

DETERMINANTES NA PRODUÇÃO DE ERRO NO TRABALHO EM ENFERMAGEM

DETERMINANTS IN THE PRODUCTION OF ERROR IN NURSING WORK

DETERMINANTES EN LA PRODUCCIÓN DE ERROR EN EL TRABAJO DE ENFERMERÍA

Dhuliane Macêdo Damascena¹
Cristina Maria Meira de Melo²
Handerson Silva Santos³
Tatiane Araújo dos Santos⁴
Daniely Oliveira Nunes Gama⁵

Como citar este artigo: Damascena DM, Melo CMM, Santos HS, Santos TA, Gama DON. Determinantes na produção de erro no trabalho em enfermagem. Rev baiana enferm. 2022;36:e47540.

Objetivo: analisar condições determinantes para a produção de erro no trabalho em enfermagem. **Método:** pesquisa documental, analítica, qualitativa. **Dados coletados** em 19 processos ético-disciplinares, no período de 2000 a 2018, cujo objeto de denúncia foi o erro cometido por trabalhadoras em enfermagem. **Empregou-se** a Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin e a Teoria da Produção Social interpretada por Carlos Matus. **Resultados:** as técnicas e auxiliares em enfermagem foram as trabalhadoras mais denunciadas; o erro de medicação foi o mais frequente; a precarização do trabalho foi condição determinante na ocorrência de erros nos processos analisados. **Considerações finais:** predominaram condições estruturais de produção de erro no trabalho em enfermagem, permitindo refutar a noção hegemônica do erro como fenômeno moral no trabalho em enfermagem.

Descritores: Enfermagem. Trabalho. Condições de Trabalho. Erros Médicos. Segurança do Paciente.

Objective: to analyze determinant conditions for the production of error in nursing work. Method: documentary, analytical, qualitative research. Data collected in 19 ethical-disciplinary processes, from 2000 to 2018, whose object of complaint was the mistake committed by nursing workers. The Thematic Content Analysis proposed by Bardin and the Theory of Social Production interpreted by Carlos Matus were used. Results: nursing techniques and assistants were the most reported workers; medication error was the most frequent; job precariousness was a determining condition in the occurrence of errors in the processes analyzed. Final considerations: structural conditions of error production in nursing work predominated, allowing refuting the hegemonic notion of error as a moral phenomenon in nursing work.

Descriptors: Nursing. Work. Working Conditions. Medical Errors. Patient Safety.

Objetivo: analizar condiciones determinantes para la producción de error en el trabajo en enfermería. Método: investigación documental, analítica, cualitativa. Datos recogidos en 19 procesos ético-disciplinarios, en el período

¹ Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. dhuliane.macedo@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-4691-2393>.

² Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8956-582X>.

³ Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4324-8888>.

⁴ Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0747-0649>.

⁵ Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7018-3119>.

de 2000 a 2018, cuyo objeto de denuncia fue el error cometido por trabajadoras en enfermería. Se empleó el Análisis de Contenido Temático propuesto por Bardin y la Teoría de la Producción Social interpretada por Carlos Matus. Resultados: las técnicas y auxiliares en enfermería fueron las trabajadoras más denunciadas; el error de medicación fue el más frecuente; la precarización del trabajo fue condición determinante en la ocurrencia de errores en los procesos analizados. Consideraciones finales: predominaron condiciones estructurales de producción de error en el trabajo en enfermería, permitiendo refutar la noción hegemónica del error como fenómeno moral en el trabajo en enfermería.

Descriptor: Enfermería. Trabajo. Condiciones de Trabajo. Errores Médicos. Seguridad del Paciente.

Introdução

O trabalho produzido e consumido nos serviços de saúde é resultante de um sistema complexo de relações, o que torna possível a ocorrência de erros na sua produção. O erro é um ato não intencional, próprio da natureza humana, produto das circunstâncias em que as ações planejadas não alcançam o resultado desejado⁽¹⁾.

A ocorrência de erro na produção de serviços de saúde impacta nas organizações de saúde, pois repercute na imagem e confiabilidade organizacional, coloca em risco a integridade física e emocional dos pacientes e pode causar sequelas, danos ou morte. Para os trabalhadores, o erro é frequentemente relacionado a sentimentos de vergonha e culpa, dado que as organizações adotam uma cultura baseada na culpa e no medo⁽²⁾. Geralmente, os serviços de saúde e o Estado adotam a abordagem individual, responsabilizando os trabalhadores pela causa do erro. Com isso, fomentam a cultura da punição e do medo.

Entendemos que este modo de gerenciamento do erro no trabalho considera apenas a singularidade do trabalhador, desconsiderando as responsabilidades da própria organização de saúde, bem como os mecanismos criados como barreiras para a sua ocorrência. As barreiras existentes em sistemas complexos, como o de saúde, em particular o hospitalar, são confrontadas por pressões políticas e econômicas que colocam em vulnerabilidade a segurança de pacientes e trabalhadores, provocando um cenário de instabilidade propício à ocorrência de erros.

