Ministério da Educação - MEC

Universidade Federal de Santa Maria – UFSM

Campus Palmeira das Missões - Pólo em Picada Café

Pós Graduação Especialização Gestão de Organização Pública em Saúde

CULPA DO SISTEMA *VERSUS* RESPONSABILIDADE PESSOAL NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

CULPA DEL SISTEMA *VERSUS* RESPONSABILIDAD PERSONAL EN LA PRESTACION DE ATENCIÓN DE SALUD

BLAME OF SYSTEM *VERSUS* PERSONAL RESPONSIBILITY IN PROVIDING OF HEALTH CARE

Miriani Bolzan Motta*

Darielli Gindri Resta**

*Graduada em Administração: Sistemas e Serviços de Saúde – UERGS. Email: gestaosaudeupc.mirianimotta@gmail.com

**Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. Email: darielliresta@gmail.com

Miriani Bolzan Motta

CULPA DO SISTEMA *VERSUS* RESPONSABILIDADE PESSOAL NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria como requisito parcial à obtenção do grau de Especialista.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Darielli Gindri Resta

PALMEIRA DAS MISSÕES, 2014

Miriani Bolzan Motta

CULPA DO SISTEMA *VERSUS* RESPONSABILIDADE PESSOAL

NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria como requisito parcial à obtenção do grau de Especialista.

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof.ª Enf. Dr.ª Darielli Gindri Resta

_____

Prof. Enf. Dr. Luiz Anildo Anacleto da Silva

_____

Prof.ª Msc. Alice do Carmo Jahn

_____

Prof. Psi. Dr. Ricardo Vianna Martins

Aprovado em Palmeira das Missões, ____ de _____ de _____.

RESUMO

Pacientes da saúde estão sujeitos a eventos adversos decorrentes de falhas em instituições hospitalares do mundo todo. Uma estratégia para aperfeiçoar os processos de cuidado é criar um sistema seguro, com processos e estrutura adequados e treinamentos constantes. Porém, se o sistema possui isso e o erro ocorre, a culpa pode não estar na falta de segurança do sistema. Este artigo objetiva explorar a culpa do sistema *versus* a responsabilidade dos prestadores/cuidadores em relação aos eventos adversos na saúde. A metodologia do estudo é revisão de literatura, mostrando diferenças de abordagens para um mesmo problema. A partir dos estudos analisados foi identificada a categoria temática Segurança do Paciente, que estrutura a forma de lidar com o erro em duas abordagens: centrada na pessoa e sistêmica. O misto das abordagens seria o ideal, encontrando um ponto de equilíbrio na responsabilização.

Descritores: Gestão em saúde; Segurança do Paciente; Culpa.

ABSTRACT

Health patients are subjected to adverse events resulting from failures in hospitals worldwide. A strategy to improve the processes of care is to create a secure system, with appropriate processes and structure and constant training. However, if the system has it and the error occurs, the blame cannot be on the lack of security of the system. This article aims to explore the fault of the system versus the liability of providers / caregivers regarding health adverse events. The methodology of the study is to review the literature showing differences in approaches to the same problem. Based on the analyzed studies was identified thematic category Patient Safety, which structures the way to handle the error in two approaches: person-centered and systemic. The mixed approaches would be ideal, finding a balance in accountability.

Descriptors: Health Management; Patient Safety; Guilt.

RESÚMEN

Los pacientes de salud están sometidos a los efectos adversos resultantes de fallos en los hospitales de todo el mundo. Una estrategia para mejorar los procesos de atención

es la creación de un sistema seguro, con los procesos y la estructura adecuados y capacitación constante. Sin embargo, si el sistema tiene todo y se produce el error, la culpa puede no estar en la falta de seguridad del sistema. Este artículo tiene como objetivo explorar la falla del sistema frente a la responsabilidad de los proveedores / cuidadores con respecto a eventos adversos en la salud. La metodología del estudio es revisar la literatura, mostrando diferencias de enfoques de un mismo problema. De los estudios analizados se identificó la categoría temática Seguridad del Paciente, que estructura la manera de manejar el error en dos enfoques: centrados en la persona y sistémicos. Los enfoques mixtos serían ideales, la búsqueda de un equilibrio en la responsabilidad.

Descriptores: Gestión en Salud; Seguridad del Paciente; Culpa.

INTRODUÇÃO

A preocupação com a qualidade é inerente ao ser humano e evolui com ele, gerando com o correr dos tempos, variadas formas de esforços contra a imperfeição, segundo as circunstâncias do momento[1].

Pacientes de serviços de saúde estão sujeitos a eventos adversos decorrentes de falhas humanas e de equipamentos em instituições hospitalares do mundo todo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica eventos adversos como incidentes que resultam em danos não intencionais decorrentes da assistência e não relacionados à evolução natural da doença de base do paciente[2].

