



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

DHULIANE MACÊDO DAMASCENA

CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DE ERRO NO TRABALHO EM ENFERMAGEM

SALVADOR

2021

DHULIANE MACÊDO DAMASCENA

CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DE ERRO NO TRABALHO EM ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, na Linha de Pesquisa Formação, Gestão e Trabalho em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Maria Meira de Melo

Coorientador: Prof. Dr. Handerson Silva Santos

SALVADOR

2021

D155 Damascena, Dhuliane Macêdo.
Condições de produção de erro no trabalho em enfermagem/Dhuliane Macêdo Damascena. – Salvador, 2021.
134 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Maria Meira de Melo, Coorientador:
Prof. Dr. Handerson Silva Santos.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2021.
Inclui referências e anexos.

1. Enfermagem - trabalho. 2. Enfermagem – erro no trabalho.
3. Enfermagem – processos éticos disciplinares. 4. Conselhos Regionais de Enfermagem – processos. I. Universidade Federal da Bahia. II. Título.

CDU 616-083:35.06

DHULIANE MACEDO DAMASCENA

CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DE ERRO NO TRABALHO EM ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, na Linha de Pesquisa Formação, Gestão e Trabalho em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em 16 de abril de 2021.

BANCA EXAMINADORA



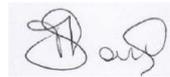
Cristina Maria Meira de Melo – Orientadora

Doutora em Saúde Pública. Professora da Universidade Federal da Bahia



Sóstenes Ericson Vicente da Silva – Membro externo

Doutor em Letras e Linguística. Professor da Universidade Federal de Alagoas



Tatiane Araújo dos Santos – Membro interno

Doutora em Enfermagem e Saúde. Professora da Universidade Federal da Bahia



Jonas Sami Albuquerque de Oliveira – Suplente

Doutor em Enfermagem. Professor da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Às trabalhadoras do campo da enfermagem,
que erraram e erram todos os dias no trabalho.

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa é fruto de um trabalho coletivo e, portanto, são numerosos os agradecimentos.

À minha família: meus pais (Jocelia e Juvenal), Gleigiane, Allabson, Emerson e Skank Júnior, por todo o apoio, paciência e compreensão.

A Cristina Melo, por compartilhar toda a sua *expertise* e experiência, contribuindo para ressignificar a minha formação profissional e pessoal.

A Handerson Santos, por ter acreditado em mim, pelo apoio que sempre me deu nessa trajetória, contribuindo para a execução deste trabalho.

A Tatiane Araújo, por todo o incentivo dado à minha formação, pelas contribuições no exame de qualificação do projeto e neste trabalho final.

Aos professores Sostenes Ericson Silva e Jonas Sami Albuquerque, pela disponibilidade em colaborar na minha formação acadêmica e pelas contribuições no exame de qualificação do projeto e neste trabalho final.

Aos Conselhos Regionais de Enfermagem participantes da pesquisa, por terem autorizado o acesso aos arquivos e a execução do estudo.

Aos grupos de pesquisa Trabalho, Ser Social e Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e Caleidoscópio: Laboratório de Pesquisa sobre Educação, Trabalho, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, pela parceria na execução deste e demais projetos.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, docentes, discentes e funcionárias(os) que me receberam com muito respeito e atenção.

Aos participantes do grupo Gerir, cuja convivência nesse período foi muito grata para mim. Obrigada Daniely Nunes Gama, Laís e Aléxia.

Às minhas amigas Taís Sena, Georgiane Mota, Sarah Senna, Mariana Costa e Ariane Varjão, por sempre vibrarem positivamente por mim.

A todos os que, mesmo longe, torceram pelo meu sucesso.

A Deus, por toda proteção.

AGRADECIMENTOS AOS ÓRGÃOS DE FOMENTO

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela concessão da bolsa de estudos, que me proporcionou a participação em eventos científicos nacionais e a permanência no curso de mestrado.

À Fundação de Amparo à Pesquisa da Bahia (Fapesb), pelo financiamento que proporcionou a execução desta e de outras pesquisas.

RESUMO

DAMASCENA, Dhuliane Macedo. **Condições de produção de erro no trabalho em enfermagem**. 2021. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

O objetivo da pesquisa foi analisar condições de produção de erro em processos ético-disciplinares tramitados, julgados e arquivados nos Conselhos Regionais de Enfermagem do Nordeste brasileiro. Trata-se de estudo analítico com abordagem qualitativa. Os locais do estudo foram os Conselhos Regionais da Bahia, Alagoas, Sergipe e Rio Grande do Norte. Foram incluídos na pesquisa processos éticos disciplinares tramitados, julgados e arquivados no período de 2000 a 2018. Para a análise dos dados, empregou-se a Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin. O processo analítico tomou como base a Teoria da Produção Social interpretada por Carlos Matus, considerando-se três espaços para a produção de erro no trabalho em enfermagem: espaço geral, espaço particular e espaço singular. No período investigado, foram identificados 19 processos com denúncia de erro no trabalho em enfermagem, envolvendo 26 trabalhadoras. Os resultados apontaram que a autoria do erro no trabalho em enfermagem é frequente entre técnicas e auxiliares em enfermagem, dada a natureza do trabalho que executam, predominando atividades assistenciais. O erro mais recorrente foi o de medicação no ambiente hospitalar. As condições de produção de erro mais frequentes no trabalho em enfermagem foram identificadas no espaço geral ou de determinação do erro (74,52%), com destaque para a precarização do trabalho, revelada pela intensidade do trabalho, pelo descarte do direito do trabalho e pelas condições precárias de trabalho. No espaço geral, ainda se evidenciou o modelo hierarquizado de organização do processo de trabalho em saúde e ausência de instrumentos de trabalho, como condições de produção de erro no trabalho em enfermagem. No espaço particular, as condições de produção de erro identificadas estavam relacionadas com a organização do processo de trabalho em enfermagem (15,09%). No espaço singular, que situa as singularidades das trabalhadoras em enfermagem, como conhecimento, habilidade e atitude, expressaram-se com menor frequência (10,3%) as condições de produção de erro. Concluiu-se que as condições de produção de erro foram identificadas com mais frequência no espaço geral, dos determinantes para a ocorrência de erro, sendo a precarização do trabalho a condição mais recorrente. As singularidades das trabalhadoras em enfermagem, situadas no espaço singular, emergiram com menor frequência como condições de produção de erro, demonstrando que essas profissionais não erravam sozinhas e nem suas singularidades eram predominantemente causas de erro.

Palavras-chave: Erro Médico. Trabalho. Enfermagem.

ABSTRACT

DAMASCENA, Dhuliane Macedo. **Conditions of error production in nursing work.** 2021. 134 f. Dissertation (Master's degree in Nursing and Health) - School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2021.

The aim of this research was to analyze conditions of error production in ethical-disciplinary processes processed, judged and filed in the Regional Nursing Councils of the Brazilian Nordeste. This is an analytical study with a qualitative approach. The location of the study were the Regional Councils of Bahia, Alagoas, Sergipe and Rio Grande do Norte. The research included disciplinary ethical proceedings, lawsuits and filed in the period from 2000 to 2018. For data analysis, the Thematic Content Analysis proposed by Bardin was used. The analytical process was based on the Theory of Social Production interpreted by Carlos Matus, considering three spaces for the production of error in nursing work: general space, private space and singular space. In the period investigated, 19 processes were identified with complaint of error in nursing work, involving 26 workers. The results showed that the authorship of the error in nursing work is frequent among nursing technicians and auxiliaries, and the nature of the work they perform, predominantly care activities. The most recurrent error was medication in the hospital environment. The most frequent error production conditions in nursing work were identified in the general space or error determination (74.52%), with emphasis on the precarious nature of work, revealed by the intensity of work, by the disposal of labor law and for the precarious working conditions. In the general space, it is also evidence for the hierarchical model of organization of the work process in health and absence of work instruments, as conditions of error production in nursing work. In the particular space, the conditions of error production identified were related to the organization of the nursing work process (15.09%). In the singular space, which situates the singularities of nursing workers, such as knowledge, skill and attitude, were expressed less frequently (10.3%) error production conditions. It is concluded that the conditions of error production were identified more frequently in the general space, of the determinants for the occurrence of error, and the precariousization of the work was the most recurrent condition. The singularities of nursing workers, situate din the singular space, are less frequently the conditions of error production, demonstrating that these workers did not err on their own and nor were their singularities predominantly causes of error.