Desse modo, as condições de trabalho e emprego são apontadas como condições de produção de erro, pois afetam tanto o desempenho

da tarefa e da atividade quanto o aumento da probabilidade de ocorrer⁽³⁾. Este, no contexto contemporâneo do trabalho, está relacionado com a precarização do trabalho, as condições precárias de trabalho e a rígida estrutura hierárquica do processo de trabalho. Em vista desse cenário, o erro deve ser considerado como evidência de problemas mais profundos dentro de um sistema. Isso deve ser considerado no gerenciamento do erro no trabalho e na abordagem da trabalhadora e do trabalhador que erra, tanto pelas organizações de saúde quanto pelo órgão que regula o trabalho⁽⁴⁾.

Sob a perspectiva da regulação do trabalho em enfermagem, o erro é entendido como uma infração ética cometida por meio da ação, omissão ou conivência, que resulte em descumprimento do que está preconizado no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Na abordagem adotada pelo modelo de regulação do trabalho, recai sobre a trabalhadora em enfermagem que comete erro a instauração de processo ético-disciplinar (PED) junto ao Conselho Regional de Enfermagem cujo ato punitivo esgota-se em si mesmo. Nesse caso, o poder que condena a trabalhadora encarrega-se de construir socialmente a abordagem e aceitação de que o erro será coibido com a punição individual. Esse modo de interpretar o erro, confundindo-o com a ética, nega o campo das relações sociais onde o trabalho é executado. Por mais que o erro seja materializado em um ato individual, não pode ser separado do contexto em que ocorre⁽⁴⁾.

Dado que a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem é um fenômeno complexo e multifatorial, para direcionar a análise, elaboramos

fundamentos teóricos, tomando como base a Teoria da Produção Social, como a interpreta Carlos Matus. Esta teoria refere-se à leitura da realidade que a explica para além dos fatos aparentes, considerando três planos situacionais: o plano dos fatos propriamente ditos ou fenoprodução (fato de qualquer natureza); o plano das acumulações ou fenoe estruturas (capacidade de produção de novos fatos); e o plano das regras, leis básicas ou genoestruturas que regulam uma formação social e determinam a variedade do possível⁽⁵⁾.

Matus⁽⁵⁾ propõe uma forma de aproximação dos fenômenos, que integra três espaços de definição e explicação de problemas que utilizamos neste estudo: o espaço geral, que expressa as regras sociais básicas, regras estruturais ou genoestruturas; o espaço particular, que expressa a produção das ações humanas traduzidas em fatos políticos, econômicos, organizativos, cognitivos e comunicacionais, capazes de gerar fluxos de produção ou fenoe estruturas; o espaço singular, que expressa a produção de fatos ou fenômenos sociais ou fenoprodução.

Nesse sentido, ao avaliar a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem em diferentes espaços, situamos, no espaço geral, os determinantes para a sua ocorrência no trabalho em enfermagem, no qual destacamos: a precarização do trabalho, definida como um sistema político que visa à dominação, que rege os modelos de gestão das organizações de trabalho, disseminando medo, criando contexto de insegurança permanente do trabalhador e submetendo-o à exploração⁽⁶⁾; o modelo de organização do processo de trabalho, em particular o processo de trabalho em saúde, que se caracteriza pela rígida estrutura hierárquica e pela fragmentação das atividades⁽⁷⁾; e o modelo de gestão do trabalho adotado nas organizações, que se baseia na gestão pelo medo, na flexibilidade dos processos e das relações de trabalho e na captura da subjetividade do trabalhador⁽⁸⁾. Essas condições estruturam e regem os sistemas de trabalho aos quais os trabalhadores e trabalhadoras estão submetidos.

No espaço particular, que inclui a organização do processo de trabalho em enfermagem,

situamos os condicionantes para a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem. Esses expressam-se em distintos processos de trabalho, para as distintas profissões do campo da enfermagem, o que gera fragmentação na produção e execução das atividades no trabalho. O processo de trabalho em enfermagem é delimitado pela divisão social e técnica, demarcando e fragmentando o trabalho dito intelectual das enfermeiras e o trabalho dito manual das auxiliares e técnicas em enfermagem⁽⁴⁾.

A hierarquização, fragmentação e desigualdades que caracterizam o processo de trabalho em enfermagem são elementos primários para a ocorrência do erro, dado que a divisão social e técnica do trabalho não permite que as auxiliares e técnicas em enfermagem coloquem-se como atores, afastando-as do entendimento e controle do seu processo de trabalho⁽⁴⁾.

No espaço singular, situamos as características individuais da trabalhadora que erra, que estão relacionadas com as práticas executadas, com o domínio do conhecimento técnico específico, com a inter-relação entre trabalhadoras no processo de trabalho e entre trabalhadoras e usuários dos serviços de saúde. Neste espaço, consideramos que o erro pode ocorrer em qualquer situação, visto que a falibilidade é inerente à natureza humana.