No final de 1999, o IOM (Institute of Medicine) publicou um relatório intitulado *To Err is Human: Building a Safer Health Care System* (Errar é Humano: Construindo um Sistema de Cuidados de Saúde mais Seguro), contendo dados alarmantes: entre 44 mil e 98 mil norte-americanos morrem por ano decorrente de erros relacionados com a assistência a saúde[3]. A Organização Mundial da Saúde estima que, em países desenvolvidos, entre 5% e 10% dos pacientes admitidos em hospitais adquirem uma ou mais infecções que não estavam presentes ou incubadas no momento da admissão[4]. Nos Estados Unidos, um em cada 136 pacientes hospitalizados fica gravemente doente como resultado da aquisição de uma infecção hospitalar. Na Inglaterra, as infecções relacionadas à assistência a saúde provocam 5.000 mortes por ano. Embora variem as

estimativas sobre as infecções relacionadas à assistência a saúde, a proporção pode ser de 40% ou mais em países em desenvolvimento[5]. O mais comum é imaginar que esses erros são relacionados diretamente a médicos, enfermeiros, farmacêuticos e administradores dos sistemas de saúde, os quais não estariam comprometidos com o paciente ou desejariam causar algum dano. A resposta típica para um erro seria repreender ou demitir uma enfermeira que deu a medicação errada, advertindo-a para ter mais cuidado da próxima vez[6]. Muito pelo contrário, normalmente esses profissionais são vítimas, assim como o paciente, pois muitas vezes o problema de erros na assistência se refere ao profissional competente trabalhando em um sistema caótico que não prioriza a segurança. Segundo Wachter[3], a maioria dos erros é cometida por pessoas boas, mas falíveis, trabalhando em sistemas que não funcionam, o que significa que tornar a assistência mais segura depende de reforçar o sistema para prevenir ou interceptar os lapsos inevitáveis.

O problema do erro humano pode ser visto sob duas perspectivas nos serviços de saúde: a abordagem da pessoa ou a abordagem do sistema. Cada uma possui uma causalidade para o erro, e cada abordagem dá origem a diferentes filosofias de gerenciamento de erros[7].

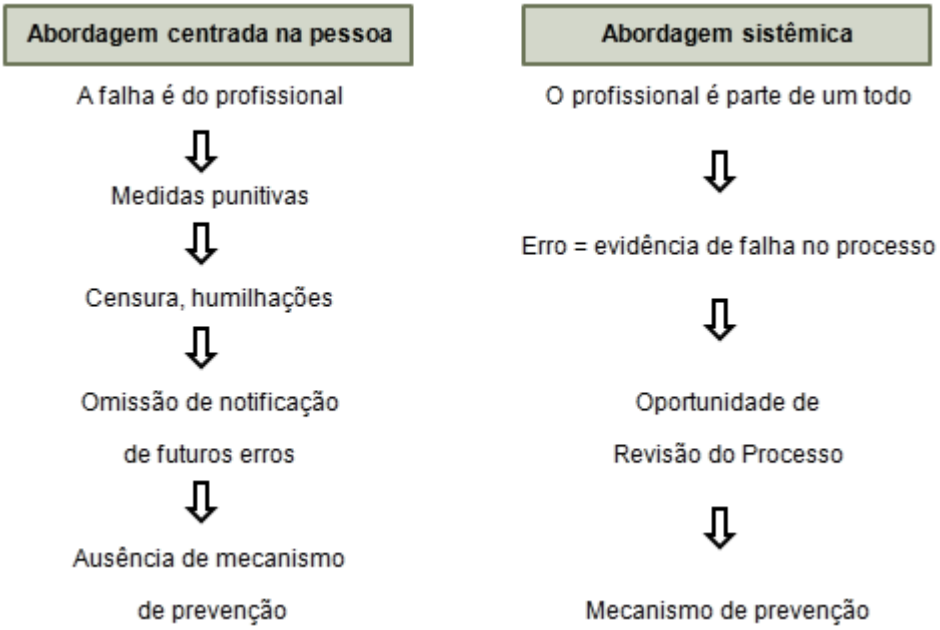

FIGURA 1: Comparação entre abordagem centrada na pessoa e abordagem sistêmica, adaptado de Carvalho & Vieira[20].

A abordagem centrada na pessoa possui como foco os erros e as violações de procedimentos cometidos pelos profissionais (médicos, farmacêuticos, enfermeiros, anestesistas, entre outros), sendo esses atos tratados como esquecimento, falta de atenção, baixa motivação, descuido, negligência e imprudência. As instituições que seguem esta abordagem tendem a tratar os erros como questões morais, gerando um problema complexo em função do direcionamento da origem do erro na pessoa, isolando os atos inseguros do seu contexto sistêmico[7]. Nesta abordagem, as pessoas tendem a trabalhar com medo de errarem e sofrerem punições, jamais notificando os erros que acontecem ou poderiam ter acontecido. Mesmo o ser humano sendo a parte mais frágil de um sistema, demiti-lo ou puni-lo não seria a solução do problema[8].

A abordagem sistêmica defende que humanos são passíveis de falhas e que erros podem acontecer em qualquer lugar, inclusive nas melhores organizações. Os erros são vistos como consequências de um evento, tendo suas origens não apenas na natureza humana, mas também nos fatores sistêmicos. Esta abordagem pressupõe a condição humana – isto é, que humanos erram – e conclui que a segurança depende da criação de sistemas que antecipem os erros e também os previnam ou os interceptem antes que causem dano[3]. Contramedidas são baseadas no pressuposto de que, embora não possamos mudar a condição humana, podemos mudar as condições em que os seres humanos funcionam. Quando um evento adverso ocorre, a questão importante não é quem errou, mas como e por que as defesas falharam[7].

