta. Porém, na realidade, eles são mais parecidos com fatias de queijo suíço, possuindo muitos furos - apesar de, ao contrário do queijo, estar continuamente abrindo, fechando e mudando sua localização. A presença de furos em qualquer um *slice*, normalmente não causa mau resultado. Um desfecho indesejado só acontece quando eles ocorrem em muitas camadas e ficam momentaneamente em fila, dando uma oportunidade de trajetória ao acidente, trazendo riscos no contato nocivo com vítimas. Os furos nas defesas surgem devido às falhas ativas e latentes, anteriormente mencionadas.¹²⁻¹³

Os furos na assistência sempre existirão. Cabe, então, buscar maneiras de evitar que estes se enfileirem e cheguem ao cliente. A enfermagem, por estar na “ponta afiada” do sistema, em contato direto com o paciente, deve acarretar uma atenção especial, pois os seus furos podem atingir mais rapidamente e com maior notoriedade o ser cuidado.

Imaginar as barreiras defensivas como fatias de queijo suíço pode ser uma tentativa de facilitar o entendimento da problemática que envolve o erro humano, mas também pode diminuir a complexidade que o envolve. Deve-se ter especial atenção ao adotar tais conceitos na busca da segurança do paciente, atentando para que todos os profissionais envolvidos no processo tenham compreensão similar da questão e possam, assim, utilizar barreiras defensivas de forma equânime e eficaz, minimizando o enfileiramento dos furos.

● O manejo do erro e o cuidado seguro

Tal qual “saúde”, a palavra “segurança” sofre um desequilíbrio de entendimento. Sabe-se muito mais sobre sua ausência momentânea, do que sobre a sua presença

Contribuição de James Reason para a segurança...

duradoura. É melhor descrever, compreender e quantificar os desvios ocasionais deste estado, expressado concretamente através de acidentes, lesões, perdas e incidentes, do que explicar o que significa ser seguro.⁸

Nas últimas décadas, os pesquisadores em fatores humanos vêm se preocupando com o desenvolvimento das ferramentas para a gestão de atos inseguros. A gestão do erro possui dois componentes: a limitação da incidência de erros perigosos - o que nunca vai ser totalmente eficaz - e a criação de sistemas que são mais capazes de tolerar a ocorrência de erros e conter os seus efeitos deletérios. Enquanto que os seguidores da abordagem da pessoa direcionam a maior parte da sua gestão em recursos para tentar tornar os indivíduos menos falíveis ou desobedientes, os adeptos da abordagem do sistema lutam por um programa abrangente de gestão, destinado a diversos alvos: a pessoa, a equipe, a tarefa, o local de trabalho, a instituição. Um sistema que possui intrinsecamente “*safetyhealth*” é capaz de suportar perigos no seu funcionamento e, ainda, atingir os seus objetivos.¹³

Tornar o cuidado de enfermagem mais seguro deve ser visto não como uma opção, mas como uma necessidade. Ao adotar a gestão do erro com base na abordagem da pessoa, organizações de saúde incentivam a subnotificação do erro e/ou evento adverso, ao passo que um profissional que cometeu tal ato tentará omiti-lo, por medo de represálias e punições. Adotar a abordagem do sistema significa, primeiramente, admitir que todos os seres humanos, por essência e sem nenhuma exceção, são passíveis de erros. A partir desse pensamento, as ações para tornar o cuidado seguro devem ser voltadas às mudanças no sistema de trabalho desses profissionais, já que a essência falível do ser humano não pode ser mudada. Assim, é preciso que os gestores em saúde tomem ciência de tal pensamento e percebam que a partir deles a mudança pode começar.

Os profissionais não estão isentos de responsabilidade na busca pela segurança. Em um cenário cada vez mais complexo e dinâmico, cabe também aos profissionais de enfermagem buscar, continuamente, conhecimentos técnico-científicos que embasem a tomada de decisões em sua prática, provendo um cuidado livre de danos.

Há de se ressaltar também que, um dos problemas que ameaça a segurança e impede o alcance de resultados desejados no cuidado à saúde refere-se às constantes falhas operacionais dos sistemas, as quais desviam as ações de enfermeiros no intuito de corrigir

Fernandes LGG, Tourinho FSV, Souza NL de .

momentaneamente tais dificuldades e impedem que pratiquem a enfermagem que aprenderam e idealizaram para seus pacientes e familiares. Enfermeiros não têm conseguido focar de forma consistente suas ações na atenção à individualidade e integralidade do ser humano, fatores que distinguem e fazem única a enfermagem entre as demais profissões da área da saúde. Tal situação pode acarretar em perda da identidade e do sentido profissional, uma vez que não é possível estabelecer relação terapêutica com o cliente e integralizar as diversas ações no intuito de atender suas necessidades e preferências.¹⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As contribuições de James Reason para a segurança do paciente são inegáveis, visto que, a partir da divulgação dos seus conceitos e modelos, a discussão sobre o erro e o comportamento humano frente a este, começou a ganhar um novo rumo. Não deve ser necessária a existência do medo ao admitir que os seres humanos sejam falíveis. Esse é o primeiro passo na busca de um cuidado seguro. Na enfermagem, por possuir uma divisão hierárquica em seu processo de trabalho, essa antiga cultura do medo pode tomar proporções maiores.

