

Condições produtoras do erro no trabalho em enfermagem

Error-producing conditions in nursing staff work
Condiciones productoras del error en el trabajo de enfermería

Handerson Silva-Santos¹, Tatiane Araújo-dos-Santos¹, Angélica Santos Alves¹, Maria Navegantes da Silva¹, Heloniza Oliveira Gonçalves Costa¹, Cristina Maria Meira de Melo¹

¹ Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Salvador-BA, Brasil.

Como citar este artigo:

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 [Internet]. 2018;71(4):1858-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0192>

Submissão: 30-03-2017

Aprovação: 18-07-2017

RESUMO

Objetivo: Analisar os erros cometidos por trabalhadoras da enfermagem alvo de processos ético-disciplinares. **Método:** Pesquisa documental, exploratória, quanti-qualitativa. As informações foram coletadas em 13 processos ético-disciplinares do COREn BA, no período 1995 a 2010, que tinham como objeto de denúncia erro cometido por trabalhadoras da enfermagem. Os dados quantitativos foram analisados com uso da estatística descritiva e a análise dos dados qualitativos utilizou-se a abordagem da Teoria do Erro Humano e da Sociologia do Trabalho. **Resultados:** As técnicas e auxiliares de enfermagem são as trabalhadoras mais denunciadas. A organização de saúde, por meio da coordenação do serviço de enfermagem, foi a maior denunciante e o turno de maior ocorrência foi diurno. **Considerações finais:** Os erros cometidos pelas trabalhadoras da enfermagem demonstram que condições produtoras do erro estão presentes no contexto de sua ocorrência em todos os processos, sendo o subdimensionamento e a intensidade do trabalho as circunstâncias mais recorrentes.

Descritores: Enfermagem; Condições de Trabalho; Trabalho; Erro Médico; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Objective: To analyze the errors made by nursing staff workers who faced ethical-disciplinary actions. **Method:** Document, exploratory, quanti-qualitative research. The information was collected in 13 ethical-disciplinary actions of COREn BA, dated from 1995 to 2010, which had as object of complaint an error made by nursing staff workers. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics and the qualitative data was analyzed using the Human Error Theory and Sociology of Work. **Results:** Nursing technicians and assistants held most actions. The health institution, through the nursing service coordination, was the predominant complainer and the most frequent shift was daytime. **Final considerations:** The errors made by nursing staff workers demonstrate that error-producing conditions are present in the context of their occurrence in all actions, and understaffing and intensity of work are the most recurrent circumstances.

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

RESUMEN

Objetivo: Analizar los errores cometidos por trabajadoras de enfermería, objeto de procesos ético-disciplinares. **Método:** Investigación documental, exploratoria, cuantitativa-cualitativa. Se recogieron las informaciones de 13 procesos ético-disciplinarios del COREn (Consejo Regional de Enfermería) de Bahía, durante el período comprendido entre 1995 y 2010, que tenían como objetivo denunciar errores cometidos por trabajadoras de enfermería. Los datos cuantitativos se analizaron mediante estadística descriptiva y en el análisis de los datos cualitativos se utilizó el abordaje de la Teoría del Error Humano y de la Sociología del Trabajo. **Resultados:** Las técnicas y auxiliares de enfermería son las trabajadoras más denunciadas. La principal denunciante fue la organización de la salud, a través de la coordinación del servicio de enfermería y el turno con más incidentes, el diurno. **Consideraciones finales:** Los errores cometidos por las trabajadoras de enfermería demuestran que las condiciones productoras de dichos errores están presentes en el contexto de todos los procesos, siendo el sub-dimensionamiento y la intensidad del trabajo, las circunstancias más recurrentes.

Descriptor: Enfermería; Condiciones de Trabajo; Trabajo; Error Médico; Seguridad del Paciente.

AUTOR CORRESPONDENTE

Handerson Silva Santos

E-mail: handerson_bahia@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O erro é um ato não intencional e próprio da condição de seres humanos, produto das circunstâncias em que as ações planejadas não alcançam o resultado desejado⁽¹⁾.

A quantidade de erros que ocorre nos sistemas de saúde e produz sequelas nos usuários, causando mortes e aumentando custos, motivou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a lançar, em outubro de 2004, a *World Alliance for Patient Safety*, projeto para desenvolver uma classificação internacional para a segurança do paciente⁽²⁾. As iniciativas de prevenção do erro adotadas pela OMS foram acompanhadas por diferentes países, como os Estados Unidos, o Reino Unido e o Brasil.