Em todo serviço de saúde é importante consolidar alguma forma para decidir a culpabilidade de ações que levaram ou poderiam ter levado a eventos adversos, já que o ser humano é passível de erros. Porém, quando o sistema está muito bem estruturado e o erro ocorre, a culpa/responsabilidade pode não ser do sistema, o que pode ser mais bem entendido no decorrer do artigo, quando é mostrada a árvore de decisão para atos inseguros. Enquanto a área da segurança do paciente enfatizava a abordagem sistêmica como seu tema central, já havia especialistas que apontavam a necessidade de equilibrar esse pensamento da “não culpabilidade” com a importância da responsabilização em algumas circunstâncias[9].

O mais importante na compreensão das definições é entender que, na vigência de erro, não se deve procurar, inicialmente, um culpado, mas entender por que esse evento aconteceu[10]. Dentro deste contexto, Robert Wachter[9] diz que:

> a abordagem da “não culpabilidade” parece apropriada diante de alguns erros, mas não de outros. Dentre estes estão os erros cometidos por profissionais incompetentes, embriagados ou habitualmente descuidados, ou por aqueles que não estão dispostos a seguir regras e normas razoáveis de segurança. Esse reconhecimento tem levado, nos últimos anos, à tentativa de equilibrar a abordagem da “não culpabilidade” com a responsabilização.

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo conhecer as diferentes abordagens do erro humano nos cuidados de saúde, e explorar a questão da culpa do sistema *versus* a responsabilidade dos prestadores/cuidadores em relação à ocorrência de eventos adversos na saúde, por ser um assunto tão importante, mas tão novo na área da saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

A proposta para realização deste estudo é fazer uma revisão de literatura, mostrando diferenças de abordagens para um mesmo problema. Foi utilizado, para isso, livros e documentos sobre o assunto, além do conhecimento da autora em relação ao assunto, que trabalha na área da segurança e qualidade, juntamente com a Gerência de Risco em um Hospital Universitário. A busca por artigos foi feita através dos descritores “culpabilidade”, “sistemas seguros” e “responsabilização pessoal na saúde” e foram realizadas em sítios eletrônicos, tais como Scielo, Capes e Proqualis, utilizando como intervalo de tempo os anos de 2000 a 2014. Também foram utilizados livros sobre o assunto, dos quais tratavam sobre sistemas seguros em saúde, eventos adversos na saúde e segurança do paciente, encontrados em bibliotecas de universidades e livrarias de Porto Alegre. A partir da busca nas bases de dados, utilizando os descritores mencionados, foram encontrados oito artigos e três livros, além de outros materiais relevantes sobre o tema. Na tabela abaixo, são mostradas as obras e os principais resultados encontrados, sinteticamente.

Título	Ano	Artigo/livro	Principais resultados
O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem	2006	Artigo	A preocupação com a qualidade é inerente ao ser humano e evolui com ele, gerando com o correr dos tempos variadas formas de esforços contra a imperfeição, segundo as circunstâncias

			do momento.
Decision Tree for Unsafe Acts Culpability	[20--]	Artigo	A árvore de decisão pode determinar a culpabilidade por atos inseguros em instituições de saúde, ajudando a identificar como os fatores humanos e questões de sistemas contribuem para o evento.
Compreendendo a segurança do paciente	2010 2013	Livro	O movimento para a segurança do paciente substitui a repreensão por uma nova abordagem, que exprime a ideia de "repensar os processos assistenciais" em busca das correções necessárias.
Human error: models and management	2000	Livro	O problema do erro humano pode ser visto sob duas perspectivas nos serviços de saúde: a abordagem da pessoa ou a abordagem do sistema. Cada uma possui uma causalidade para o erro, e cada abordagem dá origem a diferentes filosofias de gerenciamento de erros.
Personal accountability in healthcare: searching for the right balance	2012	Artigo	É importante equilibrar a abordagem da 'não culpabilidade' com a necessidade de responsabilização em certas circunstâncias.
Erro médico em pacientes hospitalizados	2002	Artigo	Comparação entre abordagem centrada na pessoa e abordagem sistêmica
Higienização das Mãos e a Segurança do Paciente Pediátrico	2013	Artigo	A Organização Mundial da Saúde estima que, em países desenvolvidos, entre 5% e 10% dos pacientes admitidos em hospitais adquirem uma ou mais infecções que não estavam presentes no momento da admissão.
Erros de medicação no ambiente hospitalar: uma abordagem através	2012	Artigo	Modelo da árvore de decisão para atos inseguros

da bioética complexa			
Erros de medicação: quem foi?	2003		Forma das punições advindas da abordagem tradicional para erros
Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências.	2014	Artigo	Os eventos adversos são associados ao erro humano individual, mas deve-se considerar como desencadeadores as condições de trabalho, os aspectos estruturais e a complexidade das atividades desenvolvidas.
Gestão da biblioteca escolar: metodologias, enfoques e aplicação de ferramentas de gestão e serviços de biblioteca.	2008	Artigo	Objetivo da ferramenta de qualidade Diagrama de Ishikawa aliado ao Brainstorming.

As informações obtidas foram analisadas com base na Análise de Conteúdo de Minayo, utilizando-se a modalidade da Análise Temática, que consiste em "descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado"[11].

A Análise Temática é dividida em três etapas: **Pré-análise**, onde foi feita a leitura e escolha dos documentos a serem analisados; **Exploração do material**, que é a etapa que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto, onde foi feita a codificação do material e análise do texto, escolhendo as informações relevantes, classificando e agregando os dados em categorias; e **Tratamento dos resultados**, onde foram trabalhados os dados brutos, permitindo destaque às informações obtidas.