O objetivo deste estudo não foi esgotar todo o pensamento de James Reason devido à extensão e complexidade de sua obra, porém, ao refletir o seu pensamento, percebeu-se que a implementação de um cuidado seguro requer mudanças de antigos conceitos universais. Ao afirmar que até as melhores pessoas podem cometer os piores erros, Reason retira uma grande parte da responsabilidade do cuidado seguro do indivíduo e a coloca nas esferas de organização e gestão dos sistemas de saúde.

Não há como mudar a essência falível do ser humano, mas há como mudar o seu local de trabalho, para que os erros não sejam cometidos de fato. Inovações tecnológicas como sistemas informatizados de medicação, prontuário eletrônico, notificações de erros e/ou eventos adversos, além de reivindicações antigas da enfermagem, como a redução da jornada de trabalho e a aprovação do piso salarial, são formas eficazes de evitar falhas ativas e latentes.

O alcance de um cuidado seguro em enfermagem requer uma aliança entre profissionais e gestores. É preciso que estes estejam comprometidos com o propósito e saibam a sua parcela de responsabilidade nesse processo. Pesquisas que investiguem como gestores e profissionais enxergam a sua

Contribuição de James Reason para a segurança...

própria importância na busca da segurança do paciente são, portanto, necessárias.

As questões que envolvem a segurança do paciente que emergiram nas últimas décadas tendem a se solidificar cada vez mais, tornando-se uma constante preocupação do setor de saúde, e, por consequência, gerando muitas inquietações em pesquisadores da área. Estudar como ocorre o erro humano para poder evitá-lo é fundamental, porém, é necessário perceber que o conceito de segurança não deve estar associado simplesmente a não-ocorrência de erros, mas ao envolvimento de um contexto social mais abrangente, suscitando discussões sobre o ser humano de forma global.

REFERÊNCIAS

1. Quinto Neto A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. RAP [Internet]. 2006 [cited 2013 Dec 20];8(33):153-8. Available from: http://www.cqh.org.br/files/RAS33_seguranc a.pdf
2. Ramírez OJG, Gámez AS, Gutiérrez AA, Salamanca JG, Vega AG, Galeano EM. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. Av enferm [Internet] 2011 [cited 2013 Dec 20];39(2):363-74. Available from: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/revista2011/014.pdf>
3. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre (RS): Artmed, 2010.
4. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): National Academy Press, 1999.
5. Davies JM; Hébert P; Hoffman C. The Canadian Patient Safety Dictionary. [Internet] 2003 [cited 2013 Dez 22]. Available from: http://rcpsc.medical.org/publications/PatientSafetyDictionary_e.pdf
6. Harada MJCS; Pedreira MLG; Pereira SR. O Erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Atheneu, 2006.
7. Reason JT. Understanding adverse events: human factors. Qual Health Care [Internet] 1995 [cited 2013 Dez 22];4(2):80-89. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10151618>.
8. Perneger TV. The Swiss cheese model of safety incidents: are there holes in the metaphor? BMC Health Serv Res [Internet] 2005 [cited 2013 Dec 20];5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1298298>

Fernandes LGG, Tourinho FSV, Souza NL de .

Contribuição de James Reason para a segurança...

9. Reason JT. Human Contribution: unsafe acts, accidents and heroic recoveries. Farnham: Ashgate, 2008.

10. Gaiva MAM; Souza JS; Xavier JS. A segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão de literatura. J Nurs UPFE on line [Internet] 2013 [cited 2013 Dec 20];7(esp):928-36. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/4013/pdf_2254

11. Reason JT. Safety in the operating theatre - part 2: human error and organisational failure. Qual Health Care [Internet] 2005 [cited 2013 Dec 20];14:56-61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743973/>

12. Reason JT. Human Error. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.

13. Reason JT. Human error: models and management. West J Med. [Internet] 2000 [cited 2013 Dec 20];172(6):393-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070929/>

14. Pedreira MLG. Enfermagem para a segurança do Paciente. Acta Paul Enferm [Internet] 2009 [cited 2013 Dec 20];22(4):vi. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a01v22n4.pdf>.

Submissão: 06/03/2013

Aceito: 31/05/2014

Publicado: 15/07/2014

Correspondência

Liva Gurgel Guerra Fernandes
Rua Professor Antônio Nesi, 2120
Bairro Morro Branco.
CEP 59056-490 – Natal (RN), Brasil

Português/Inglês

Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(supl. 1):2507-12, jul., 2014