Keywords: Medical Errors. Work. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – O modelo do queijo suíço no sistema de acidentes	25
Figura 2 – Esquematização do Plano de Análise de Conteúdo Temática	50
Figura 3 – Espaços de produção de erro no trabalho em enfermagem	55
Quadro 1 – Categorias de análise segundo espaço/dimensão de produção de erro no trabalho em enfermagem	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização de Processos ético-disciplinares com denúncia de erro tramitados, julgados e arquivados nos Conselhos Regionais de Enfermagem. Bahia, Sergipe, Alagoas, Rio Grande do Norte, Brasil – 2000-2018. (N=19)	58
Tabela 2 – Características sociodemográficas das trabalhadoras em enfermagem denunciadas por erro no trabalho nos Conselhos Regionais de Enfermagem. Bahia, Sergipe, Alagoas, Rio Grande do Norte, Brasil – 2000-2018. (N=26)	61
Tabela 3 – Distribuição das penalidades aplicadas nos Processos ético-disciplinares com denúncia de erro tramitados, julgados e arquivados nos Conselhos Regionais de Enfermagem, por categoria profissional. Bahia, Sergipe, Alagoas, Rio Grande do Norte, Brasil – 2000-2018. (N=24)	62
Tabela 4 – Características do contexto da ocorrência do erro no trabalho em enfermagem em Processos ético-disciplinares tramitados, julgados e arquivados nos Conselhos Regionais de Enfermagem. Bahia, Sergipe, Alagoas, Rio Grande do Norte, Brasil – 2000-2018. (N=19)	64
Tabela 5 – Caracterização dos autores da enunciação das unidades de análise. Bahia, Sergipe, Alagoas, Rio Grande do Norte, Brasil – 2021. (N=106)	65
Tabela 6 – Frequência da unidade analítica por espaço de produção de erro e unidades temáticas. Bahia, Sergipe, Alagoas, Rio Grande do Norte, Brasil – 2021. (N=106)	66

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AE	Auxiliar em Enfermagem
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
CEPE	Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
CFM	Conselho Federal de Medicina
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
Coren	Conselho Regional de Enfermagem
EE	Escola de Enfermagem
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
GEMS	<i>Generic Error-Modelling System</i>
GERIR	Núcleo de Pesquisa em Políticas, Gestão, Trabalho e Recursos Humanos em Enfermagem e Saúde Coletiva
HD	<i>Hard disk</i>
HEART	Técnica de Avaliação e Redução de Erros Humanos (<i>Human Error Assessment and Reduction Technique</i>)
HPRAC	<i>Health Professions Regulatory Advisory Council</i>
NHS	<i>National Health System</i>
NRA	<i>Nurse Regulatory Authority</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PED	Processo Ético-Disciplinar
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PNAB	Política de Atenção Básica
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
POP	Procedimento Operacional Padrão
PPSUS	Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SIH	Sistema de Informações Hospitalares

TA	Tensão Arterial
TE	Técnico em Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
SVEST	<i>Second Victim Experience and Support Tool</i>
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	ABORDAGENS SOBRE O ERRO HUMANO	21
3	ERRO NO TRABALHO EM SAÚDE E EM ENFERMAGEM	28
4	REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE	34
4.1	REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE EM DIFERENTES PAÍSES	34
4.2	REGULAÇÃO DO TRABALHO EM ENFERMAGEM NO BRASIL	40
5	METODOLOGIA	44
5.1	LOCAL DE ESTUDO E AMOSTRA	44
5.2	COLETA DE DADOS	45
5.3	PROCEDIMENTOS PARA INSTAURAÇÃO, INSTRUÇÃO E JULGAMENTO DE PROCESSO ÉTICO-DISCIPLINAR EM PRIMEIRA E SEGUNDA INSTÂNCIA	46
5.4	DESENHO DA ANÁLISE	47
5.5	ASPECTOS ÉTICOS	56
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PROCESSOS ÉTICO-DISCIPLINARES COM DENÚNCIA DE ERRO	57
6.2	CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DO ERRO NO TRABALHO EM ENFERMAGEM	65
6.2.1	Espaço Geral: determinantes para a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem	72
6.2.1.1	<i>Precarização do trabalho</i>	72
6.2.1.2	<i>Modelo de organização do processo de trabalho em saúde</i>	78
6.2.1.3	<i>Modelo de gestão do trabalho</i>	83
6.2.2	Espaço Particular: condicionantes para a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem	86
6.2.3	Espaço Singular: singularidades da trabalhadora que erra	90
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
	REFERÊNCIAS	95

APÊNDICE A – Matriz dos artigos científicos identificados com o tema erro no trabalho em enfermagem	111
APÊNDICE B – Instrumento de coleta I: caracterização dos processos ético-disciplinares	120
APÊNDICE C – Formulário de coleta II: análise dos processos cujo objeto da denúncia é o erro no trabalho	126
ANEXO A – Categorias e variáveis sobre precarização do trabalho em enfermagem em hospitais públicos estaduais	128
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	132

1 INTRODUÇÃO

O trabalho produzido e consumido no setor saúde é resultante de um sistema complexo de relações que torna passível a ocorrência de erros na sua produção. Erro humano é definido como ato não intencional, próprio da natureza humana, que pode ser tipificado no campo da habilidade, do conhecimento, do planejamento, da execução e das regras. O erro abrange todas as ocasiões em que as ações planejadas e executadas não atingem o resultado desejado (REASON, 2009).

Os estudos sobre erro humano concentraram-se inicialmente na área da aviação e da indústria, para compreender os fenômenos envolvidos na produção desses eventos. Com a evolução de pesquisas sobre erro em diferentes áreas, foram produzidas definições para o termo. Segundo Rucimam *et al.* (2009), em diferentes pesquisas, foram encontradas cerca de 17 a 24 definições de erro e 14 definições para evento adverso¹. No setor saúde, diante das diversas definições de erro, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, desenvolveu a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, que definiu sete tipos de erros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Antes da publicação desse documento, iniciativas de prevenção do erro foram introduzidas no setor saúde, devido à preocupação com erros decorrentes das práticas dos trabalhadores da saúde, impulsionando um movimento em escala mundial com vistas à segurança do paciente. Uma referência importante sobre essa temática no campo da saúde é o relatório do Instituto Americano de Medicina *To err is Human: Building a safer health care system*, que constatou 7.391 mortes anuais em hospitais norte-americanos e mais de 10.000 mortes em instituições ambulatoriais decorrentes de erros na administração de medicamentos. Este relatório também indicou que, nos Estados Unidos da América (EUA), entre 44.000 e 98.000 pessoas morriam a cada ano por erros médicos evitáveis (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000).

Além de revelar a magnitude do problema, o efeito político desse relatório foi a inclusão da segurança do paciente na agenda política de diversos países. Entretanto, duas décadas depois dessa publicação, e apesar da adoção de diversas estratégias recomendadas, o erro é considerado uma ameaça às organizações de saúde, visto que eleva os custos dos serviços, repercute na

¹ Nesta dissertação, o termo evento adverso não é considerado como eufemismo, para minimizar ou suavizar a palavra erro (termo que socialmente carrega uma concepção negativa). Com base no conceito de erro utilizado neste estudo, entendemos evento adverso e erro como termos sinônimos. A aparição do termo evento adverso em diversos trechos deste trabalho refere-se a resultados de estudos produzidos por outros autores, pois optamos por manter o termo original utilizado por eles.

imagem e na confiabilidade organizacional, coloca em risco a integridade física e emocional dos pacientes, podendo causar sequelas, danos ou morte (SANTOS *et al.*, 2007). Para os trabalhadores da saúde, o erro é frequentemente relacionado a sentimentos de vergonha e culpa, dada a abordagem punitiva adotada pelas organizações de saúde. Essa posição tem gerado omissões, que têm como consequência a perda da chance de conhecer e abordar adequadamente esses eventos.

Assim, nos aproximamos de um problema comum sobre o tipo de abordagem de erro, que pode ser individual ou sistêmica. Geralmente, os serviços de saúde e o Estado adotam a abordagem individual, responsabilizando os trabalhadores pela causa dos erros, o que alimenta a cultura da punição e do medo. Em estudo de revisão de literatura em publicações científicas sobre o erro no trabalho em enfermagem, Forte *et al.* (2017) identificaram que as causas de erro no ambiente hospitalar são atribuídas às distrações, falta de conhecimento e pouca experiência das trabalhadoras da enfermagem. Deste modo, as causas de erro vinculam-se à esfera individual.

Em contrapartida, a abordagem sistêmica considera que o erro decorre de falhas em mecanismos criados como defesas dentro de um sistema. Nesse tipo de abordagem, a ideia central não é saber quem errou, mas compreender como e por que as defesas falharam. O erro é compreendido como uma falha estrutural e considerado como parcela de um processo que inclui falhas ativas e condições latentes (REASON, 2009).