Minayo[11] descreve a categorização como um método de análise que preza pela objetividade e homogeneização das categorias ou classes. Nessa ótica, a

categorização pressupõe a leitura dos dados, diferenciação e reagrupamento em classes intituladas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos estudos analisados foi possível identificar a categoria temática Segurança do Paciente, da qual foram inseridas duas subcategorias, quais sejam: Modelo do Queijo Suíço e Árvore de Decisão. Esses dois modelos são utilizados como suporte em estudos de qualidade e segurança e são utilizados por instituições que utilizam a abordagem sistêmica em seus processos. Essas duas formas de análise de problemas serão apresentadas nesta seção.

SEGURANÇA DO PACIENTE

Em parte por causa das diversas definições e métodos de abordagem, vários estudos têm mostrado diferentes taxas de eventos adversos de hospital para hospital. No geral, a melhor estimativa é a de que aproximadamente uma em cada 10 admissões resultará em um evento adverso, com metade destes sendo evitáveis[3].

A abordagem tradicional para os erros relacionados com a assistência à saúde era acusar o profissional que estava diretamente prestando cuidados ao paciente, atuando na chamada “ponta” do cuidado. Segundo Wachter[3], tem-se reconhecido, ao longo da última década, que essa abordagem subestima o fato de que a maioria dos erros é cometida por pessoas comprometidas e bem treinadas, e que é pouco provável que esses erros sejam prevenidos por meio de repreensão aos indivíduos para que sejam mais cuidadosos. Por exemplo, erros em comportamentos de rotina podem ser mais bem prevenidos pela criação de checagens cruzadas, na forma de *checklists*, leitura de retorno e outros procedimentos de segurança padronizados (marcar o sítio cirúrgico antes da cirurgia, conferir a etiqueta do medicamento com a pulseira do paciente antes de administrar a medicação). Isso pode ser feito através da padronização dos processos, onde eles são aperfeiçoados e é criada uma cultura de segurança, diminuindo a possibilidade de ocorrer um evento adverso[12].

As correções advindas da abordagem tradicional significam, quase sempre, medidas disciplinares como repreensões orais ou escritas, suspensões, punições e demissão.

Um indivíduo, quando comete um erro em um ambiente gerido por essas normas, pode vir a ter vergonha, medo e frustração, entre outros sentimentos negativos, além de continuar com a mesma chance de errar em outro processo, pois o sistema não foi alterado para prevenir erros[13].

O movimento para a segurança do paciente substitui a repreensão por uma nova abordagem, conhecida como modelo mental sistêmico, que exprime a ideia de "repensar os processos assistenciais" em busca das correções necessárias[3]. Este paradigma pressupõe a condição humana – isto é, que humanos erram – e conclui que a segurança depende da criação de sistemas que antecipem os erros e também os previnam ou os interceptem antes que causem dano.

Modelo do Queijo Suíço

As defesas e barreiras ocupam uma posição chave na abordagem sistêmica. Sistemas de alta tecnologia têm muitas camadas de defesa. Algumas são projetadas, como alarmes, barreiras físicas, desligamentos automáticos, outras dependem de pessoas, e outras dependem de procedimentos e controles administrativos. Em um mundo ideal, cada camada de defesa estaria intacta. Entretanto, segundo Reason[7], elas são mais parecidas com fatias de queijo suíço, com muitos buracos, embora, ao contrário do queijo, esses buracos estejam continuamente abrindo, fechando e mudando sua localização.

O Modelo do Queijo Suíço, do psicólogo britânico James Reason, tem sido muito utilizado como modelo mental para a segurança do paciente. Esse modelo salienta que, em organizações complexas, um único erro na ponta normalmente é insuficiente para causar dano. Em vez disso, esses erros devem transcorrer múltiplas e incompletas camadas de proteção (as fatias do queijo suíço) para causar um resultado desastroso[14]. O modelo de Reason tenta diminuir a probabilidade de que os buracos se alinhem, permitindo que um erro os atravesse, enfatizando que as análises dos erros associados à assistência à saúde devem se concentrar em suas causas-raiz – não só na causa mais aparente, ocorrida na ponta do processo, mas em todas as condições implícitas que tornam um erro possível.

Duarte et al[15] comentam em seu artigo sobre o modelo de Reason:

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

Conhecer todos os fatores que levaram ao erro é o ponto mais importante para trabalhar na sua prevenção. Humanos são seres falíveis, com limitações e imperfeições. Desta forma, o erro humano deve ser compreendido de forma integral, sendo consideradas as sobrecargas de trabalho e desgastes dos trabalhadores, falta de conhecimento acerca de um processo, falta de comunicação entre a equipe, e falta de segurança nos equipamentos e estrutura[15].

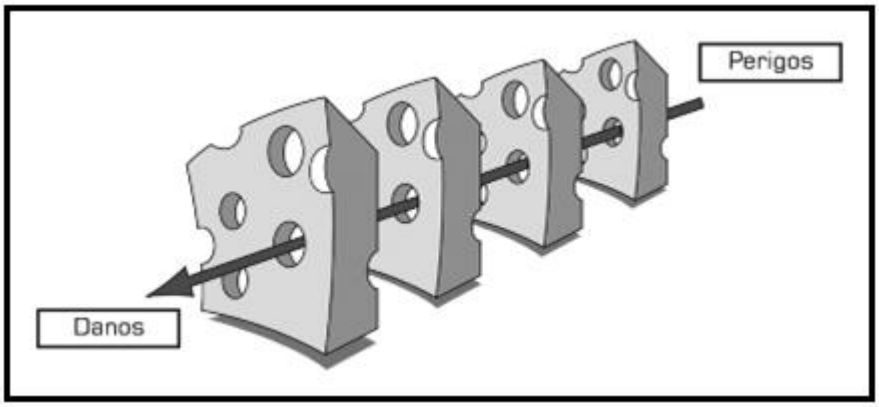

FIGURA 2: Modelo do "Queijo Suíço" – Adaptada de Reason[7].