Nos Estados Unidos, estimou-se que entre 44.000 a 98.000 pessoas morrem nos hospitais a cada ano, vítimas de erros evitáveis⁽³⁾. No Brasil, nos últimos 14 anos, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) registrou aumento de 1.600% nos processos por erros médicos, sendo a morte (28,16%) o dano mais reclamado pelos autores⁽⁴⁾.

No campo do trabalho em enfermagem, o crescimento de denúncias de erros junto ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, entre 2011 e 2012, foi de 220%⁽⁵⁾.

Na contramão dos números que revelam a dimensão do erro como um fenômeno a ser investigado e debatido nos serviços de saúde, estimula-se uma cultura no trabalho que preza pela perfeição, competência e competição, que despreza e esconde o erro. Ao mesmo tempo, as organizações da saúde adotam uma cultura organizacional de culpabilidade e da gestão pelo medo⁽⁶⁾.

Assim, o erro cometido no trabalho deve ser examinado, considerando-se falhas do trabalhador e dos mecanismos criados como barreiras para a ocorrência de erros. Ressalta-se que essas barreiras expressam a vulnerabilidade existente nos sistemas complexos, como os hospitais.

Nos sistemas complexos, há uma contradição intrínseca que confronta a eficiência operacional, de um lado, e a segurança, de outro. No contexto da saúde, a segurança do usuário dos serviços, bem como dos trabalhadores, é confrontada pelas pressões econômicas, pressões de tempo, de produtividade, da concorrência, do serviço prestado e da imagem pública da organização⁽⁷⁾. Agrega-se ainda a pressão provocada pela elevada carga de serviço e pela rígida estrutura hierárquica do processo de trabalho.

O erro no contexto contemporâneo está relacionado com a precarização do trabalho. Em vista desse panorama, o erro deve ser encarado como evidência de problemas mais profundos dentro de um sistema complexo, como é o sistema de serviços de saúde. Isso deve ser considerando na abordagem da trabalhadora que erra tanto pelas organizações de saúde quanto pelo órgão regulador do trabalho.

Sob a perspectiva da regulação profissional em enfermagem, o erro é entendido como uma infração ética a partir de uma ação, omissão ou conivência que resulte em desobediência ao que está preconizado no código de ética profissional. Desse modo, a ação realizada sem a intenção de causar dano pode ou não implicar em risco ou prejuízo ao paciente, passível de ser classificada como negligência, imperícia ou imprudência, sempre numa perspectiva individual⁽⁸⁾.

Na abordagem adotada pelo atual modelo de regulação profissional, recai sobre a trabalhadora da enfermagem que comete

um erro a instauração de um Processo Ético Disciplinar (PED) junto ao Conselho de Enfermagem, cujo ato punitivo esgota-se em si mesmo. Nesse caso, o poder que pune encarrega-se da construção social de que o erro deverá ser contido com a punição do indivíduo, consolidando a docilidade dos corpos e dos atos das trabalhadoras, ao agir sobre o erro apenas com o foco ético-profissional, e, ao mesmo tempo, negando o campo das relações sociais onde o trabalho é executado⁽⁹⁾.

Nesse sentido, este artigo tem por objetivo analisar os erros cometidos por trabalhadoras da enfermagem que foram alvo de processos ético-disciplinares.

Teoria do Erro Humano: abordagem crítica

Há dois modos de encarar o problema do erro humano: pela via da abordagem pessoal ou pela abordagem sistêmica. Para cada uma dessas abordagens sobre o erro há um modelo denexo causal, sendo que cada modelo dá origem a diferentes modos de gerenciamento do erro⁽¹⁰⁾.

Nos serviços de saúde, a tradição generalizada é a abordagem do erro na ótica pessoal. As contramedidas adotadas na ocorrência do erro, associadas à abordagem pessoal, propiciam a sensação de medo nas pessoas, a mudança de procedimentos (na criação de novos ou adaptação de existentes), a implementação de medidas disciplinares, o treinamento e a ameaça de processo ético-disciplinar e jurídico⁽¹⁰⁾.

Os adeptos dessa abordagem entendem o erro como fenômeno moral, assumindo que coisas ruins acontecem com pessoas más. Nessa perspectiva, personificam, culpam e envergonham os envolvidos. Assim, além da responsabilidade civil pelo ato, às pessoas que cometem o erro é imposto o peso moral da culpa⁽¹⁰⁾.