No trabalho em enfermagem, as falhas ativas são cometidas por trabalhadoras (enfermeiras, técnicas e auxiliares em enfermagem) que atuam na linha de base dos serviços de saúde. Quanto às condições latentes, decorrem de decisões tomadas por aqueles que gerenciam os serviços de saúde. Estas decisões são a porta de entrada dos agentes que corrompem o sistema e promovem a ocorrência de erros no local de trabalho (REASON, 2000).

As condições latentes nos serviços de saúde e, conseqüentemente, no trabalho em enfermagem, que colaboram para a ocorrência de erros estão relacionadas com a precarização do trabalho, que se revela, dentre outros elementos, pela intensificação do trabalho, sobrecarga de trabalho e insegurança no trabalho (SANTOS, H., 2018; SOUSA *et al.*, 2014). Em vista desse panorama, o erro deve ser encarado como evidência de problemas mais profundos dentro de um sistema complexo, tal qual o sistema de organização e produção de serviços de saúde.

Em estudo com o objetivo de analisar erro cometido por trabalhadoras do campo da enfermagem alvo de Processo Ético-Disciplinar (PED), identificou-se o subdimensionamento do quantitativo de trabalhadoras e a intensidade do trabalho como condições de produção do erro. Demonstrou-se que a origem do erro no trabalho em enfermagem é um fenômeno

estrutural (SILVA-SANTOS *et al.*, 2018). As condições de trabalho e emprego são apontadas como condições de produção do erro, dado que podem afetar tanto o desempenho da tarefa quanto aumentar a probabilidade de um erro ocorrer (DREWS; MUSTERS; SAMORE, 2008). Assim, o erro no trabalho em enfermagem não pode ser considerado como ato individual, pois sua causa é multifatorial.

A abordagem individual sobre o erro no trabalho em enfermagem predomina, embora estudos (FORTE *et al.*, 2019; SANTANA *et al.*, 2012; SILVA-SANTOS *et al.*, 2018) reconheçam que sua origem não está separada do contexto em que ocorre e, por isso, o erro deve ser investigado, discutido e gerenciado. Segundo Santos e Ceolim (2009), as condutas administrativas desencadeadas frente à ocorrência de erros estão centradas na trabalhadora. Com isso, as advertências verbais, suspensão do trabalho e demissões correspondem a 80,3% das providências tomadas, como também é recorrente a não comunicação do erro por temor da abordagem punitiva.

Segundo H. Santos (2018), um dos elementos que garante a manutenção da abordagem individual do erro pelas organizações de saúde é o próprio modelo de regulação do trabalho em enfermagem no Brasil, que considera o erro apenas na perspectiva individual. Para este autor, o paradigma da abordagem individual do erro em enfermagem, e de como ele relaciona-se com o arcabouço normativo profissional, pode ser explicado pela conformação do modelo regulatório do trabalho em enfermagem no país.

A regulação do trabalho em enfermagem é uma atribuição do Estado brasileiro realizada pelo sistema constituído do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e dos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), criados pela Lei Federal nº 5.905/1973, que disciplinam e fiscalizam o exercício do trabalho. Esses Conselhos constituem-se como autarquias dotadas de poder idêntico ao do Estado, substituindo-o na execução de determinadas funções regulatórias, dentre as quais se destacam: inscrição de pessoas aptas a exercer as profissões do campo da enfermagem, avaliação de títulos e registros das diferentes trabalhadoras, combate ao exercício ilegal da profissão, verificação do cumprimento das normas contidas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) e aplicação de penalidades aos infratores desse Código (BRASIL, 1973; KURCGANT, 1976).

Sob a perspectiva da regulação do trabalho em enfermagem, o erro é entendido como uma infração ética que se expressa por uma ação, omissão ou conivência que resulte em descumprimento do preconizado pelo CEPE. Desse modo, a ação realizada sem a intenção de causar dano, passível ou não de risco ou prejuízo ao paciente, pode ser considerada negligência, imperícia ou imprudência, sempre numa perspectiva individual (SIDON *et al.*, 2012).

Na abordagem adotada pelo atual modelo de regulação do trabalho, instaura-se PED junto ao Conselho Regional de Enfermagem, contra a trabalhadora em enfermagem que comete erro. Tendo em vista que o ato punitivo esgota-se em si mesmo, 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 (SILVA-SANTOS *et al.*, 2018).

A interpretação do erro, confundida com a ética, encontra raízes no pensamento ético que se move em torno do que é o bem e do que é o mal; do que é aceitável ou não. A ética estabelece padrões sobre o que é aceitável na conduta humana, na tomada de decisões, tanto na perspectiva pessoal como profissional. A ética, na pós-modernidade, baseia-se numa corrente de pensamento ética praxista, na qual os sujeitos são capazes de fazer julgamentos, delinear e adequar o próprio comportamento e responsabilizar-se por suas ações (CAMPOS; GREICK; DO VALE, 2002; DIAS, 2014; PAULA PEDRO, 2014).

Desse modo, o erro é considerado um problema ético, pois assume-se que as trabalhadoras são capazes de fazer distinções entre o certo e o errado, de avaliar suas ações, de adequar o comportamento e de responsabilizar-se por sua atuação técnica frente à ocorrência desses eventos, independentemente do modelo de organização do processo de trabalho e das condições de trabalho (DIAS, 2014).

O enfoque ético-profissional do erro nega o campo das relações sociais em que o trabalho é executado e referenda a abordagem individual, ao imputar somente às trabalhadoras da enfermagem a responsabilidade pela ocorrência de erros no trabalho. Este enfoque desconsidera o contexto da precarização do trabalho, o contexto particular onde ocorre o erro e os demais atores envolvidos, dada a natureza coletiva do trabalho em saúde, a responsabilidade da organização sobre as condições de trabalho e sobre a educação permanente dessas trabalhadoras (SANTOS, H., 2018).

Diante do contexto de responsabilização das trabalhadoras da enfermagem pela ocorrência do erro e predominância da abordagem punitiva, sem considerar as condições e o contexto da ocorrência do erro, formulamos a seguinte pergunta de pesquisa: Quais são as condições de 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?

O objetivo desta pesquisa é analisar as condições de produção de erro em processos ético-disciplinares tramitados, julgados e arquivados nos Conselhos Regionais de Enfermagem na região do Nordeste brasileiro.

Esta pesquisa contribui para preencher, ainda que parcialmente, lacunas quanto ao conhecimento sobre a ocorrência do erro no trabalho em enfermagem. As publicações científicas em âmbito nacional sobre erro, no trabalho em enfermagem, limitam-se a descrever, identificar e caracterizar a ocorrência de erros no ambiente hospitalar. Outros estudos abordam a temática do erro sem, contudo, assumi-lo como objeto de investigação, nem tampouco os fatores envolvidos em sua produção (ver APÊNDICE A).

As análises realizadas em PEDs apresentam fatos e infrações imputadas às trabalhadoras da enfermagem, mas esses estudos concentram-se nos estados de Santa Catarina e São Paulo (MATTOZINHO; FREITAS, 2015; SCHNEIDER; RAMOS, 2012).

Contudo, considerando a predominância da abordagem punitiva e individualizada quanto à ocorrência do erro, este não é analisado tomando como referência o contexto social e político das relações de trabalho, nem tampouco o modelo de organização do processo de trabalho na saúde e no trabalho em enfermagem. Outro fator que justifica a realização do estudo é a sua abrangência, dado que a investigação é realizada em diferentes Conselhos Regionais de Enfermagem do Nordeste brasileiro.

Segundo dados do Cofen (2021), a Região Nordeste brasileira é a segunda com maior número de inscrições ativas de trabalhadoras em enfermagem, correspondendo ao total de 575.966 inscrições. Desse total, 68.820 inscrições referem-se às de auxiliares em enfermagem; 349.197, de técnicas em enfermagem; 157.943, de enfermeiras; e 6, de obstetritztes. Segundo dados da WHO (2020), as trabalhadoras da enfermagem constituem a maior força de trabalho do setor saúde, ao corresponderem a aproximadamente 59% da força de trabalho em saúde mundial e 56% na região das Américas. No Brasil, a força de trabalho no setor saúde é de 53,26% para auxiliares e técnicas em enfermagem e 16,94% para enfermeiras (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2020).

Considerando que as trabalhadoras em enfermagem compõem o maior quantitativo de trabalhadores do setor saúde e estão mais expostas à precarização do trabalho, pretendemos, com esta pesquisa, contribuir para algumas mudanças, tais como: do paradigma da abordagem individual do erro; de estratégias que visem uma abordagem ampla frente às situações de erro no trabalho, demonstrando a necessidade de se considerar o contexto e as condições de trabalho; de reposicionamento das organizações de saúde; do desenvolvimento de política de segurança do paciente, que considere o contexto e o modo como o trabalho é executado. Importante ressaltar que esse reposicionamento é fundamental para superar a abordagem predominante sobre o erro, que imputa exclusivamente à trabalhadora a responsabilidade que é de toda a organização de saúde e do modelo de organização do processo de trabalho.