O Diagrama de Ishikawa, também conhecido como Diagrama de Causa e Efeito ou Diagrama Espinha-de-peixe é uma das formas de encontrar a causa-raiz de um erro. É composto por 4 itens em sua estrutura, conhecidos como 4M: método, materiais, mão-de-obra, máquinas[16]. Todos esses itens devem ser completados de forma que nenhuma informação fique de fora. O diagrama permite evidenciar e estruturar todas as possíveis causas de um problema ou erro, buscando os pontos que necessitam de mudanças ou processos falhos dentro do sistema. Essa ferramenta de qualidade tem efeito melhor se agregada à ferramenta de *brainstorming* (ou tempestade de ideias), onde se procura encontrar os fatos do problema colocando o

grupo que teve participação no problema que ocorreu em um local onde todos podem falar sobre o que viram e o que sabem, sabendo que não sofrerão qualquer tipo de punição por isso, mas apenas irão falar para que as causas sejam encontradas e inseridas no diagrama de Ishikawa, para posteriormente ser feita a análise de causa raiz[16]. A importância desse tipo de avaliação é tentar encontrar o porquê de o erro ter ocorrido, e não julgar pessoas ou procurar culpados. Serve para encontrar, em conjunto, todas as causas de um evento, expandir a visão das prováveis causas do mesmo, melhorando a sua análise e a identificação de soluções, a fim de analisar processos em busca de melhorias[17,18].

No entanto, se o sistema é seguro, os processos foram repensados e melhorados priorizando a segurança, todos os treinamentos foram dados e, mesmo assim, o evento adverso ocorre, talvez o profissional deva ser responsabilizado. Robert Wachter comenta sobre a frase do filósofo alemão Arthur Schopenhauer, que diz que “a opinião é como um pêndulo e obedece à mesma lei”[9]. Ou seja, se passar do centro para um dos lados, seguirá uma mesma distância para o outro lado, só encontrando seu ponto de repouso depois de ir e voltar algumas vezes. Nos primeiros anos do movimento de segurança do paciente, o pêndulo estava em um dos lados, onde encontramos a abordagem da punição, sendo colocada toda a culpa no profissional. Anos depois, o pêndulo foi totalmente para o lado oposto, em direção aos sistemas. Agora, o pêndulo está voltando em direção a responsabilização pessoal, encontrando um ponto de equilíbrio entre essas duas abordagens.

Árvore de Decisão

Os pesquisadores que estudam os fatores humanos têm se preocupado em desenvolver ferramentas para gerenciar os atos inseguros. No livro Managing the Risks of Organizational Accidents, o autor James Reason fornece uma árvore de decisão para determinar a culpabilidade por atos inseguros em instituições de saúde, ajudando a identificar como os fatores humanos e questões de sistemas contribuem para o evento. Esta árvore de decisão é útil quando se trabalha em direção a uma abordagem não punitiva[19], e consiste de um fluxograma com nove perguntas em série, com respostas tipo sim ou não, que direcionam para a identificação de ações induzidas pelo sistema ou fatores individuais.

As perguntas da árvore são intuitivas na medida em que basta respondê-las na sequência proposta para chegar ao resultado final. É importante a seguinte definição para o item "teste de substituição" na Árvore de Decisão[19]:

- Passar no Teste de Substituição: será que outros três indivíduos com experiência semelhante, em uma situação e ambiente parecidos, agiriam da maneira como a pessoa que está sendo avaliada?

Se a resposta for SIM: o problema não é o indivíduo, mas o ambiente que provavelmente levaria a pessoa a esta ação. Passe para a pergunta sobre a história de atos inseguros.

Se a resposta for NÃO: se indivíduos com experiências similares não agiriam de forma semelhante, é mais provável que o indivíduo que está sendo avaliado tenha culpa ou responsabilidade sobre o ocorrido. Passe para a pergunta sobre deficiências no treinamento, seleção ou experiência.

Os resultados são estruturados em ordem do maior para o menor índice em relação à culpabilidade. Nos dois primeiros níveis a culpa é indubitavelmente da pessoa que cometeu o ato; nos níveis de três a cinco, parte da culpa é da pessoa e parte é do sistema; nos demais níveis, de seis a nove, o problema está no sistema[19].

O objetivo desse tipo de ferramenta não é apontar o ser humano como culpado, mas esclarecer as circunstâncias de um incidente, na tentativa de melhor o entendimento sobre o sistema, auxiliando a tomada de decisão frente ao erro[20].

Perguntas da Árvore de Decisão

1. As ações que levaram ao desvio foram intencionais?

a) SIM: passe para a pergunta 2.

b) NÃO: passe para a pergunta 3.

2. As consequências que levaram ao desvio foram intencionais?

a) SIM: RESULTADO 1.

b) NÃO: passe para a pergunta 3.