A “velha visão do erro humano” ou “teoria da maçã podre”⁽⁷⁾ parte do princípio da existência de pessoas de baixa ou pequena confiabilidade (as maçãs podres) em sistemas seguros. O autor argumenta que a popularidade dessa abordagem ocorre por ser uma via simples, fácil e de baixo custo para lidar com a segurança do paciente. Além disso, essa abordagem permite manter a imagem pública da organização ao se isentar da responsabilidade da ocorrência do erro, sendo, então, o trabalhador o único culpado.

Pelo nexos de causalidade da “velha visão do erro humano” ou “teoria da maçã podre”, o erro é tido como a causa da falha ou como o próprio fracasso em si⁽¹¹⁾. Assim, para solucionar o problema identificado, os investigadores devem procurar as falhas das pessoas de avaliação, julgamento e tomada de decisão⁽⁷⁾.

Por outro lado, na perspectiva da abordagem sistêmica, os acidentes ocorrem pela interconexão entre vários fatores e entre diferentes âmbitos da organização, não apenas devido a um único indivíduo⁽¹⁾. Nesse sentido, torna-se necessário a inclusão de medidas de segurança que funcionem como bloqueios para a ocorrência do erro, considerando-se um sistema complexo. A partir dessa perspectiva, pode-se questionar o paradigma da abordagem individual do erro.

A ocorrência do erro, por mais que seja um ato individual, não pode ser separada do contexto em que ocorre. É exatamente isso, porém, que faz a abordagem individual: separar o erro do seu contexto, sendo reafirmado como um ato em si mesmo, em que nega-o como componente de um processo⁽¹¹⁾.

As condições de trabalho e emprego são apontadas como condições produtoras do erro. Trata-se daquelas que afetam tanto

o desempenho da tarefa quanto o potencial para aumentar a probabilidade de erro quando uma tarefa é executada em tais condições⁽⁶⁾.

Condições de trabalho podem ser definidas como

conjunto de variáveis que influenciam a atividade, o trabalho e a vida do trabalhador. Algumas dessas variáveis dizem respeito aos aspectos ergonômicos, salariais, de autonomia e satisfação no trabalho, bem como à estabilidade do trabalhador no emprego e à flexibilização do trabalho, que são características do cenário de mudanças no mundo do trabalho⁽¹²⁾.

Portanto, a ocorrência de erros não se refere somente à atitude individual do trabalhador. No campo da enfermagem, as condições de trabalho que o empregador provê, tais como equipamentos e insumos, infraestrutura, modelo de organização do processo de trabalho, salário, jornada, garantia dos direitos trabalhistas, dimensionamento do número de trabalhadoras para prestação de serviços de assistência, entre outras, influenciam não só no modo como o trabalho será desenvolvido, mas também no resultado final alcançado⁽¹²⁾. Assim, no trabalho em saúde as condições de trabalho são determinantes para a segurança do paciente, do trabalhador e para possível ocorrência de erros.

OBJETIVO

Analisar os erros cometidos por trabalhadoras da enfermagem alvo de processos ético-disciplinares.

MÉTODO

Aspectos éticos

Este artigo faz parte da pesquisa Erros profissionais em enfermagem e precarização do trabalho, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Desenho, local do estudo e período

Este estudo caracteriza-se como documental, exploratório, quanti-qualitativo. O local da pesquisa foi o arquivo do Conselho Regional de Enfermagem da Bahia (COREn BA). O período de abrangência compreendeu os anos de 1990 a 2014.

Amostra, critérios de inclusão e exclusão

A fonte dos dados foram os processos ético-disciplinares. Foram considerados critérios de inclusão os processos estarem tramitados, concluídos e arquivados nesse Conselho entre o período 1990 e 2014. Como critério de exclusão, foram considerados os processos administrativos e os que não tinham a ocorrência do erro como denúncia. Foram identificados 160 processos. Destes, 13 tinham como objeto de denúncia algum tipo de erro cometido por trabalhadoras da enfermagem.