Tendo em vista o espaço singular na produção do erro, a falha ativa é considerada a materialização do erro cometido por trabalhadoras que atuam na linha de base dos serviços de saúde. As singularidades das trabalhadoras contrastam com atitudes que dizem respeito aos aspectos sociais e afetivos relacionados ao trabalho – que explicam o comportamento normalmente experimentado pelo ser humano no seu ambiente de trabalho; aos conhecimentos – que correspondem ao saber, uma série de informações assimiladas e estruturadas pelo sujeito; e ainda à habilidade – que diz respeito à capacidade de aplicar e fazer uso do conhecimento adquirido com vistas à consecução de uma atividade⁽⁹⁾.

Os diferentes espaços de produção de erro estão interrelacionados e são interdependentes, uma vez que o espaço geral – dos determinantes – engloba os espaços particular e singular.

Contudo, este artigo foca as condições de produção do erro no trabalho em enfermagem situadas no espaço dos determinantes ou espaço geral e apresenta como pergunta de pesquisa: Quais são as condições determinantes para a produção de erro no trabalho em enfermagem identificadas em processos ético-disciplinares tramitados, julgados e arquivados nos Conselhos Regionais de Enfermagem na região do Nordeste brasileiro? Nesse sentido, o objetivo deste artigo é analisar condições determinantes para a produção de erro no trabalho em enfermagem.

Método

Trata-se de um estudo documental e analítico, com abordagem qualitativa. Os locais da pesquisa foram os arquivos dos Conselhos Regionais de Enfermagem da região do Nordeste brasileiro (Alagoas, Bahia, Rio Grande do Norte e Sergipe). O período de abrangência compreendeu os anos de 2000 a 2018. Para nortear a metodologia, foi utilizado instrumento *Equator Standards For Reporting Qualitative Research*⁽¹⁰⁾.

As fontes dos dados foram os PEDs, considerando-se como critérios de inclusão processos tramitados, concluídos e arquivados nos Conselhos Regionais de Enfermagem participantes do estudo, no período de 2000 a 2018. Foram excluídos os processos administrativos e os que não tinham a ocorrência do erro como denúncia. Foram identificados 279 processos. Destes, 19 tinham como objeto de denúncia o erro cometido por trabalhadoras em enfermagem.

Os dados foram coletados entre janeiro e novembro de 2019. Foram utilizados dois instrumentos construídos pelas pesquisadoras. O primeiro caracterizou os PEDs e as trabalhadoras denunciadas, com as seguintes dimensões: identificação do processo – número, data da abertura e encerramento, descrição do objeto da denúncia, data e turno da ocorrência do erro, denunciante; características da trabalhadora denunciada – categoria profissional, sexo, idade; características da organização onde ocorreu o erro – natureza jurídica da organização, unidade de trabalho onde ocorreu o erro; identificação de artigos

infringidos previstos no Código de Ética; decisão da plenária do Conselho Regional sobre o processo. O segundo instrumento, que registrou o conteúdo documental do PED, identificando seu número, objeto da denúncia e categoria da denunciada. está detalhado em três subseções, para transcrição do pronunciamento do denunciante, da denunciada e dos representantes do Conselho Regional.

Para a caracterização dos processos e das trabalhadoras denunciadas, foi utilizada a estatística descritiva, com frequências absolutas simples. Para a análise das condições determinantes de produção de erro, empregamos a Análise de Conteúdo Temática, que consiste na análise dos significados e das características da mensagem propriamente dita: os argumentos e as ideias nela expressos⁽¹¹⁾.

Nessa perspectiva, desenvolvemos uma sistematização de procedimentos exigidos para aplicação da Análise de Conteúdo Temática, abrangendo cronologicamente as seguintes fases: pré-análise – leitura flutuante do material coletado e parcialmente ordenado para análise preliminar, visando identificar quem erra, onde erra, qual tipo de erro, em que circunstâncias erra; exploração do material – codificação/definição das unidades de registro, contexto e categorização. Após a definição, as unidades de registro e contexto foram quantificadas, por meio da frequência simples, para atender ao postulado que afirma o aumento da importância de uma unidade com base na frequência de aparição; tratamento dos resultados, inferência e interpretação – os resultados foram descritos em uma síntese que expressa o conjunto de significados presentes nas diversas unidades de análise, buscando interconexões entre o erro cometido, o espaço estudado, as condições de produção de erro e a evidência processual, relacionando-os ao arcabouço teórico adotado⁽¹¹⁾.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética n. 28046914.7.0000.5531 e Parecer n. 632.501/2014).

Resultados

Nos Conselhos Regionais de Enfermagem participantes do estudo, foram identificados 19 PEDs com denúncia de erro no período analisado. Desse total, 11 corresponderam ao estado da Bahia, 3 ao estado de Alagoas, 3 ao estado do Rio Grande do Norte e 2 ao estado de Sergipe.

Quanto à caracterização do contexto de ocorrência do erro registrado nos PEDs, o turno noturno foi o mais citado quando da ocorrência do erro (7 citações). Quanto à natureza das organizações citadas nos processos, 13 são públicas e 6 privadas. O hospital foi o local de ocorrência de erros citado em 13 processos, a Unidade Básica de Saúde foi citada em 3 processos, a ocorrência de erros em Centro de Saúde (serviço de atenção especializada) foi citada em 2 processos e serviço de *home care* em 1 processo. Em 17 PEDs analisados, o erro de medicação foi o objeto de denúncia; em 1 processo, registrou-se erro em procedimento; e, em 1 processo, queda do paciente. Quanto às vítimas do erro 11 foram pacientes adultos,

7 foram crianças e registrou-se 1 ocorrência com paciente idoso.