3. Houve utilização de procedimentos não autorizados?

a) SIM: passe para a pergunta 4.

b) NÃO: passe para a pergunta 5.

4. Houve autorização superior para o uso do procedimento não autorizado?

a) SIM: RESULTADO 3.

b) NÃO: RESULTADO 2.

5. Sabidamente a pessoa violou procedimentos operacionais escritos?

a) SIM: passe para a pergunta 6.

b) NÃO: passe para a pergunta 7.

6. Os procedimentos escritos estão disponíveis, viáveis, compreensíveis e corretos?

a) SIM: RESULTADO 4.

b) NÃO: RESULTADO 5 (se necessário, faça a pergunta 7).

7. Passa no Teste de Substituição?

a) SIM: passe para a pergunta 9.

b) NÃO: passe para a pergunta 8.

8. Há deficiência no treinamento, na seleção ou de experiência da pessoa?

a) SIM: RESULTADO 7.

b) NÃO: RESULTADO 6.

9. Há histórico de atos inseguros?

a) SIM: RESULTADO 8.

b) NÃO: RESULTADO 9.

Resultados da Árvore de Decisão:

1. Má-intenção, sabotagem, houve dano planejado.
2. Uso de procedimento não autorizado sem atenuantes.
3. Uso de procedimento não autorizado com atenuantes.
4. Possível violação por imprudência.
5. Violação induzida pelo sistema.
6. Possível erro por negligência.

7. Erro induzido pelo sistema.
8. Erro inocente, mas há necessidade de treinamento corretivo e aconselhamento.
9. Erro inocente.

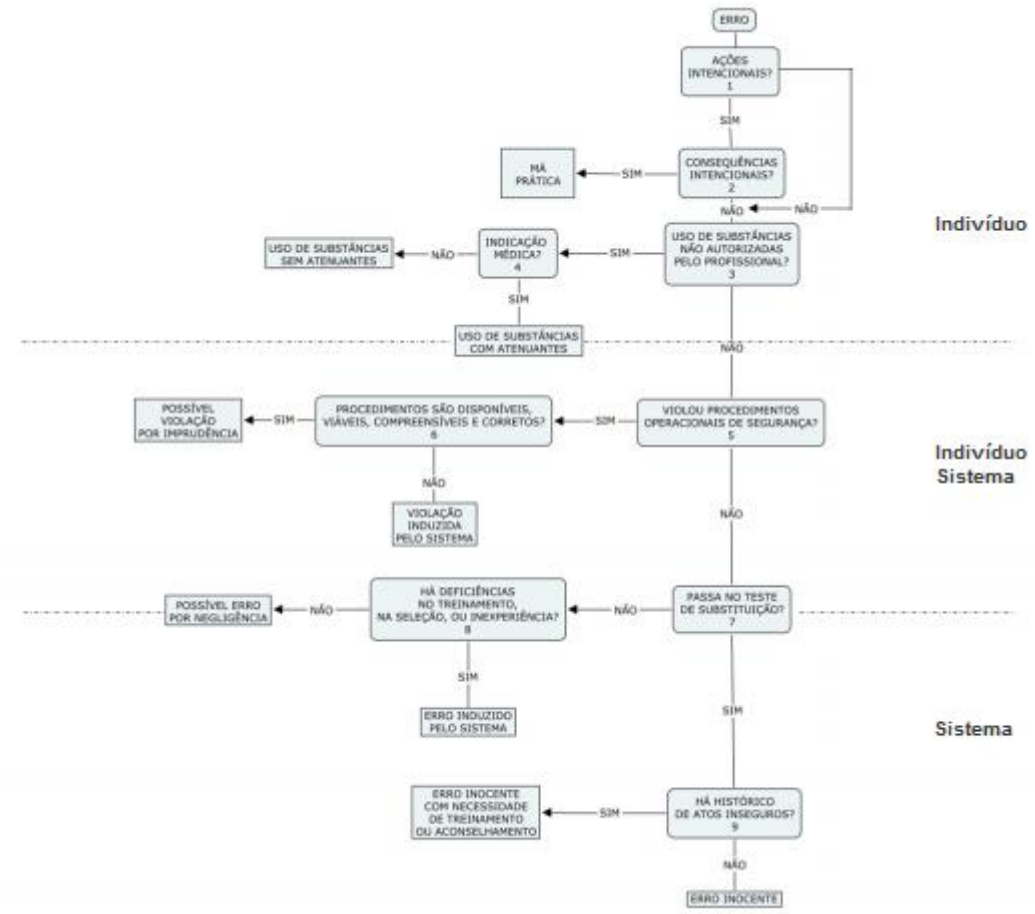

FIGURA 3: Árvore de decisão de atos inseguros – adaptado de Dalmolin[14].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante muito tempo as instituições culpavam os profissionais quando um erro ocorria. Essa abordagem foi repensada e entrou em jogo a teoria dos sistemas seguros, onde o profissional não tem culpa do que ocorre, e sim o sistema, que não estava devidamente seguro. Mais recente ainda, veio a abordagem da responsabilização pessoal pelos erros, utilizada quando o sistema se mostra seguro, são feitos treinamentos periodicamente, mas o erro ocorre.