Protocolo do estudo

A coleta de dados realizou-se entre maio de 2015 e maio de 2016, utilizando um instrumento construído pelos pesquisadores, com as seguintes dimensões: 1. Identificação do processo: número,

data da abertura e encerramento, descrição do objeto da denúncia, data e turno da ocorrência do erro, denunciante; 2. Características da trabalhadora denunciada: categoria profissional, sexo, idade; 3. Características da organização onde ocorreu o erro: natureza jurídica da organização, tipo de serviço (se hospital ou outros), setor do serviço onde ocorreu o erro; 4. Identificação de artigos infringidos; 5. Decisão da plenária do Conselho Regional sobre o processo.

Nos 13 processos, os erros registrados constavam no processo de medicação. Um erro de medicação é conceituado como qualquer tipo de falha no processo de administração de medicamentos⁽²⁾. Para classificar os erros identificados nos processos, nos baseamos no parecer COREn BA N° 021/2013⁽¹³⁾, que estabelece normas para assegurar a correta administração de medicamentos.

Assim, as tipologias de erros identificadas neste estudo são as seguintes: (I) Medicação incorreta: erro decorrente da troca da medicação prescrita; (II) Paciente incorreto: erro decorrente da troca de paciente; (III) Ação incorreta: erro decorrente da execução incorreta do procedimento; (IV) Via incorreta: erro relacionado à troca da via de administração do medicamento; (V) Dose incorreta: erro decorrente da preparação inadequada de um medicamento, podendo ser uma super ou subdosagem; (VI) Registro incorreto: erro decorrente da ausência de registro após a administração do medicamento, de registro incompleto ou de registro sem que o medicamento tenha sido administrado.

Análise dos resultados e estatística

Os dados quantitativos foram analisados com uso da estatística descritiva, com frequências absolutas simples. Para a análise dos dados qualitativos, utilizamos a abordagem da Teoria do Erro Humano e de referenciais da Sociologia do Trabalho. Ao analisar os processos, buscamos identificar as seguintes interconexões: o erro cometido, as condições produtoras do erro e a evidência processual das condições produtoras do erro.

RESULTADOS

Do período investigado, foram encontrados processos que datam entre 1995 até 2010, estando no último ano a maior concentração de processos (03).

A organização de saúde, por meio da coordenação do serviço de enfermagem, foi a denunciante em cinco dos 13 processos. Quanto ao turno de ocorrência, o período diurno (manhã/tarde) foi o mais citado nos processos (oito citações).

As características das trabalhadoras que foram denunciadas estão descritas na Tabela 1. Vale registrar que em um processo pode ser denunciada mais de uma trabalhadora. Nota-se que são as trabalhadoras de nível médio em enfermagem as mais denunciadas sobre ocorrência de erros.

Quanto à natureza das organizações citadas nos processos, seis são públicas e sete privadas. O hospital é o tipo de serviço citado em 10 processos, sendo a unidade de internação o setor hospitalar os mais citados nos processos, com sete registros.

Em todos os processos ético-disciplinares analisados, o erro de medicação foi o objeto de denúncia, conforme pode ser observado na Tabela 2.

No Quadro 1, apresentamos a análise dos processos à luz da teoria do Erro Humano.

Tabela 1 – Distribuição das características das denunciadas em processos ético-disciplinares, segundo categoria profissional, sexo e faixa etária, Salvador, Bahia, Brasil, 2016

Características das denunciadas	n
Categoria Profissional	
Enfermeira	04
Técnica de enfermagem	03
Auxiliar de enfermagem	11
Total	18
Sexo	
Masculino	0
Feminino	18
Total	18
Faixa etária	
20-30	4
31-40	10
41 e mais	3
Total	18

Fonte: Arquivos do COREn BA, 2016.

Tabela 2 – Descrição dos erros objeto de denúncia em processos éticos, Salvador, Bahia, Brasil, 2016

Erro objeto da denúncia	n
Medicação incorreta	2
Paciente incorreto	3
Ação incorreta	2
Via incorreta	5
Dose incorreta	1
Total	13

Fonte: Arquivos do COREn BA, 2016.

DISCUSSÃO

As técnicas e auxiliares de enfermagem são as trabalhadoras mais denunciadas. Esse fato é explicado à luz da divisão técnica e social do trabalho em enfermagem, que no caso brasileiro é hierarquizada. As trabalhadoras de nível médio assumem tarefas e atividades técnico-assistenciais no processo de trabalho, enquanto cabe à enfermeira a coordenação desse processo, configurando a natureza dual assistencial-gerencial do seu trabalho⁽¹⁴⁾.