Este estudo também pode subsidiar os Conselhos Regionais de Enfermagem na instrução de PED e para reorganizarem as ações de fiscalização do trabalho, ao revelar as condições envolvidas na produção do erro.

Nesta dissertação, empregamos, no gênero feminino, os substantivos “enfermeiras, técnicas em enfermagem e auxiliares em enfermagem” para caracterizar trabalhadoras e trabalhadores da enfermagem. A escolha do uso do feminino é por reconhecer que são mulheres que compõem a maior parte dessas profissões, além de destacar a visibilidade e o trabalho relevante da mulher neste campo.

2 ABORDAGENS SOBRE O ERRO HUMANO

Nos últimos 20 anos, as análises desenvolvidas em estudos sobre erro humano permitiram compreender mecanismos e fatores envolvidos na ocorrência desses eventos em diversas áreas. O avanço do conhecimento a respeito dos processos que produzem o erro humano exige que novos estudos neste campo ultrapassem a mera descrição de princípios gerais sobre a ocorrência e tipos de erro. É indispensável que se abordem aspectos que contribuam para o seu gerenciamento, considerando os múltiplos fatores envolvidos em sua produção.

Tido como próprio da natureza humana, o erro é produto das circunstâncias em que as ações planejadas não atingem o resultado desejado, constituindo-se um ato não intencional (REASON, 2009). Contudo, o erro não pode ser definido sem considerar a noção de intenção, dado que os tipos de erro dependem de duas espécies de falhas: falhas na execução e falhas no planejamento.

As falhas na execução, consideradas como deslizos e lapsos, impedem que as ações sigam de acordo com a intenção pretendida. O deslize está relacionado com ações que ocorrem fora do planejamento previsto. O lapso é difícil de ser identificado, uma vez que não se manifesta necessariamente sobre a forma de comportamento, como, por exemplo, na ocorrência de falha de memória (REASON, 2009).

As falhas no planejamento são aquelas que ocorrem nas ações intencionais para o alcance dos resultados desejados. Os enganos, que também podem ocorrer no planejamento, são mais difíceis de detectar, pois são falhas que ocorrem independentemente de as ações ocorrerem ou não de acordo com o planejado (REASON, 2009). Entendemos que as definições operacionais antes assinaladas são as bases para a classificação do erro em uma determinada ação, com base no questionamento sobre a existência de intenção prévia, se as ações ocorreram de acordo com o planejado ou se resultaram na finalidade desejada.

As distinções entre os tipos de erros elaborados por James Reason (2009) foram inspiradas na classificação de erro no desempenho humano proposto por Jacob Rasmussen (2003). Este autor descreve três níveis de desempenho humano: o primeiro nível baseia-se em habilidades – o desempenho humano rege-se por estabelecimento de instruções padronizadas e os erros estão relacionados com a variabilidade da coordenação de força, espaço e tempo; o segundo nível está baseado em regras – abordam problemas em que as soluções regem-se por regras de produção estabelecidas e os erros estão relacionados com a aplicação de regras equivocadas ou a incorreta lembrança dos procedimentos; o terceiro nível está baseado em conhecimentos – novas situações requerem o planejamento das ações em tempo real, usando

processos analíticos e conhecimentos e os erros derivam da racionalidade limitada e de déficit de conhecimento.

Essa classificação também permitiu que Reason (2009) desenvolvesse o *Generic Error-Modelling System* (GEMS), com o objetivo de delimitar as origens dos tipos básicos de erro humano, buscando integrar os mecanismos operativos dos erros e as duas áreas aparentemente distintas: lapsos e deslizes, e enganos. O GEMS permite a descrição de três mecanismos básicos de erros: deslize e lapso com base na habilidade (*skill-based slips and lapses*); engano com base nas normas (*ruled-based mistake*); engano com base no conhecimento (*knowledge-based mistake*).

O deslize e o lapso com base na habilidade podem ser classificados como falhas no monitoramento de uma ação rotineira, devido à desatenção ou excessiva concentração. Podem ser denominados como falhas no modo de controle, visto que os erros acontecem pelo fato de os indivíduos estarem num modo de controle errado em referência às exigências da atividade (REASON, 2009).

Os enganos com base nas normas e no conhecimento estão associados às falhas na resolução de problemas. O engano baseado em normas está relacionado à má aplicação de boas normas, que, embora adequadas a certas circunstâncias, podem ser aplicadas de forma inadequada por quem atua. Está relacionado também com a aplicação de normas ruins, que emerge da deficiência na decodificação do problema, ocasionando respostas inadequadas e/ou ineficientes em relação ao resultado esperado (REASON, 2009).

Segundo o GEMS, quando o repertório com base nas normas não indica uma solução adequada para o enfrentamento do problema, deve-se iniciar o processo de formulação e experimentação das possibilidades amparadas com base no conhecimento. O engano com base no conhecimento tem raízes em dois aspectos da cognição humana: na racionalidade limitada pelo raciocínio consciente lento, sequencial, laborioso e de recursos limitados frente à resolução dos problemas; e no fato de que o conhecimento para a solução dos problemas é geralmente incompleto e impreciso (REASON, 2009).

Para lidar com esse tipo de engano, é necessário entender o tipo de configuração do problema. O problema pode ter configurações estáticas, nas quais suas características permanecem fixas, independentemente das ações empregadas para resolvê-lo; e pode apresentar configurações de dinâmica reativa, com as configurações do problema mudando como consequência direta das ações daqueles que intervêm, e configurações dinâmicas-múltiplas, com as configurações do problema mudando em função das ações empreendidas ou dos fatores situacionais do sistema que acontecem espontaneamente (REASON, 2009).

Reason (2009) afirma que o reconhecimento de diversas configurações do problema permite o emprego de diferentes estratégias e coloca em evidência erros de raciocínio dos seres humanos na solução dos problemas. Tais erros são baseados nas limitações do conhecimento, denominadas patologias de solução de problemas, que se expressam pela seleção inadequada da informação em função da tarefa, demasiada confiança na avaliação ou precisão do próprio conhecimento, e simplificação na relação causa-efeito do problema.

A teoria do erro humano, elaborada por James Reason (2009), apresenta um modelo explicativo baseado em processos cognitivos que predisõem à ocorrência do erro. Ao analisar o processo de ocorrência do erro com base na perspectiva cognitiva, podemos compreender que o enfoque alinha-se ao âmbito individual, pelo fato de a ocorrência desses eventos estar atrelada a processos mentais e condutas relacionadas de modo geral às habilidades, conhecimentos e regras empregadas na execução das atividades no ambiente de trabalho.

Entretanto, salientamos que, no cerne dessa teoria, o autor estabelece relação entre fatores cognitivos, prenunciadores do erro, e fatores procedentes das organizações e dos ambientes de trabalho, considerando que o erro é determinado pela junção de fatores humanos e sistêmicos. Além disso, Reason (2009) demonstra preocupação com a aplicabilidade prática da sua teoria, para que esta funcione na prevenção e no desenho de medidas direcionadas à segurança e diminuição de riscos para a ocorrência de erros nos sistemas complexos.

A compreensão da ocorrência do erro para além do âmbito cognitivo, portanto individual, permitiu registrar-se mudança de paradigma sobre como entender, abordar e atenuar o erro, considerando-o como oportunidade para o desenvolvimento da aprendizagem, afastando a abordagem individual predominante nas organizações, centrada na punição e na culpa do trabalhador.

De acordo com Reason (2000), existem duas maneiras de enfrentar o problema do erro humano: por meio da abordagem individual ou por meio da abordagem sistêmica. Cada maneira de abordagem tem umnexo causal, o que permite diferentes modos de gerenciamento do erro. Compreender as diferenças dos tipos de abordagem é necessário para lidar com um problema frequente nos sistemas complexos, como os sistemas de saúde.

Nas organizações de saúde, a tradição difundida é a abordagem do erro centrada nas falhas ativas, que são aquelas cometidas por pessoas que estão na linha de base dos serviços de saúde, como, por exemplo, enfermeiras, técnicas e auxiliares em enfermagem. Nesse tipo de abordagem, o erro é proveniente de processos mentais aberrantes, como esquecimento, desatenção, descuido e má motivação (REASON, 2000).

Comumente, as contramedidas empregadas na abordagem individual do erro direcionam-se para adequação do comportamento humano, partindo-se do entendimento de que pessoas são vistas como agentes livres e capazes de escolher entre modos seguros e inseguros de comportamento (MARCHITO, 2011). Os seguidores desse tipo de abordagem estimulam a sensação de medo nas pessoas, tratam o erro como fato moral e assumem que coisas ruins acontecem com pessoas más. Desse modo, o gerenciamento por meio da abordagem individual apoia-se em medidas punitivas e na imposição de culpa para as pessoas envolvidas.