Conforme objetivo do estudo, que é conhecer as diferentes abordagens do erro humano nos cuidados de saúde, e explorar a questão da culpa do sistema *versus* a

responsabilidade dos prestadores/cuidadores em relação à ocorrência de eventos adversos na saúde, foi possível identificar a necessidade de unir as duas abordagens na detecção do erro, trabalhando sempre sistemicamente, mas sabendo que existe a possibilidade de responsabilização na ocorrência de evento adverso na prestação de cuidado.

Isso foi visto analisando as duas subcategorias da categoria temática Segurança do Paciente, que mostra como trabalhar com a culpabilização na ocorrência de um erro na saúde. Primeiramente, é necessário olhar para o sistema, não procurando um culpado, mas procurando falhas e tentando encontrar a causa raiz daquele evento que ocorreu, para proceder à mudança nos processos em busca de melhorias, como mostra o Modelo do Queijo Suíço.

Ademais, pode-se ter uma situação em que o sistema está bem estruturado, mas o prestador de cuidado é negligente ou imprudente nas suas ações, tendo parte da culpa naquele erro e devendo ser responsabilizado, conforme mostra a Árvore de Decisão para Atos Inseguros.

Existem várias formas de abordar o erro, mas nenhuma é suficiente sem um pouco da outra, por isso é importante harmonizar as abordagens, encontrando seu ponto de equilíbrio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- D'innocenzo, Maria; ADAMI, Nilce Piva; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, 2006 jan-fev; 59(1): 84-8. Acesso em 24 mar 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100016

2- Portaria nº 529, de 1º de Abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). República Federativa do Brasil. Brasília - DF. Acesso em: 15 abr 2014. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/U_PT-MS-GM-529_010413.pdf

3- Wachter, Robert. M. Compreendendo a segurança do paciente. Tradução: Laura Souza Berquó. Porto Alegre: Artmed, 2010.

4- Porto, Talita Padilha; et al. Higienização das Mãos e a Segurança do Paciente Pediátrico. CIENCIA Y ENFERMERIA XIX (2): 99-109, 2013. Acesso em: 06 maio 2014. Disponível em: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n2/art_10.pdf

5- Organização Mundial da Saúde, OMS. Diretrizes da OMS sobre higienização das mãos na assistência à saúde (versão preliminar avançada): resumo: *mãos limpas são mãos mais seguras*. Aliança mundial para a segurança do paciente, 2005. Acesso em: 09 maio 2014. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/90d23e80474580d48cabdc3fbc4c6735/Diretrizes+da+OMS+sobre+Higiene+das+M%C3%A3os+-+Resumo+VS.pdf?MOD=AJPERES

6- Wachter, Robert. M. Compreendendo a segurança do paciente - 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, Amgh Editora, 2013.

7- Reason J. Human error: *models and management*. West J Med 2000; 172(6): 393-96. Acesso em: 02 maio 2014. Disponível em: http://www.bmj.com/content/320/7237/768

8- Henriqson, Eder. Erro Humano na Aviação: a perspectiva da engenharia de sistemas cognitivos. Laboratório de Pesquisas Aeroportuárias, 2009. Acesso em: 23 maio 2014. Disponível em: http://www.ipev.cta.br/ssv-apresentacoes/2009/Apresenta%C3%A7%C3%B5es/SSV%202009%2001-01%20-%20O%20Erro%20Humano%20na%20Avia%C3%A7%C3%A3o.pdf

9- Wachter, Robert. Personal accountability in healthcare: *searching for the right balance*. Proqualis; 1-17; 2012. Acesso em: 11 mar 2014. Disponível em: http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2012/08/30/bmjqs-2012-001227.full.pdf

10- Oliveira, Elson Santos de. II Jornada de Técnicos de Enfermagem do INCA: *erros na administração de medicamentos*. 2010. Acesso em: 02 maio 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/curso_erros_na_administracao_elson.pdf

11- Minayo, M. C. S. O desafio do conhecimento: *pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

12- Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, Coren-SP. 10 passos para a segurança do paciente. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – Rebraensp – Pólo São Paulo. São Paulo, 2010.

13- Rosa, Mário Borges; PERINI, Edson. Erros de medicação: *quem foi?*. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.49 no.3 São Paulo. July/Sept. 2003. Acesso em: 19 maio 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302003000300041&script=sci_arttext

14- Dalmolin, Gabriella Rejane dos Santos. Erros de medicação no ambiente hospitalar: uma abordagem através da bioética complexa. Dissertação de Pós-Graduação em Medicina. 2012. Acesso em: 02 maio 2014. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/60813

15- Duarte, Sabrina da Costa Machado; STIPP, Marluci Andrade Conceição; SILVA, Marcelle Miranda da. 4º Congresso Internacional Qualidade em Saúde e Segurança do Doente. Erros na assistência de enfermagem em terapia intensiva em um hospital público do Brasil. Lisboa. Maio, 2014. Acesso em: 29 maio 2014. Disponível em: http://www.qualsafetyportugal.eu/sites/qualsafetyportugal.eu/files/Proceedings-4-Congresso-Internacional-Qualidade-em-Saude-e-Seguranca-do-Doente.pdf

16- Behr, Ariel; Moro, Eliane Lourdes da Silva; Estabel, Lizandra Brasil. Gestão da biblioteca escolar: *metodologias, enfoques e aplicação de ferramentas de gestão e serviços de biblioteca*. Ci. Inf. vol.37 no.2 Brasília Mar./Aug. 2008. Acesso em: 02 jun 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-19652008000200003&script=sci_arttext