Quadro 1 – Categorias de análise do erro segundo a Teoria do Erro Humano

Falha ativa	Condições produtoras do erro	Evidência processual
Via incorreta	Subdimensionamento de trabalhadoras e Intensidade do trabalho	<i>Eu estava no plantão e assumi as quatro clínicas e o CME, ficando com em torno de cento e cinquenta pacientes. (Processo 4)</i> <i>Eu me confundi na hora pois tava [sic] aplicando medicação em muitos pacientes e trabalhando sozinha. (Processo 4)</i>
	Ausência de supervisão do processo de trabalho das técnicas e auxiliares	<i>Não existe supervisão direta e constante sobre o auxiliar de enfermagem no ambulatório, porque não há profissional disponível para isso, uma vez que há 02 [duas] enfermeiras, sendo 01 [uma] encarregada para consulta de enfermagem e outra para manipulação. (Processo 7)</i>
	Intensidade do trabalho	<i>Perguntaram se eu tinha condições para trabalhar naquela noite? Eu preferi ficar, para não deixar a colega da noite trabalhar sozinha. (Processo 1)</i>
	Cerceamento dos direitos trabalhistas	<i>[...] e sim sobrecarregada porque ela era Fapex [terceirizada pela Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão da Universidade Federal da Bahia] e não tinha direito a licença para acompanhamento de familiar [...]. (Processo 3)</i>
Paciente incorreto	Ausência de insumos e equipamentos	<i>[...] Falta materiais, os aparelhos não são novos, falta protocolo, não temos um carro de emergência apesar de já termos solicitado diversas vezes. (Processo 2)</i>
	Intensidade do trabalho	<i>Dia tumultuado, cheio de ocorrências, mães cansadas preocupadas com seus filhos internados, muitas atribuições como vocês já sabem do fato [...]. (Processo 10)</i>
	Subdimensionamento de trabalhadoras e Intensidade do trabalho	<i>Quantos pacientes eram escalados para cada profissional? Ficam mais ou menos treze para cada TE, creio que em média são 42 ou 45 leitos. Muitos pacientes são graves porque o hospital atende toda região sudoeste. Muitas vezes com indicação de UTI, só que não tem vaga então ficam na clínica médica aguardando a vaga. (Processo 11)</i>
Medicação incorreta	Subdimensionamento de trabalhadoras e intensidade do trabalho	<i>Questionamos sobre a presença de somente 02 auxiliares de enfermagem para o atendimento de 13 pacientes, mais sala de parto, pronto atendimento e intercorrências na unidade. (Processo 12)</i>
	Armazenamento inadequado de medicamentos	<i>A geladeira onde vocês guardam as medicações existem compartimentos específicos para os anestésicos? Não, é uma geladeira pequena e os medicamentos ficam na porta da geladeira e nas prateleiras, inclusive sangue sem separação. (Processo 5)</i>
	Cerceamento dos direitos trabalhistas	<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 o descanso com a colega. (Processo 12)</i>
	Intensidade do trabalho	<i>Nós auxiliares de enfermagem temos obrigação de entregar o plantão com todos os pacientes tomado banho, trocada a roupa de cama, aferido os sinais vitais, aplicado as medicações, feito os curativos, como também deixar todo o material utilizado já lavado, secado, empacotado para esterilização. (Processo 5)</i>

Continua

Quadro 1 (cont.)

Falha ativa	Condições produtoras do erro	Evidência processual
Ação incorreta	Subdimensionamento de trabalhadoras e intensidade do trabalho	<i>E como não tem enfermeiro na instituição em todos os períodos alguns procedimentos que são privativos do enfermeiro são realizados pelo AE e TE, além do que algumas atividades são agregadas quando não há funcionamento de setores como: lavanderia e farmácia. (Processo 6)</i> <i>Plantão noturno agitado, nessa época eu dava conta da pediatria e do ambulatório no horário das 19 às 22, e a partir dessa hora entrega para o próximo colega, e dava continuidade do plantão da pediatria (Processo 8)</i>
Dose incorreta	Subdimensionamento de trabalhadoras e intensidade do trabalho	<i>Quantas enfermeiras trabalham lá? Apenas um enfermeiro trabalhava para duas emergências. A emergência tem uma rotatividade de mais ou menos 700 pacientes por dia [...]. (Processo 13)</i> <i>Geralmente o plantão no hospital é bastante movimentado. (Processo 13)</i>
	Ausência de insumos e equipamentos e de educação permanente	<i>Você acha que o hospital está estruturado para dar acompanhamento a paciente de oncologia vindo de outras instituições? Não, por falta de estrutura física, falta de treinamento do pessoal e equipamento de proteção individual. (Processo 13)</i>