A abordagem individual alinha-se à “velha visão do erro humano”, partindo do princípio de que existem pessoas de pouca ou baixa confiabilidade em sistemas seguros. Essa abordagem é amplamente utilizada, por ser uma via simples e de custo baixo para lidar com a segurança, dado que se apresenta como resolução para o problema da exclusão do trabalhador envolvido na ocorrência do erro (DEKKER, 2001; SANTOS, H., 2018).

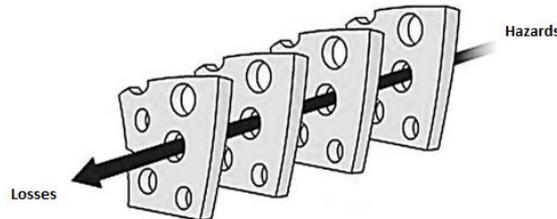
Em contrapartida, na abordagem sistêmica, o erro é considerado como inerente à natureza humana. O erro é visto como consequência, ao invés de causa. Tem origem na junção de fatores humanos e fatores sistêmicos, assim como ocorre devido às falhas ativas e condições latentes (REASON, 2000). Nos serviços de saúde, as falhas ativas são cometidas por pessoas que estão na linha de base dos serviços, prestando assistência aos pacientes. Consistem em atos inseguros que abrangem esquecimentos, descuidos, lapsos, deslizos e violação de normas, procedimentos ou regras.

As condições latentes são fatos produzidos no sistema e decorrem de decisões tomadas por aqueles que o gerenciam. Estas decisões são a porta de entrada dos agentes que o corrompem. As condições latentes podem permanecer por muito tempo dentro dos sistemas de organização do trabalho, mas, quando combinadas com as falhas ativas, geram oportunidades para a ocorrência do erro. As falhas ativas são difíceis de prever e detectar. No entanto, as condições latentes podem ser identificadas e corrigidas antes da ocorrência do erro (REASON, 2000, 2009).

Com base nessa perspectiva, podemos questionar o paradigma da abordagem individual, ao considerarmos sistemas complexos, como o da saúde, para demonstrar a necessidade de inclusão de medidas de segurança que funcionem como bloqueio para a ocorrência do erro. Para a análise do erro em sistemas complexos, Reason (2000) propôs o “modelo do queijo suíço no sistema de acidentes”, composto por várias camadas defensivas: algumas atuam como alarmes, outras são focadas nas pessoas que trabalham na linha de base dos sistemas e outras dependem de controles administrativos. As camadas defensivas têm como função proteger potenciais vítimas e situações de risco de acidentes. Na prática, as barreiras defensivas são como

fatias de queijo suíço, com muitos furos. Somente quando os furos, nas várias camadas defensivas, estão momentaneamente justapostos em uma mesma linha, permite-se que a trajetória do acidente venha a ocorrer, conforme demonstra a Figura 1.

Figura 1 – O modelo do queijo suíço no sistema de acidentes



Fonte: Reason (2009, p. 769).

Segundo Turjanski (2016), apesar de o “modelo do queijo suíço” ter tido ampla difusão e ter sido desenvolvido para ilustrar as premissas do modelo sistêmico, as interpretações e aplicações são diversas e heterogêneas, o que favorece, em algumas circunstâncias, a consolidação do enfoque individual na explicação da gênese dos problemas de segurança. Esse fenômeno pode ser compreendido, ao considerarmos a evolução das ideias de Reason que, inicialmente, incidiram nos aspectos cognitivos e do desempenho humano e ainda pela própria leitura linear e sequencial do modelo, que parece simplificar o nexo de causalidade.

De acordo com Armitage (2009), Sidney Dekker apontou críticas ao “modelo do queijo suíço”, tomando como base a estrutura linear e sequencial do modelo que, dentre outras coisas, sugere uma trajetória unilateral de exemplos de causas.

O modelo proposto por Reason (2009) também foi criticado por autores como David Woods, Richard Cook (2003) e Jacob Rasmussen (2003), que o adaptaram, propondo um modelo de análise do erro com base no contexto sociotécnico (DEKKER, 2001). Na ótica de Rasmussen (2003), a visão moderna do erro humano sustenta-se no contexto sociotécnico, que considera a representação do comportamento humano no contexto do trabalho. Esta perspectiva não está centrada nos erros dos trabalhadores, mas nos mecanismos e situações que podem gerar erros, considerando os contextos de trabalho, as modificações nas estratégias organizacionais, a variabilidade e multiplicidade de atividades desenvolvidas.

Outra crítica a ser considerada é que, apesar de os estudos de Reason (2000, 2009) avançarem na análise sobre a responsabilidade das organizações na ocorrência do erro, eles limitam-se a situar as organizações em um modelo e funcionamento ideal, homogêneo, apolítico e a-histórico. Desse modo, entendemos que nega o fato de que as organizações estão inseridas em um contexto social, econômico, político e reconfiguram-se constantemente para

atender a dinâmica dos modelos econômicos e de organização do trabalho em diferentes tempos e lugares.

Embora a abordagem proposta por Reason (2009) forneça uma estrutura teórica para entender o erro humano, não é fácil a identificação de fatores e condições que aumentam a probabilidade de erro nos sistemas complexos. Ao considerar esse argumento e a necessidade de identificar fatores que predispõem à ocorrência de erros, Jeremy Williams (1988) desenvolveu a Técnica de Avaliação e Redução de Erros Humanos – *Human Error Assessment and Reduction Technique* (HEART) –, aplicada ao setor da indústria, que fornece um conjunto de tipos de tarefas e as probabilidades de erros a elas associados.

Apesar de os modelos de análise causal de erros terem sido desenvolvidos principalmente na área industrial, vários deles foram adaptados para uso no setor da saúde. Um exemplo dessa adaptação é o Protocolo de Londres, que se constitui em proposta de análise do erro, reconhecendo-o e interpretando-o com base na concepção sistêmica do erro. Esse protocolo foi desenvolvido por Taylor-Adams e Vincent (2004) e configura-se como uma ferramenta que permite realizar investigações, identificar os principais problemas e fatores relacionados e contribuintes para a ocorrência de erros, bem como fazer recomendações e planos de ação para reduzir e prevenir novas ocorrências.

Na análise de Taylor-Adams e Vincent (2004), o contexto hospitalar, particularmente, apresenta uma variabilidade de condições que contribuem para a ocorrência de erros. Nesse contexto, o Protocolo de Londres, como modelo de análise causal, apresenta-se eficaz na identificação de condições que produzem erros e para a promoção da confiabilidade da assistência prestada.

A análise de erros de forma sistêmica, baseada em modelos que identifiquem os fatores contribuintes para a ocorrência desses eventos, substitui a cultura da abordagem individual e da busca por culpados. A investigação e a análise de erros sem a intenção de estabelecer culpa proporciona a adoção de estratégias de melhoria dos sistemas complexos (MELO *et al.*, 2015).

Isso reforça a necessidade do emprego da abordagem sistêmica no gerenciamento do erro humano e permite questionar o paradigma dominante, que isola o contexto e as condições de trabalho às quais os trabalhadores estão submetidos. Sendo assim, a abordagem positiva do erro humano configura-se como um novo modo de abordar e manejar a segurança no trabalho em saúde. Esta, busca superar a concepção amplamente difundida sobre o comportamento das pessoas como causa de erros e da solução para o erro pela exclusão ou punição da trabalhadora (MELO *et al.*, 2015).

Entendemos que a nova abordagem parte da compreensão da inevitabilidade da ocorrência dos erros em sistemas complexos. Por isso, é necessária a identificação de condições e problemas que aumentam a probabilidade de um erro ocorrer, além da criação de defesas para atenuar esses eventos, dado que as falhas emergem da própria natureza e do modelo de organização do processo de trabalho em uma dada organização. Portanto, devem ser enfrentadas como possibilidade de aprendizado para a transformação e reestruturação dos sistemas de trabalho.

3 ERRO NO TRABALHO EM SAÚDE E EM ENFERMAGEM

A discussão sobre erro no trabalho em saúde e segurança do paciente ganha destaque no cenário mundial a partir dos anos 2000. Teve como marco a publicação do relatório *To Err is Human* do *Institute of Medicine* dos Estados Unidos, que evidenciou a alta mortalidade em hospitais, nos quais ocorriam cerca de 44.000 a 98.000 mortes anuais em consequência de erros médicos evitáveis (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000).