Sobre as características das trabalhadoras denunciadas, 12 foram técnicas em enfermagem, 7 auxiliares em enfermagem, 5 enfermeiras e 1 atendente de enfermagem. Dos 26 trabalhadores denunciados, 25 foram do sexo feminino. Ressaltamos que, em um processo, pode ser denunciado mais de um trabalhador. Notamos que a maior frequência de denúncias referiu-se aos trabalhadores de nível médio.

Sobre as condições determinantes de produção de erro, considerando o procedimento analítico empregado e partindo da premissa de que a importância de uma unidade analítica aumenta com a frequência de aparição, a Tabela 1 apresenta o espaço geral de produção de erro e as condições que o compõem, com base na contagem das unidades de análise. Neste panorama, das 106 unidades de análise identificadas, 79 (74,52%) relacionavam-se com o espaço geral, que engloba determinantes para a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem, com destaque para a precarização do trabalho.

Tabela 1 – Frequência das unidades analíticas por espaço de produção de erro. Bahia, Alagoas, Rio Grande do Norte, Sergipe, Brasil – 2000-2018. (N=106)

Espaço de Produção de Erro	n
Espaço Geral – Determinantes para a ocorrência de erro	79
Precarização do trabalho	49
Intensidade do trabalho	46
Condições precárias de trabalho	2
Descarte do direito do trabalho	1
Modelo de Organização do Processo de Trabalho em Saúde	20
Inexistência de protocolos	19
Hierarquia no processo de trabalho em saúde	1
Modelo de Gestão do Trabalho	10
Inexistência de Programa de Educação Permanente	10

Fonte: Elaboração própria.

No Quadro 1, apresentamos a análise dos processos. Consideramos o espaço geral de produção de erro no trabalho em enfermagem e suas respectivas condições, evidenciando as

condições de produção mais frequentes em todos os processos analisados.

Quadro 1 – Categorias de análise do erro segundo espaços de produção, dimensão e evidência processual

Espaço de Produção de Erro (Geral)	Dimensão	Evidência Processual
Espaço Geral: determinantes para a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem	Precarização do trabalho	Intensidade do trabalho: <i>Alego também sobrecarga de trabalho, baixa vista encontrar-me responsável, naquela época, pela pediatria, com capacidade para 13 leitos, ficando, às vezes, com até 18 leitos ocupados, e ainda responsável pela emergência, pois nem sempre tem um profissional neste setor.</i> (Auxiliar em Enfermagem, Processo 10).
		Intensidade do trabalho: <i>Dentro desta unidade, primeiro andar, existem 20 leitos, mais sala de cirurgia, sala de parto, berçário e mini UTI [Unidade de Terapia Intensiva]. Além deles, no térreo, fica a emergência, a sala de observação e a sala de esterilização. Somos duas para tomar conta de tudo isso, realizando curativos, esterilização, nebulização, aferindo TA [Tensão Arterial], circulando em sala de cirurgia e de parto, sendo raras as noites em que não há uma cesárea.</i> (Auxiliar em Enfermagem, Processo 14).
		Condições precárias de trabalho: <i>A estrutura física horizontal e com paredes dificulta a articulação entre os leitos e o posto de enfermagem. É fato que a estrutura do setor UTI [Unidade de Terapia Intensiva] ficar entre paredes contribuiu para o erro, ao invés de ser panorâmico. Isso, sem dúvida, prejudica a atuação dos profissionais. Eis que, como têm de se movimentar entre o setor de enfermagem e a UTI para os procedimentos de anotações e de recebimento de medicamentos, acabam perdendo esta de vista, momentaneamente.</i> (Enfermeira, Processo 5).
		Descarte do direito do trabalho: <i>Você tem direito a repouso durante o plantão? Não. Quando o plantão está mais calmo, o que não foi o caso, pega-se os colchões do berço, coloca-os no chão do posto e reveza descanso com a colega. Neste dia, você ou sua colega conseguiram repousar? Não.</i> (Auxiliar em Enfermagem, Processo 12).
	Modelo de organização do processo de trabalho em saúde	Inexistência de instrumentos de trabalho (protocolos): <i>Existe neste setor um protocolo que apenas a enfermeira possa administrar medicações? Oficialmente não. Alguns técnicos, numa determinada situação, administravam a medicação, mas, no geral, não. Era o enfermeiro que administrava e não tinha isso por escrito. Era tudo verbal. Não existe POP [procedimento de operação padrão] exclusivo para administração de medicação na UTI [Unidade de Terapia Intensiva], porém existe um consenso sem POP, que apenas o enfermeiro administre medicação.</i> (Enfermeira, Processo 2).
		Hierarquia no processo de trabalho em saúde: <i>Até comentei com uma das colegas “quarenta gotas de dipirona para uma criança de 3 anos?”, mas uma delas, que não me lembro quem foi, ainda me disse: se o médico prescreveu, você tem que fazer.</i> (Técnica em Enfermagem, Processo 1).
	Modelo de gestão do trabalho	Inexistência de Programa de Educação Permanente: <i>Existe no hospital um sistema de educação continuada? Não. Há intervenções educacionais esporádicas de treinamento.</i> (Enfermeira, Processo 16).