A divisão técnica e social do trabalho em enfermagem favorece o erro porque separa as ações de planejamento e execução, sendo as enfermeiras responsáveis pela primeira atividade e as técnicas e auxiliares de enfermagem pela segunda. A divisão entre trabalho intelectual e manual demandaria enfermeiras em quantidade para a supervisão do trabalho das técnicas e auxiliares. Além disso, pode-se questionar sobre o que as trabalhadoras de nível médio executam como contrário ao que está prescrito na lei do exercício profissional⁽¹⁵⁾.

Dentre os processos, destacam-se como denunciadores as organizações de saúde, representadas pela coordenação de enfermagem. Isso pode ocorrer porque os usuários desconhecem o papel fiscalizador do Conselho de Enfermagem sobre o trabalho e, também, a informação de que poderiam buscar o Conselho para fazer a denúncia sem necessariamente dirigir-se à organização de saúde. Desse modo, percebe-se que o processo de comunicação do Conselho de Enfermagem com a sociedade ainda carece de melhorias.

Embora esteja previsto na Carta de Direitos dos Usuários da Saúde o livre acesso do paciente ou de pessoa por ele autorizada às informações sobre a sua condição de saúde⁽¹⁶⁾, não é incomum que esse processo seja dificultado pelos profissionais ou pela organização⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

A abordagem individual do erro e a cultura do medo⁽¹⁾ fomentadas nas organizações de saúde nos permitem inferir que, ao formalizar a denúncia junto ao Conselho, as organizações também se desresponsabilizam pelo erro cometido, pois buscam junto à família dos usuários e à sociedade manter a imagem de que estão agindo na causa do erro, solucionado pela punição da trabalhadora.

A adoção desse tipo de abordagem sobre o erro encontra-se respaldada no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), dado que este regulamenta a abordagem individual do erro, Isso permite a punição da trabalhadora sem outros mecanismos que possam corresponsabilizar a organização, como nos casos das legislações que regulam o trabalho em enfermagem nos Estados Unidos⁽¹⁹⁻²⁰⁾ e no Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido⁽²¹⁾.

Trabalhadoras entrevistadas em pesquisa afirmam ser recorrente a não notificação de erros no processo de medicação por temor da abordagem punitiva, que corresponde a 80,3% das medidas tomadas nas organizações. Desse modo, além da responsabilidade civil pelo ato, às pessoas que cometem erro é imposto o peso moral da culpa, sendo desconsideradas as condições de trabalho⁽²²⁾.

No entanto, o erro no processo de medicação é facilmente identificável, dadas as reações que pode provocar e por envolver diversos trabalhadores e etapas, permitindo, dialeticamente, mais falhas e controle nas barreiras de proteção ao erro. Os usuários internados em hospitais estão submetidos, via de regra, a uma terapêutica medicamentosa, cujos preparo e administração são as tarefas mais executada por técnicas e auxiliares de enfermagem. Além disso, o processo de trabalho no hospital é controlado com protocolos operacionais bem-estruturados.

O Quadro 1 descreve que as condições produtoras do erro se relacionam com a precarização do trabalho. Essa é uma estratégia utilizada pelos empregadores, alicerçada na insegurança e no medo da perda do emprego, submetendo trabalhadoras à exploração e condições precárias de trabalho⁽²³⁾.

Em todos os processos, identificamos o subdimensionamento e a intensidade do trabalho, pelo ritmo acelerado de trabalho e dobras no plantão, como condições produtoras do erro. Não sem razão, esses dois fatores estão relacionados, pois, ao manter um quantitativo de trabalhadoras abaixo do necessário para a execução da assistência, o empregador intensifica o trabalho de quem ainda se mantém na organização, atribuindo à profissional múltiplas tarefas e ações. Como exemplo do impacto da intensidade e subdimensionamento sobre a segurança do paciente, Aiken et al.⁽²⁴⁾ afirmam que cada paciente adicional gera sobrecarga de trabalho para uma enfermeira, aumentando em 7% a probabilidade de um paciente morrer, quando internado no hospital.