17- Sebrae. Manual de Ferramentas de Qualidade. 2005. Acesso em: 02 jun 2014. Disponível em: http://www.dequi.eel.usp.br/~barcza/FerramentasDaQualidadeSEBRAE.pdf

18- Oliveira, Roberta Meneses. Estratégias para promover segurança do paciente: *da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências*. Esc. Anna Nery vol.18 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2014. Acesso em: 22 maio 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100122&lang=pt#B03

19- Frankel, Allan. Decision Tree for Unsafe Acts Culpability. Patient Safety Center, Division of General Medicine, Brigham and Womens Hospital, Boston, Massachusetts, EUA. [20--]. Acesso em 15 abr 2014. Disponível em: http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/DecisionTreeforUnsafeActsCulpability.aspx

20- Carvalho, Manoel de; VIEIRA, Alan A. Erro médico em pacientes hospitalizados. J. Pediatr. (Rio J.) vol.78 no.4, Porto Alegre, 2002. Acesso em: 05 maio 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572002000400004

Normas e Instruções aos Autores – Revista Interface

Projeto e política editorial

INTERFACE - Comunicação, Saúde, Educação publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

A submissão de manuscritos é feita **apenas** *online*, **pelo sistema** *Scholar One Manuscripts.* (http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo)

Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

Forma e preparação de manuscritos

SEÇÕES

Dossiê - textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até seis mil palavras).

Artigos - textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Debates - conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos. (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil palavras; réplica: até mil palavras.).

Espaço aberto - notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

Entrevistas - depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

Livros - publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

Teses - descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência, constando de resumo com até quinhentas palavras. Título e palavras-chave em português, inglês e espanhol. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na internet.

Criação - textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

Notas breves - notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

Cartas - comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Nota: na contagem de palavras do texto, **incluem-se quadros** e excluem-se título, resumo e palavras-chave.

Envio de manuscritos

SUBMISSÃO DE ORIGINAIS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento estará disponível para upload no sistema.

Nota: para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Acesse o link http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo e siga as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, clique em "Author Center" e inicie o processo de submissão.

Os originais devem ser digitados em ***Word* ou RTF**, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Notas breves e Cartas).

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título (até 15 palavras), resumo (até 140 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

Nota: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé: identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

CITAÇÕES E REFERÊNCIAS

A partir de 2014, a revista Interface passa a adotar as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos.

CITAÇÕES NO TEXTO

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos.
Exemplo:

Segundo Teixeira[1,4,10-15]

Nota importante: as notas de rodapé passam a ser identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário**.**

Casos específicos de citação:

a) Referência de mais de dois autores: no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.
b) Citação literal: deve ser inserida no parágrafo entre aspas. No caso da citação vir com aspas no texto original, substituí-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo:
"Os 'Requisitos Uniformes' (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM."[1]

c) Citação literal de **mais de três linhas**: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com **4 cm** de recuo à esquerda, em**espaço simples**, **fonte menor** que a utilizada no texto, **sem** aspas, **sem** itálico, terminando na margem direita do texto.
Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...]encontramos algumas falhas no sistema[...]quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito[...].

Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos - *EstiloVancouver*[2].

REFERÊNCIAS
Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) - http://www.icmje.org. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (http://www.nlm.nih.gov/). As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo.

A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:
Dar um espaço após ponto.
Dar um espaço após ponto e vírgula.
Dar um espaço após dois pontos.
Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

EXEMPLOS:

LIVRO
Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Exemplo:
Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.
** Sem indicação do número de páginas.

Nota:
Autor é uma entidade:
Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde. 3ª ed. Brasília, DF: SEF; 2001.
Séries e coleções:
Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

CAPÍTULO DE LIVRO

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

Nota:
Autor do livro igual ao autor do capítulo:
Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.
Autor do livro diferente do autor do capítulo:
Cyrino, EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.
** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

ARTIGO EM PERIÓDICO
Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data de publicação; volume (número/suplemento): página inicial-final do artigo.

Exemplos:
Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

*até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.
** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

DISSERTAÇÃO E TESE
Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

Exemplos:
Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde

(SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

Exemplo:
Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [acesso 30 Out 2013]. Disponível em: www.google.com.br

* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de acesso (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: http://www.....

DOCUMENTO LEGAL
Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).
Exemplos:
Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

*Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT - 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

RESENHA
Autor (es).Local: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano;v(n):página inicial e final.

Exemplo:
Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012;16(43):1119-21.

ARTIGO EM JORNAL
Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).
Exemplo:
Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

CARTA AO EDITOR
Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano;v(n.):página inicial-final.

Exemplo:
Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012;16(43):1143-4.

ENTREVISTA PUBLICADA
Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

Exemplo:
Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013;715-29.

Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

Exemplo:
Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013:715-29.

DOCUMENTO ELETRÔNICO
Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]. Endereço do *site*com a expressão "Disponível em:"

Com paginação:
Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet],1998 [acesso em 20 Jun 1999]; 40. Disponível em:http://www.probe.br/science.html.

Sem paginação:
Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota:
Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. **Só neste caso** (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o Doi junto; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

ILUSTRAÇÕES
Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw).

Nota:
No caso de textos enviados para a Seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 200 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

As submissões devem ser realizadas *online* no endereço:
http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo

APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados). Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista.

Todo o conteúdo do trabalho aceito para publicação, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo DY-NC. É permitida a reprodução parcial e/ou total do texto apenas para uso não comercial, desde que citada a fonte. Mais detalhes, consultar o link:http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/