Segundo Kohn *et al.* (2000), aproximadamente 1 milhão de pacientes admitidos anualmente nos hospitais americanos eram vítimas de erros assistenciais. As mortes resultantes desses episódios representavam a quarta maior causa de mortalidade naquele país. Ultrapassavam, por exemplo, mortes causadas por acidentes automobilísticos, câncer de mama ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Além de revelar um problema comumente vivenciado no contexto hospitalar, o relatório *To Err is Human* mobilizou as organizações norte-americanas e de diversos países para o tema da segurança do paciente. Constatou-se que a ocorrência de erros poderia implicar em danos irreversíveis aos pacientes e às suas famílias, envolvendo custos sociais e econômicos consideráveis. Em 1999, o total de custos anuais com eventos adversos evitáveis nos EUA estava estimado entre US\$ 17 bilhões e US\$ 29 bilhões (KOHN *et al.*, 2000).

Diante dessa realidade, a temática passou a ocupar a agenda de diversos países desenvolvidos. O Reino Unido, no ano 2000, publicou, por meio da *National Health System* (NHS), o relatório *An Organization with a Memory*, no qual expôs a natureza do erro e suas raízes e consequências para o sistema e a segurança do paciente (ARMITAGE, 2009). No continente europeu, estudos realizados no ambiente hospitalar revelaram que um em cada dez pacientes internados era vítima de erros devido aos cuidados de saúde recebidos. Identificaram também que 50% a 60% desses eventos tinham caráter evitável (GALLOTTI, 2004).

Estudos com foco na melhoria da qualidade da atenção à saúde e segurança do paciente demonstraram a incidência de eventos adversos em hospitais de países, como Nova Zelândia (11,3%), Austrália (16,6%), Reino Unido (10,8%), Dinamarca (9,0%), França (14,5%), Espanha (9,3%) e Canadá (7,5%). Também evidenciaram a proporção de eventos adversos evitáveis nesses países, com a seguinte distribuição: Nova Zelândia (61,6%), Austrália (50%), Reino Unido (52%), Dinamarca (40,4%), França (27,6%), Espanha (42,6%) e Canadá (36,9%). Com isso, demonstraram a importância e a dimensão do problema no cenário internacional (ARANAZ-ANDRÉS *et al.*, 2008; BAKER *et al.*, 2004; SCHIØLER *et al.*, 2001).

Outro estudo, realizado em 58 hospitais localizados na Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru, estimou a prevalência pontual de eventos adversos em 10,5%. Dos eventos identificados, 28% causaram incapacidade nos pacientes, 6% foram associados à morte do paciente e 60% foram classificados como evitáveis. De todos os eventos adversos, 13,4% foram relacionadas à assistência de enfermagem; 8,2%, à administração de medicamentos; 37,1%, às infecções hospitalares (ARANAZ-ANDRÉS *et al.*, 2011).

No Brasil, a avaliação da incidência de eventos adversos foi realizada por Mendes *et al.* (2009) em três hospitais do Rio de Janeiro. Os autores identificaram que a incidência de eventos adversos foi de 7,6% e, destes, 66,7% foram classificados como evitáveis. A maior proporção desses eventos ocorreu em enfermarias (48,5%), seguidas por sala de cirurgia (34,7%) e Unidade de Terapia Intensiva (11,9%). Quanto aos eventos evitáveis, que resultaram em 373 dias adicionais de internação hospitalar, destacam-se: infecções relacionadas ao cuidado, complicações cirúrgicas, falta ou atraso do diagnóstico ou tratamento, úlceras por pressão, complicações na punção venosa, quedas e problemas na administração de medicamentos.

Quanto aos custos para os sistemas de saúde relacionados com a ocorrência de erros, estudos demonstraram que os custos adicionais da Medicare nos EUA, associados aos eventos adversos, foram estimados em 324 milhões de dólares (LEVINSON *et al.*, 2010). Na Holanda, estudo realizado em 2004, com uma amostra de 7.926 pacientes, constatou que os custos médicos atribuíveis aos eventos adversos nos hospitais excediam 355 milhões de euros. Segundo os autores, o excesso de tempo de internamento foi em média de 10,3 dias por paciente com evento adverso, tendo como consequência 320.680 dias de leitos ocupados em razão desses eventos (HOONHOUT *et al.*, 2009). Em Portugal, estimou-se que 58,2% dos pacientes vítimas de evento adverso teve seus dias de internamento prolongados em média de 10,7 dias, com consequências para custos e dificuldades na gestão de leitos (SOUSA *et al.*, 2014).

No Brasil, estudo feito com 622 prontuários e dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS) de dois hospitais públicos revelou, após análise dos prontuários, que 39 (6,3%) sofreram algum evento adverso, o que implicou no gasto de R\$ 1.212.363,30, representando 2,7% do reembolso total. Quanto à permanência no hospital, foi demonstrado que os pacientes vítimas de eventos adversos apresentaram tempo médio de 28,3 dias, superior quando comparado com pacientes que não foram atingidos por evento adverso (PORTO *et al.*, 2010).

A produção científica evidencia a dimensão do problema e demonstra que erros decorrentes do processo de assistência à saúde ocorrem frequentemente. Nesse sentido, em resposta a esse problema, a OMS lançou, em 2004, o programa Aliança Mundial para a

Segurança do Paciente, recomendando aos países maior atenção para este tema. O objetivo era desenvolver políticas públicas e práticas que visassem à melhoria na qualidade e segurança na assistência à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

No Brasil, esta temática ganhou destaque com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013). A criação desse programa teve o propósito de contribuir para a redução da incidência de erros nas organizações de saúde e qualificar o cuidado em saúde. Considera-se que cinco características configuram a cultura de segurança:

- a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e
- e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança
- a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e
- e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança [...] (BRASIL, 2013, p. 1).

Algumas das características da cultura de segurança desenvolvidas no PNSP, como as descritas nas alíneas a e c, incorporam valores do neoprodutivismo toyotista, que trata trabalhadores como colaboradores que executam um trabalho em equipe e devem responsabilizar-se e ter atitudes proativas na resolução de problemas. Essas ideias visam constituir trabalhadores polivalentes, que sejam capazes de assumir múltiplas tarefas, ocupar diferentes postos de trabalho, intervir em diferentes tipos de situações, inserir-se em diferentes segmentos do processo de trabalho (GURGEL; MARINHO, 2019). No entanto, essa fluidez no processo de produção remete à precarização do trabalho, culminando em maior exploração da força de trabalho. No trabalho em enfermagem, esses elementos podem contribuir para a produção de erro (SANTOS, H., 2018).

Contribui para esse entendimento, resultado de estudo sobre tipos e causas de erros no processo de medicação, ao demonstrar que os erros ocorrem em decorrência da sobrecarga de trabalho, da estrutura inadequada e do estresse gerado no ambiente hospitalar (ROCHA *et al.*, 2015).

No estudo de Meurier, Vincent e Parmar (1997) sobre a aprendizagem com os erros na prática em enfermagem, os autores perguntaram a 145 enfermeiros as causas da ocorrência dos erros; a mais referida foi o ambiente de estresse, seguida do excesso de trabalho, deficiente supervisão e falta de suporte dos enfermeiros mais experientes.

Ao analisarem denúncia de erros cometido por técnicos em enfermagem divulgados na mídia, Santos *et al.* (2015) encontraram que troca de medicação (50%), troca de via de alimentação (20%), troca de via de medicação (15%) e administração de dose errada de medicação (10%) foram os principais erros encontrados. Essa análise apontou ainda os fatores que contribuíram para a ocorrência dos erros: falta de pessoal, armazenamento inadequado de substâncias, uso inadequado de instrumentos de trabalho, sobrecarga de trabalho, ausência de educação permanente, estrutura inadequada para trabalhar e fragilidade em procedimentos de trabalho.

Em análise sobre erros de medicação cometidos por técnicos em enfermagem na UTI, em um hospital de grande porte em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, constatou-se que os erros na preparação dos medicamentos foram os mais frequentes, seguidos dos erros na administração e na dispensação. As justificativas sinalizadas para a ocorrência do erro foram sobrecarga de trabalho, falta de pessoal e problemas na estrutura da unidade de produção de serviço (LOPES *et al.*, 2012).

Nesses estudos, alguns fatores relacionados à ocorrência do erro inserem-se na abordagem sistêmica, tendo em vista que se identificaram falhas na estrutura organizacional, na submissão dos trabalhadores a ambientes e condições inadequadas de trabalho, na sobrecarga de trabalho e no subdimensionamento do quantitativo de pessoal. Entendemos que o trabalho desenvolvido nessas condições coloca trabalhadoras em enfermagem e pacientes em um cenário de insegurança e risco, propício para a ocorrência desses eventos.