A intensidade do trabalho se refere ao consumo de energias pessoais e grupais despendido pelas trabalhadoras em seu labor cotidiano⁽²⁵⁾. Podemos observar nas evidências dos processos que as trabalhadoras, devido ao subdimensionamento, são obrigadas a assumir múltiplas funções e tarefas. O trabalhador multifuncional e polivalente é uma característica do modelo de gestão do trabalho toyotista, que também tem como premissas a flexibilidade e a disposição do trabalhador para a resolução de problemas durante o seu trabalho⁽²⁶⁾. Porém, uma maior intensidade predispõe o trabalhador à fadiga, às distrações e aos lapsos durante o trabalho.

O ritmo acelerado de trabalho no ambiente hospitalar provoca o desgaste físico e psíquico, que interfere diretamente no trabalho realizado⁽²⁷⁾. Retomando o conceito de condições de trabalho⁽¹²⁾, estas são compostas por um conjunto de variáveis que influenciam não só o trabalho, mas a vida do trabalhador. Assim, nos processos ético-disciplinares analisados, notamos que

a execução do trabalho em enfermagem é comprometida pelas precárias condições laborais ofertadas por seus empregadores, que se revelam como produtoras do erro.

Limitações do estudo

Esta pesquisa apresenta como limite a análise apenas de dados sobre erros no trabalho em enfermagem que foram denunciados ao COREn BA, com desfecho em processo ético-disciplinar. É possível considerar que no período de abrangência deste estudo outros erros tenham ocorrido nos serviços de saúde, embora nem todos tenham virado objetos de denúncia e, consequentemente, processo ético-disciplinar.

Contribuições para área da Enfermagem

Esta pesquisa contribui para elucidar a precarização do trabalho em enfermagem como causa raiz da produção de erros no trabalho. A partir daí, contribui para o questionamento da cultura do medo nas organizações de saúde e sua consequência diante do erro: a abordagem individual e punitiva da trabalhadora da enfermagem, desconsiderando o contexto, as condições de trabalho e a corresponsabilidade da organização de saúde.

CONCLUSÃO

A autoria do erro, como esperado, é frequente entre técnicas e auxiliares de enfermagem, devido ao lugar ocupado por essas

trabalhadoras na divisão técnica e social do trabalho. O tipo de erro encontrado refere-se somente ao processo de medicação.

Destaca-se como denunciante a organização de saúde, o que revela, por um lado, a fragilidade do acesso à informação e da consciência sanitária dos usuários e, por outro, a assunção da abordagem punitiva e individualizada do erro por parte da organização.

Os erros cometidos pelas trabalhadoras da enfermagem, alvo de processos ético-disciplinares, demonstram que sua origem é um fenômeno estrutural (condições de trabalho) e não um fenômeno moral (falha individual). As condições produtoras do erro, relacionadas à precarização do trabalho, estão presentes no contexto de sua ocorrência, em todos os processos, sendo o subdimensionamento e a intensidade do trabalho as condições produtoras do erro mais recorrentes. Esse achado contribui para desmistificar que a trabalhadora erra sozinha. Assim, a organização de saúde, ao manter as condições produtoras do erro, também é responsável pela ocorrência do erro.

FOMENTO

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

AGRADECIMENTO

Ao Conselho Regional de Enfermagem da Bahia.

REFERÊNCIAS

1. Reason J. El error humano. Madrid: Modus Laborandi; 2009.
2. World Health Organization-WHO. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety[Internet]. 2009[cited 2016 Nov 05]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
3. US. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: building a safer health system[Internet]. National Academy of Science. 1999[cited 2016 Nov 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>
4. Ferraz A. Erros médicos crescem 1.600% em 10 anos: o aumento na demanda é a principal causa, mas a falta de qualificação também é um risco. Tribuna da Bahia[Internet]. 2015 Apr 08;[cited 2015 May 25]. Available from: <http://www.tribunadabahia.com.br/2015/04/08/erros-medicos-crescem-1600-em-10-anos>
5. Lenharo M. Denúncias contra profissionais de enfermagem crescem 220% em 2 anos. O Estado de São Paulo[Internet]. 2013 Feb 03[cited 2016 Nov 01]. Available from: <http://www.estadao.com.br/noticias/geral,denuncias-contra-profissionais-de-enfermagem-crescem-220-em-2-anos-imp,992311>
6. Drews FA, Musters A, Samore MH. Error Producing Conditions in the Intensive Care Unit. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, (Eds.). 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 2016 Nov 01]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43691>
7. Dekker S. The field guide to human error. Bedford, UK: Cranfield University Press; 2001. 112p.
8. Sidon LU, Barreto IS, Sousa OAF, Macedo F, Peixoto AD. Análise preliminar dos Processos Ético-Disciplinares transitados em julgado no Cofen (2005-2010): um ensaio para a pesquisa. Enferm Foco[Internet]. 2012[cited 2016 Dec 02];3(4):216-8. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/388/179>
9. Foucault M. Vigiar e punir: a história da violência nas prisões. Petrópolis, RJ: Vozes; 2015. 328p.
10. Reason J. El Human error: models and management. BMJ[Internet]. 2000[cited 2016 Aug 29];320(7237):768-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>
11. Woods DD, Cook RI. Mistaking Error. In: Youngberg BJ. Patient Safety Handbook. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning; 2013. p. 99-110
12. Silva MC. Condições de trabalho da enfermeira nos hospitais do sistema único de saúde da Bahia[Dissertação]. Universidade