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

Registramos que a maior parte das denúncias ocorreram contra técnicas e auxiliares em enfermagem. Este fato guarda relação com a divisão social e técnica do trabalho em enfermagem. As trabalhadoras de nível médio assumem atividades técnico-assistenciais no processo de trabalho, estando mais propensas à ocorrência de falhas dessa natureza. À enfermeira cabe a coordenação desse processo, configurando a natureza assistencial-gerencial do seu trabalho⁽¹²⁾. A divisão social e técnica do trabalho em enfermagem favorece a ocorrência de erro, porque separa as ações de planejamento e execução⁽⁴⁾.

Ainda que as atendentes de enfermagem não sejam reconhecidas pela legislação do trabalho em enfermagem (Lei Federal n. 7.498/1986), um PED registrou denúncia contra uma trabalhadora dessa posição. A categoria da atendente de enfermagem foi extinta em 1986, pela Lei n. 7.498, que limitou a atuação de atendentes de enfermagem até o ano de 1996. No entanto, o maior contingente de trabalhadoras do campo da enfermagem até meados dos anos 1990 era constituído desse grupo profissional, entretanto, como evidencia o PED, continuavam a exercer atividades privativas de técnicas em enfermagem, dado que as datas dos PEDs analisados têm início no ano 2000⁽¹³⁾.

O erro de medicação foi o tipo mais recorrente nos processos, o que pode ser atribuído ao fato de que esses são identificados mais facilmente, por apresentarem potencial de danos imediatos ao paciente. Por isso, são mais frequentemente relatados pelos trabalhadores da saúde. Embora representem um dos tipos mais habituais nos serviços de saúde, sua causalidade é complexa e multifatorial⁽¹⁴⁾.

O local de ocorrência de erro mais citado nos processos foi o hospital. Para a oferta de cuidados no ambiente hospitalar, utilizam-se tecnologias mais densas e contínuas, com maior exposição a esse tipo de risco. Ainda é necessário considerar que a notificação desses casos é mais habitual nos hospitais, pelas características dos serviços produzidos e por incorporar políticas de segurança do paciente⁽¹⁵⁾.

O turno de trabalho noturno predomina nas denúncias da ocorrência de erros. Estudo realizado em hospitais da Etiópia demonstrou que o trabalho noturno foi uma condição associada a erros na administração de medicamentos, devido à privação de sono, perda de concentração e exaustão vivenciada pelas trabalhadoras da enfermagem durante a noite⁽¹⁶⁾.

As condições situadas no espaço geral foram as mais recorrentes nos processos analisados. Em todos os processos, identificamos aspectos da precarização do trabalho, sendo o mais recorrente a intensidade do trabalho, que se refere ao consumo de energias pessoais e grupais despendido pelas trabalhadoras⁽¹⁷⁾. A intensidade do trabalho revela-se no subdimensionamento de trabalhadoras em enfermagem, que empregam toda a sua capacidade mental, física, criativa e relacional para executar as atividades demandadas. A intensidade do trabalho vivenciada por elas, com o subdimensionamento e o acúmulo de tarefas, é uma das prerrogativas do toyotismo, que tem como premissas básicas o trabalhador polivalente, multifuncional e com engajamento subjetivo com a organização⁽¹⁸⁾.

Estudo⁽¹⁹⁾ afirma que a intensidade do trabalho em enfermagem está relacionada aos fatores institucionais/laborais com foco na precarização do trabalho, subdimensionamento de pessoal com conseqüente aumento da carga de trabalho, fragilidades nas condições e relações de trabalho, extensão e/ou duplicidade da jornada de trabalho e realização de várias tarefas de modo simultâneo. Esses achados são compatíveis com os de estudo⁽⁴⁾ que demonstrou, em análise de PED no Conselho Regional de Enfermagem da Bahia, que a intensidade do trabalho e o subdimensionamento são as condições de produção de erro mais recorrentes.

As condições de trabalho são apontadas como determinantes para o erro no trabalho. Essas são compostas por um conjunto de variáveis que influenciam não só o trabalho, mas a vida do trabalhador⁽²⁰⁾. As trabalhadoras em enfermagem, de modo geral, tentam superar as más condições de trabalho impostas pelos empregadores, desenvolvendo estratégias para não prejudicar a assistência ao paciente, adaptando-se

à precarização do trabalho. Essas adaptações são pontuais e paliativas, pois não resolvem o problema de desestruturação das condições de trabalho alinhadas à lógica do capital e da política econômica neoliberal.

Para ilustrar essas adaptações, quando as condições de trabalho são inadequadas para atender ao perfil e à necessidade do paciente, as trabalhadoras em enfermagem precisam adaptar recursos existentes para substituir aqueles não disponíveis, executando suas atividades com materiais, equipamentos, insumos e ambientes improvisados, ao mesmo tempo em que executam múltiplas tarefas e assistem mais pacientes do que são capazes. Tudo isso indica trajetória de riscos para a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem.