Além de considerar as condições relacionadas à precarização do trabalho na ocorrência de erros no trabalho em enfermagem, podemos predizer, apoiadas em Kantorski (1997), que a ocorrência desses eventos guarda relação com a divisão social e técnica do processo de trabalho em enfermagem, que encontra suas raízes no modelo de organização do trabalho taylorista-fordista, no qual a hierarquização e a fragmentação das atividades definem o lugar ocupado pela trabalhadora. Nesse processo de trabalho, agem categorias de trabalhadoras com qualificações, funções e remunerações diferentes. Assim, a enfermeira é designada para a coordenação do processo de trabalho em enfermagem e articulação do processo de trabalho na saúde, e às auxiliares e técnicas em enfermagem é atribuída a execução das atividades assistenciais (MELO *et al.*, 2015).

Ao considerar que as auxiliares e técnicas em enfermagem (maioria das trabalhadoras do campo da enfermagem) são as que mais erram no trabalho, estudo afirma que isso é justificado pela natureza do trabalho assistencial que executam e pela divisão técnica do trabalho, que condiciona a ocorrência do erro no trabalho em enfermagem, dado que a hierarquização das atividades e a fragmentação do trabalho não permite que essas trabalhadoras coloquem-se como atores em seu processo de trabalho. Além disso, o subdimensionamento das trabalhadoras da enfermagem e a natureza gerencial-assistencial do trabalho da enfermeira são obstáculos no cotidiano dos serviços de saúde, dificultando que a enfermeira exerça a supervisão sobre o trabalho das auxiliares e das técnicas, conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional em Enfermagem (SANTOS, H., 2018).

Outros fatores que podem estar relacionados à ocorrência do erro no trabalho em enfermagem são características desse processo de trabalho, como a vigilância constante sobre o paciente atendido e a continuidade das ações (SANTOS, 2001). Com isso, compreendemos que as trabalhadoras da enfermagem estão entre os mais expostos à ocorrência de erros.

Embora erros tenham causa multifatorial, a maior parte das condutas empregadas pelas organizações de saúde centra-se no indivíduo e não no desenvolvimento de estratégias organizacionais que possibilitem o aprendizado para o sistema. Como agravante, as trabalhadoras em enfermagem que cometem erros podem responder PED junto aos Conselhos Regionais de Enfermagem. Também é necessário considerar que a ocorrência do erro pode repercutir na saúde das trabalhadoras, gerando manifestações e reações que reforçam sentimento de culpa e sofrimento (SANTOS *et al.*, 2007).

Consoante Pugh (2009), enfermeiras australianas que cometeram erros e foram denunciadas na *Nurse Regulatory Authority* (NRA) vivenciaram sentimentos desagradáveis, estresse, ansiedade, depressão, isolamento social, dores de cabeça, ideações e tentativas suicidas. Outro estudo revela que pânico, desespero, preocupação, vergonha, insegurança e medo foram sentimentos vivenciados por trabalhadoras da enfermagem após ocorrência de erros de medicação (SANTOS *et al.*, 2007).

Considerando que o erro pode prejudicar o bem-estar dos trabalhadores da saúde, Wu (2000) introduziu o termo “segunda vítima”, para descrever trabalhadores da saúde que erram no trabalho e apresentam complicações psíquicas, sociais ou laborativas. Segundo Burlison *et al.* (2017), uma segunda vítima frequentemente sente-se pessoalmente responsável pelo erro ocorrido, e isso provoca sofrimento, o que indica a necessidade de serviços de apoio aos trabalhadores.

O estudo de elaboração e validação da *Second Victim Experience and Support Tool* (SVEST), feito por Burlison *et al.* (2017) em um hospital pediátrico dos EUA, cuja ferramenta teve o objetivo de medir a experiência, a qualidade dos recursos de apoio organizacional e as formas de apoio que os trabalhadores que erram desejam receber, foi precursor para a implantação de programas de apoio às pessoas que erram no trabalho em hospitais dos EUA. Buscou-se superar a abordagem de gerenciamento individual e minimizar o sofrimento frente a essas situações. Cabe ressaltar que 44% da amostra desse estudo era composta por enfermeiras.

Nesse sentido, entendemos que a ocorrência do erro no trabalho em saúde impacta nos serviços, nos pacientes e familiares e ainda nos trabalhadores envolvidos. Isso, dentre outras coisas, demonstra a complexidade do problema e a necessidade da compreensão do erro humano, considerando múltiplos fatores, como a diversidade do trabalho em saúde, o processo de trabalho em saúde e em enfermagem e a exposição constante e recorrente das trabalhadoras à precarização do trabalho.

No atual contexto do trabalho, com crescente precarização, a abordagem individual do erro no trabalho em enfermagem implica na adoção de medidas de atribuição de culpa exclusiva à trabalhadora. Entendemos que esse tipo de conduta afasta a possibilidade de desenvolvimento de mecanismos de intervenção que visem diminuir esses eventos nas organizações de saúde, mediante a aplicação da abordagem sistêmica do erro, que permite identificar atores e fatores contidos no processo de trabalho e causas do erro que estão além das falhas individuais.

4 REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Neste capítulo, discutimos aspectos relativos ao conceito de regulação, modelo de regulação do trabalho e a experiência de países como México, Chile, Colômbia, Canadá, Estados Unidos da América e Brasil, no que concerne à regulação do trabalho e ao trabalho em enfermagem no Brasil, dadas as suas peculiaridades.

4.1 REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE EM DIFERENTES PAÍSES

O termo “regulação” tem sido utilizado de forma muito diversa, com abordagens e objetivos ora inter-relacionados, ora divergentes. Apresenta significados variáveis em distintas disciplinas, como economia, direito, administração e biologia (OLIVEIRA, 2014).

No campo da saúde, consoante Oliveira e Elias (2012), o conceito de regulação revela ideias de controle (ajustamento, regramento), equilíbrio (conservação e correção), adaptação (interação e transformação) e direção (negociação e comando).

A Organização Mundial da Saúde conceitua regulação como atribuição do Estado para estabelecer as relações de produção e distribuição de recursos, bens e serviços, que devem ser executados pelo mercado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Em outra perspectiva, a regulação é tida como um processo que procura alterar os comportamentos dos sujeitos para o atendimento de normas e objetivos definidos, com a intenção de produzir resultados estabelecidos (BLACK, 2002).

A regulação pode ser compreendida em três formas: a econômica, que influencia o mercado; a administrativa, com o Estado interferindo indiretamente na economia individual, por meio de regras; e a social, que defende os interesses públicos (DIAS; BECUE, 2012). A regulação profissional está inserida no contexto da regulação econômica e social e corresponde

[...] ao conjunto de regras, normas, hábitos e regulamentações extra-mercado que se impõem sobre determinadas atividades sociais e econômicas. De uma forma mais dinâmica ela abarca o próprio processo, político e econômico, de elaboração e implementação dessas regras (GIRARDI, [2010], p. 11).

A regulação pode ser desmembrada em heterorregulação – ação feita por um terceiro que está acima dos agentes sujeitos à atividade regulatória – e autorregulação – quando são os próprios regulados que supervisionam o mercado em que se inserem (PARDAL, 2016). Segundo Moreira (1997, p. 52), “[...] a autorregulação só é auto na medida em que é estabelecida por uma instituição associativa ou representativa dos próprios agentes regulados, sendo de eficácia restrita aos membros da categoria ‘profissional’ em causa”.

A autorregulação é uma forma de regulação não estatal, na qual os reguladores são também regulados. No caso da autorregulação pública, as funções originalmente estatais foram entregues a organismos criados para essa finalidade (MOREIRA, 1997). A autorregulação pública tem como base dois princípios: o princípio da utilidade pública, que visa à proteção e à segurança dos consumidores contra a ação danosa de pessoas não autorizadas a exercer determinada profissão ou profissionais incapacitados e despreparados; e o princípio da garantia da qualidade dos serviços profissionais oferecidos ao público (GIRARDI, [2010]).

Historicamente, a regulação profissional objetivou o estabelecimento de padrões mínimos de prática técnica e conduta ética para manter os consumidores protegidos de atos danosos. Entretanto, esse modelo, instituído em diversos países, resultou na garantia de privilégios econômicos para membros das corporações profissionais, por meio da cristalização de reservas de mercado sobre campos de prática (DAL POZ; GIRARDI; PIERANTONI, 2013). Pierantoni e Girardi (2017) afirmam que o campo da regulação profissional é marcado por uma diversidade de demandas que nem sempre condiz com as necessidades dos sistemas de saúde, por sofrer influências de aspectos relacionados ao interesse do mercado, interesses corporativos, os quais fazem surgir um escopo restrito de práticas incoerentes com as demandas de saúde da população.