Federal da Bahia. 2016. 100p.

13. Conselho Regional de Enfermagem da Bahia. Parecer n° 021/2013. Dosagem de Medicamentos como Responsabilidade do Enfermeiro. Salvador: COREn BA; 2013[cited 2016 Nov 05]. Available from: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html
14. Melo CMM, Santos TA, Leal JAL. Processo de trabalho assistencial-gerencial da enfermeira. In: Vale EG, Peruzzo SA, Felli VEA. PROENF-Programa de Atualização em Enfermagem: Gestão: Ciclo 4. Sistema de Educação Continuada a Distância. Porto Alegre, RS: Artmed Panamericana; 2015. p.45-75.
15. Lei n. 7498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União[Internet]. 1986[cited 2016 Nov 01]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm
16. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 3. ed. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2011.
17. Leite RAF, Brito ES, Silva LMC, Palha PF, Ventura CAA. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. Interface[Internet]. 2014[cited 2016 Nov 01];18(51):661-71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0653>
18. Bittencourt ALP, Quintana AM, Velho MTAC, Goldim JR, Wottrich LAF, Cherer EQ. A voz do paciente: por que ele se sente coagido? Psicol Estudo[Internet]. 2013[cited 2016 Nov 12];18(1):93-101. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000100010>
19. National Council of State Boards of Nursing-NCSBN. Board and Regulation, Board Action[Internet]. 2016[cited 2016 Sep 20]. Available from: <https://www.ncsbn.org/673.htm>
20. Ismail F, Clarke SP. Improving the Employer-Regulator Partnership: an analysis of employer engagement in discipline monitoring. J Nurs Regul[Internet]. 2014[cited 2016 Nov 05];5(3):19-23. Available from: [http://journalofnursingregulation.com/article/S2155-8256\(15\)30056-9/abstract](http://journalofnursingregulation.com/article/S2155-8256(15)30056-9/abstract)
21. National Health Service[Internet]. Patient Safety Alerts. National Patient Safety Alerting System. England: NHS; 2014[cited 2015 Sep 20]. Available from: <http://www.england.nhs.uk/patientsafety/psa/>
22. Santos JC, Ceolim MF. Iatrogenia de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados. Rev Esc Enferm USP[Internet]. 2009[cited 2016 Nov 01];43(4):810-17. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a11v43n4.pdf>
23. Druck G. A precarização social do trabalho no Brasil. In: Antunes R. Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II. São Paulo (SP): Boitempo; 2013. p. 55-74.
24. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalki J, Silber JH. Hospital nursing staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA[Internet]. 2002[cited 2016 Oct 10];288(16):1987-993. Available from: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/195438>
25. Dal Rosso S, Cardoso ACM. Intensidade do trabalho: questões conceituais e metodológicas. Soc Estado[Internet]. 2015[cited 2016 Aug 02];58(4):31-4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922015.00030003>
26. Antunes R, Druck G. A terceirização como regra? Rev Trib Sup Trab[Internet]. 2013[cited 2016 Nov 01];79(4):214-31. Available from: https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/1939/55995/011_antunes_druck.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. Gonçalves FGA, Sousa NVD, Pires AS, Santos DM, D'Oliveira CAFB, Ribeiro LV. Modelo neoliberal e suas implicações para a saúde do trabalhador de enfermagem. Rev Enferm UERJ[Internet]. 2014[cited 2016 Nov 05];22(4):519-25. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a14.pdf>