O descarte do direito ao trabalho também é identificado, quando os direitos trabalhistas constantes nas leis que regulam o trabalho no Brasil (Consolidação das Leis do Trabalho ou outras normativas) não são cumpridos pelo empregador. As evidências processuais demonstram que as trabalhadoras em enfermagem não têm direito ao tempo de descanso e nem local adequado garantido pelo empregador. O trabalho em enfermagem no hospital é desenvolvido mediante um processo em que a assistência ao usuário deve ser contínua e ininterrupta. Ao atuarem sob essas condições, as trabalhadoras em enfermagem estão mais expostas à precarização do trabalho. Soma-se a este fato a redução do descanso ou até a sua ausência, o que acarreta aumento do número de horas trabalhadas, gerando fadiga, sonolência e indisposição, e isso contribui para a ocorrência de erros no trabalho em saúde⁽²¹⁾.

Nesse sentido, a garantia do descanso durante a jornada de trabalho é fundamental para o restabelecimento das condições físicas e mentais das trabalhadoras, visto que, no decorrer da jornada, elas despendem esforços para atender às demandas da organização e às necessidades dos usuários. Apesar de o descanso intrajornada consolidar-se como direito, não é incomum o cerceamento desse pelas organizações empregadoras, tendo em vista o predomínio da precarização do trabalho, aumentando a exploração e, deste modo, intensificando o trabalho.

As mudanças na CLT, aprovadas em 2017 pela Lei n. 13.467/2017, legalizaram práticas já existentes no mercado de trabalho e permitiram às organizações manejar a força de trabalho de acordo com as suas necessidades⁽²²⁾. Uma das mudanças, que flexibiliza a jornada de trabalho e repercute no direito ao descanso das trabalhadoras em enfermagem, é a abertura da negociação para redução do intervalo de alimentação/descanso para menos de uma hora em jornadas de trabalho que ultrapassem seis horas diárias.

Apesar de essa contrarreforma causar a impressão de que os próprios trabalhadores têm controle sobre o modo de regulação do trabalho, e são capazes, individualmente, de negociar com empregadores, em verdade ela amplia a liberdade do empregador para manejar o tempo de trabalho e o tempo do trabalhador de acordo com sua necessidade, bem como estender a jornada e ampliar a intensidade do trabalho. Além do mais, tais medidas de desmonte do direito trabalhista diminuem o poder de atuação dos sindicatos e desmobilizam a organização coletiva dos trabalhadores⁽²³⁾.

Ainda no espaço geral, situamos o modelo de organização do processo de trabalho em saúde, que é caracterizado por ter um objeto de trabalho complexo e singular, por ser de natureza coletiva, envolvendo múltiplos agentes na sua execução e pela intensa divisão do trabalho na sua organização. No processo de trabalho em saúde, são reconhecidos os seguintes elementos: agentes, objetos, instrumentos e atividade, e finalidade⁽⁷⁾. Para nossa discussão, o enfoque é nos instrumentos de trabalho, pois, no contexto da ocorrência de erro, foi constatada a inexistência desses, com destaque para protocolos operacionais e assistenciais que se constituem em recursos tecnológicos que orientam e organizam essa espécie de trabalho.

Devido à heterogeneidade do processo de trabalho em saúde, com múltiplos agentes, objeto de trabalho com necessidades distintas e socialmente determinadas, permeado por diferentes saberes, práticas e tecnologias, constata-se que protocolos são instrumentos imprescindíveis para organizar a assistência à saúde e orientar a prática dos trabalhadores da saúde⁽²⁴⁾.

A inexistência desses instrumentos, ausência de rotinas e de padrões institucionais permitem que a assistência aos usuários produza-se de modo heterogêneo, deixando para cada trabalhador a decisão sobre o que considera adequado. Isto leva a uma variabilidade de ações e práticas que pode culminar na ocorrência de erros. Esta também tem relação com a organização e as características do processo de trabalho em saúde, dada a sua hierarquização e a hegemonia do saber e do poder médico na definição da terapêutica. As unidades de análise apontam que as trabalhadoras em enfermagem, ao reconhecerem um erro de prescrição médica, não questionam a decisão tomada e seguem o que está prescrito por medo de retaliação dos prescritores e dos dirigentes da organização.

Nesse contexto, podemos prever que a decisão de não questionar a prescrição médica, principalmente entre as trabalhadoras em enfermagem de nível médio, não acontece apenas pelo medo, mas pelo fato de essas trabalhadoras sentirem-se incompetentes, dada a hegemonia do saber médico e a posição hierárquica subalterna que ocupam no processo de trabalho em saúde.

Outra condição determinante para a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem relaciona-se com o modelo de gestão do trabalho adotado pelas organizações e a decisão de não implantar Programas de Educação Permanente em Saúde. Desde a década de 1980, o toyotismo consolidou-se como modelo hegemônico de organização do trabalho. A ideologia disseminada por esse modelo parte da premissa de que o trabalhador deve ser capaz de assumir riscos, ser polivalente, ser flexível, buscar sempre qualificar-se e ser capaz de tomar decisões sobre o seu trabalho⁽¹⁸⁾. Desse modo, além da força física ser alvo do capitalismo, a subjetividade do trabalhador também o é. Nesse contexto, em que a gestão toyotista exige do trabalhador proatividade e imprime a ideologia de que ele deve ser capaz de gerenciar a própria vida, encontramos um referente para explicar a inexistência de programas de Educação Permanente em Saúde.

Nesse modelo de gestão, entendemos que a responsabilidade de qualificação para o trabalho recai apenas sobre o trabalhador, imprimindo a concepção que o aprimoramento contínuo é responsabilidade dele, para atender às demandas organizacionais. A gestão pelo medo, típica do sistema de precarização do trabalho, infunde no trabalhador a insegurança. Caso ele não se adeque às normas e necessidades da organização, será facilmente descartado. Desse modo, a organização isenta-se da obrigação de qualificar os trabalhadores. No entanto, pelas características do trabalho em saúde, esses dispositivos de formação e qualificação devem ser executados de modo permanente.

No trabalho em saúde, a Educação Permanente em Saúde é uma estratégia que permite a produção de processos de educação no próprio trabalho, capaz de promover reflexões sobre como materializam-se as ações de saúde, com o objetivo de problematizá-las e reconstruí-las por meio de práticas educativas significativas⁽²⁵⁾. Consideramos que os entraves para a consolidação dos programas de educação permanente relacionam-se com características do modelo de gestão do trabalho toyotista, pois este desresponsabiliza as organizações dessa tarefa, desconsidera condições estruturais que têm impacto no processo de trabalho e coloca a responsabilidade de formação e qualificação apenas sobre o trabalhador. Este deve estar constantemente se adaptando, para atender aos constrangimentos da organização.

Reconhecemos que a Educação Permanente em Saúde pode contribuir para a qualificação das trabalhadoras numa dimensão pedagógica e prática. No entanto, apontamos a impossibilidade de alterar os limites estruturais do capital, da precarização do trabalho e das condições precárias de trabalho vivenciadas por essas trabalhadoras, que são fatores determinantes para a produção de erro. No contexto dessa ocorrência no trabalho em enfermagem, a Educação Permanente em Saúde pode mostrar-se necessária para a construção de uma nova ordem, que busque alterar a abordagem punitiva das

trabalhadoras. A ocorrência desses eventos também pode ser utilizada para desenvolvimento da aprendizagem, como também para ampliar e aprimorar a capacidade técnica, científica e política dessas trabalhadoras.

Este estudo apresenta como limite a análise de dados sobre erros no trabalho em enfermagem que foram denunciados aos Conselhos Regionais de Enfermagem participantes do estudo, com desfecho em PED. Deve-se considerar que, no período de abrangência deste estudo, outros erros ocorreram nos serviços de saúde, embora nem todos tenham se tornado objetos de denúncia junto à autarquia que regula o trabalho em enfermagem.

Esta pesquisa contribui para elucidar que as trabalhadoras em enfermagem não erram sozinhas e nem erram predominantemente por causa de suas singularidades. Assim, a abordagem individual do erro e as medidas punitivas empregadas em PEDs não devem constituir-se em forma de gerenciamento do erro no trabalho. Ao punir, excluir e invalidar as trabalhadoras que erram, as condições que determinam a produção desse evento no trabalho em enfermagem permanecem intactas.

Considerações Finais

A autoria do erro é frequente entre técnicas e auxiliares em enfermagem, devido ao lugar ocupado por essas trabalhadoras na divisão social e técnica do trabalho e no processo de trabalho em enfermagem, ao assumirem atividades de natureza assistencial, executadas de modo fragmentado e sem participação no planejamento. O tipo de erro mais frequente refere-se ao de medicação, sendo o hospital registrado como o local de maior ocorrência.

Quanto à análise das condições de produção de erro no trabalho em enfermagem, os elementos identificados com maior frequência estão situados no espaço geral ou espaço dos determinantes, e estão relacionados à precarização do trabalho. Esta é identificada no contexto de trabalho em todos os PEDs analisados,

sendo a intensidade do trabalho – expressa pelo subdimensionamento de pessoal – a condição mais recorrente.

Assim, existem evidências que permitem afirmar que as condições de produção de erro no trabalho em enfermagem é uma condição estrutural, o que possibilita refutar a noção hegemônica no campo do trabalho em enfermagem, que aborda o erro como um fenômeno moral.

Colaborações:

1 – concepção e planejamento do projeto: Dhuliane Macêdo Damascena, Cristina Maria Meira de Melo e Handerson Silva Santos;

2 – análise e interpretação dos dados: Dhuliane Macêdo Damascena, Cristina Maria Meira de Melo e Handerson Silva Santos;

3 – redação e/ou revisão crítica: Dhuliane Macêdo Damascena, Cristina Maria Meira de Melo, Handerson Silva Santos, Tatiane Araújo dos Santos e Daniely Oliveira Nunes Gama;

4 – aprovação da versão final: Dhuliane Macêdo Damascena, Cristina Maria Meira de Melo, Handerson Silva Santos, Tatiane Araújo dos Santos e Daniely Oliveira Nunes Gama.

Fontes de Financiamento

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e aos Conselhos Regionais de Enfermagem participantes do estudo.

Referências

1. Reason J. El error humano. Madrid: Modus Laborandi; 2009.
2. Duarte SCM, Stipp MAC, Cardoso MMVN, Büscher A. Patient safety: understanding human error in intensive nursing care. Rev esc enferm USP. 2018;52:e03406. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017042203406>

3. Drews FA, Musters A, Samore MH. Error Producing Conditions in the Intensive Care Unit. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editores. *Advances in Patient Safety: new directions and alternative approaches*. 3th vol.: Performance and Tools [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 [cited 2021 Mar 1]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43691>
4. Silva-Santos H, Araújo-dos-Santos T, Alves AS, Silva MN, Costa HOG, Melo CMM. Error-producing conditions in nursing staff work. *Rev Bras Enferm*. 2018 Jul-Aug;71(4):1858-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0192>
5. Matus C. *Política, planejamento & governo*. Brasília: IPEA; 1993.
6. Bordieu P. *Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
7. Mendes-Gonçalves RB. Trabalho em saúde e pesquisa: reflexão a propósito das possibilidades e limites da prática de enfermagem. In: Ayres JR, Santos L, organizadores. *Saúde, sociedade e história* [Internet]. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 257-281 [cited 2020 Dec 17]. Available from: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-classicos-da-saude-coletiva/SaudeSociedadeeHistoria.pdf>
8. Guimarães Júnior SD, Eberhardt LD. Terceirização, saúde e resistências: uma revisão da literatura científica do campo da saúde do trabalhador. *Rev Trab (En)Cena*. 2020;5(1):5-27. DOI: <https://doi.org/10.20873/2526-1487V5N1P05>
9. Myakava LHK, Santos MA, Püschel VAA. Conhecimentos, habilidades e atitudes de estudantes de enfermagem sobre a prática baseada em evidências. *Rev esc enferm USP*. 2021;55:e20200428. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0428>
10. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Academic Med*. 2014 [cited 2020 Dec 29];89(9):1245-51. Available from: https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2014/09000/Standards_for_Reporting_Qualitative_Research__A.21.aspx
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo (SP): Edições 70; 2016.
12. Leal JAL, Melo CMM. The nurses' work process in different countries: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2018 Mar-Apr;71(2):413-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0468>
13. Brasil. Presidência da República. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF); 1986 [cited 2021 Feb 1]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm
14. Santos PRA, Rocha FLR, Sampaio CSJC. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(esp):e20180347. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180347>
15. Gama DON, Damascena DM, Santos TA, Santos HS, Melo CMM, Florentino TC, et al. Caracterização da produção científica sobre erro no trabalho em saúde. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE003562. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR03563>
16. Mekonen EG, Gebrie MH, Jemberie SM. Magnitude and factors associated with medication administration error among nurses working in referral hospitals in the Amhara region, northwestern Ethiopia. *J Drug Assess*. 2020;9(1):151-8. DOI: [10.1080/21556660.2020.1841495](https://doi.org/10.1080/21556660.2020.1841495)
17. Santos TA, Santos HS, Sampaio ES, Melo CMM, Souza EA, Pires CGS. Intensity of nursing work in public hospitals. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3267. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3221.3267>
18. Antunes R. *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez; 2018.
19. Arboit EL, Camponogara S, Freitas EO. Fatores relacionados à intensificação do trabalho da enfermagem hospitalar. *Res Soc Develop*. 2021;10(1). DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11703>
20. Santos TA, Suto CSS, Santos JS, Souza EA, Góes MMCSR, Melo CMM. Condições de trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de Enfermagem em hospitais públicos. *Rev Min Enferm*. 2020;24:e-1339. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20200076>
21. Teixeira GS, Silveira RCP, Mininel VA, Moraes JT, Ribeiro IKS. Qualidade de vida no trabalho e perfil demográfico-laboral da enfermagem em unidade de pronto atendimento. *Enfermería Global*. 2019 Jul;18(3):525-39. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.340861>

22. Krein JD. O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação coletiva. *Tempo Social*. 2018;30(1):77-104. DOI: <https://doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2018.138082>
23. Gibb LFS. A despadronização da jornada de trabalho [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2017.
24. Krauzer IM, Dall'Agnoll CM, Gelbcke FL, Lorenzini E, Ferraz L. A construção de protocolos assistenciais no trabalho em Enfermagem. *Rev Min Enferm*. 2018;22:e-1087. DOI: [10.5935/1415-2762.20180017](https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180017)
25. Oliveira ACDC, Cunha MA, Rebello R, Pereira SA, Raitz TR. Os sentidos da educação permanente em saúde para enfermeiras de um hospital infantil. *Nursing*. 2021;24(275):5582-86. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i275p5582-5591>

Recebido: 31 de dezembro de 2021

Aprovado: 23 de agosto de 2022

Publicado: 7 de novembro de 2022



A Revista Baiana de Enfermagem utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC). Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.