Segundo Moreira (1997), o modelo de autorregulação possibilita ao Estado duas tendências: por um lado, a desoneração político-administrativa e financeira, maior cooperação dos regulados, flexibilidade da burocracia estatal e substituição do instrumento penal pela autodisciplina profissional; por outro, esse modelo põe em desvio a função do Estado com riscos de consolidação de privilégios profissionais e tendências corporativistas que prejudicam os consumidores e tende a consolidar privilégios sociais e interesses estabelecidos.

Girardi, Pierantoni e Dal Poz (2012) afirmam que a instituição de privilégios e monopólios para determinados grupos profissionais tem como resultados negativos a pequena responsividade aos interesses do público, exclusão e subordinação hierárquica das profissões de menor *status* e o estabelecimento de entraves às políticas estatais de coordenação das profissões. Além desses aspectos negativos, as demandas das associações profissionais, dos consumidores, dos profissionais do setor saúde e dos gestores de políticas públicas, bem como o advento tecnológico, as tendências do mercado, a pressão para redução dos custos de saúde e as reformas nos sistemas de saúde foram aspectos que provocaram mudanças no modelo de regulação profissional em diversos países.

Os problemas e aspectos citados foram identificados de maneira mais ou menos intensa em todos os países. As respostas dos governos, para enfrentamento desses

problemas, variaram de reformas mais pontuais e pouco efetivas até reformas mais abrangentes do sistema de regulação profissional. Por exemplo, no México, a regulação profissional teve pouca visibilidade na agenda governamental. Nesse país foi criada a *Comisión Nacional de Arbitraje Médico* (CONAMED) com a função de resolver os conflitos suscitados entre os usuários e os prestadores de serviços médicos. A instituição dessa comissão como instância supervisora, conciliadora e de aconselhamento do governo na área da saúde caminha para se configurar como elemento de regulação da prática profissional (PIERANTONI; GIRARDI, 2017).

Na Colômbia, os principais grupos profissionais da área da saúde ampliaram as jurisdições de autorregulação profissional, obrigando o registro dos profissionais em seus respectivos colégios, atribuindo-lhes *status* de agente de regulação pública nos aspectos relativos ao controle e à fiscalização do exercício profissional (PIERANTONI; GIRARDI, 2017).

No Chile, a não legitimação dos colégios profissionais como agentes públicos de regulação profissional promovida no governo Pinochet foi apontada como problema. Diversos atores do sistema reclamaram da necessidade da criação de instituições de governança profissional, com enfoque em grupos de interesse (*stakeholders*) para gerar soluções corretas e equilibradas, ao invés do estabelecimento de instituições de autorregulação profissional tradicionais. As reformas implantadas nos sistemas de regulação profissional nos países da América Latina foram marcadas como reformas pontuais e pouco efetivas, dado que não priorizaram o interesse público e mantiveram, em suas bases, os privilégios de determinadas profissões em detrimento de outras (PIERANTONI; GIRARDI, 2017).

No Canadá, o modelo adotado pela província de Ontário é considerado o mais avançado e abrangente do país. Na década de 1980, o modelo instituído por Ontário empregou um único corpo legal, conhecido como legislação guarda-chuva, para regulamentar todas as profissões da saúde. Pode-se dizer que essa reforma proporcionou flexibilidade na divisão do trabalho em saúde, tendo como condutor o interesse público, a qualidade e acessibilidade dos serviços, além da equidade entre profissões da saúde. A reforma ainda definiu quatro instituições para promover, conjuntamente, a regulação profissional: os Colégios Profissionais, cujo papel é proteger o público e controlar o exercício dos pares; um Conselho Consultivo de Regulação das Profissões – *Health Professions Regulatory Advisory Council* (HPRAC) –, que representa o interesse público; o *Health Professions Bureau*, criado para acelerar os processos e as demandas do público sobre erro profissional. No âmbito do Ministério da Saúde, foi instituído o Departamento de Profissões (*Professional Branch*), que representava o governo (GIRARDI; PIERANTONI; DAL POZ, 2012).

Nesse país, o modelo instituído é considerado um *mix* regulatório que opera entre interesses dos diversos atores: profissões regulamentadas, grupos que demandam regulação, usuários e gestores de serviços. O fato de a província de Ontário representar uma das experiências mais abrangentes de reforma da regulação profissional não implica na ausência de problemas e dificuldades. Dentre as dificuldades referidas, destacam-se os elevados custos com a manutenção do novo sistema, a lentidão relativa à produção das regulamentações específicas de cada profissão abarcada pela legislação guarda-chuva e os conflitos com a corporação médica, que se ressentiu da perda de antigas prerrogativas monopolistas (GIRARDI; PIERANTONI; DAL POZ, 2012).

Nos Estados Unidos da América, os processos de regulação profissional ocorreram de forma descentralizada. Cada estado americano é responsável pela regulação das profissões em seu território, constituindo legislação específica, os chamados *Nurse Practice Act*, que descrevem os requisitos para licenciamento, titulação, escopo de prática e sanções éticas. Por vezes, há um descompasso entre as competências adquiridas pelos profissionais em ações de capacitação e as descritas pela autoridade legal (PIERANTONI; GIRARDI, 2017).

Uma particularidade do modelo norte-americano é o fato de que nem todos os estados licenciam as mesmas profissões da saúde para a prática profissional. Outro problema identificado nesse modelo de regulação é a variabilidade do grau de “autonomia” de uma mesma profissão entre os estados. Por exemplo, enfermeiras seniores recebem capacitação especial que as qualifica para realizar diagnósticos, o que é permitido em alguns estados e proibido em outros, com algumas práticas permitidas com assessoria de médicos (PIERANTONI; GIRARDI, 2017).

No estado de Nova Iorque, apesar de a prática não ser legalmente estabelecida por instrumento normativo, enfermeiras especializadas em anestesia são autorizadas a prestar esse tipo de serviço, desde que tenham assessoria da equipe médica, prioritariamente em regiões com déficit de médicos anestesistas. Por outro lado, no Colorado, essa mesma categoria profissional possui aparato legal para atuação em procedimentos anestésicos, sem assessoria médica (PIERANTONI; GIRARDI, 2017).

A ampliação do escopo de prática das enfermeiras nos EUA é decorrente da escassez de médicos, necessidade de barateamento dos custos dos serviços de saúde e reformas nos sistemas de saúde, que permitiram a essa categoria, a partir da década de 1960, atuar nas chamadas práticas avançadas. De forma a lidar com este problema, países como Canadá e Austrália também utilizam enfermeiras e outros profissionais da saúde com escopo de prática expandido para atuarem em áreas desassistidas, contribuindo para a melhoria do acesso aos serviços de

saúde. O escopo de prática define, com a participação de vários atores e instituições, o que a profissão faz e como faz. Dentre as instituições e normas, destacam-se as Leis de Exercício Profissional, autoridades regulatórias como os Conselhos Profissionais, as instituições do sistema educacional, governos, empregadores e os próprios usuários dos serviços de saúde (PIERANTONI; GIRARDI, 2017).

Os exemplos citados mostram que o modelo regulatório das profissões da saúde nos Estados Unidos da América, sobretudo no que concerne ao escopo das práticas, limita inovações da força de trabalho, que são necessárias para um sistema de saúde que deseja ampliar acesso aos seus serviços. Os regulamentos vigentes criam desequilíbrio entre a competência profissional e as leis referentes ao âmbito das práticas das profissões da saúde, com destaque para o entrave quanto ao trabalho coletivo entre as profissões que, muitas vezes, compartilham algumas atividades, tarefas e responsabilidades (DOWER; MOORE; LANGELIER, 2013).

No caso do Brasil, existem 21 profissões e ocupações regulamentadas no campo da saúde, sendo 14 destas de nível superior, que detêm a autorregulação por intermédio de conselhos de fiscalização do exercício profissional (PIERANTONI; GIRARDI, 2017). Os conselhos profissionais e as leis são peças fundamentais do modelo de autorregulação do trabalho no país. A legislação profissional, por exemplo, determina o escopo para a prática profissional; e os conselhos profissionais constituem-se como autarquias federais, que têm como objetivo proteger a sociedade contra atos praticados pelos profissionais e proteger a integridade das profissões. Cabe a essas autarquias conceder o registro profissional, elaborar e emitir normativas e resoluções sobre o exercício profissional, determinar o cumprimento de regras disciplinares e fiscalizar o exercício profissional, assim como elaborar e executar o chamado código deontológico (GIRARDI, 2002).

Assim como ocorreu em alguns países da América Latina, o sistema de regulação do trabalho em saúde no Brasil não sofreu mudanças significativas ou reformas. O que houve foi a revisão do escopo de práticas das profissões da saúde, mas este movimento intensificou-se na esfera pública, após a implantação do SUS, em 1988, que, constitucionalmente, passou a ser responsável pela ordenação da formação de recursos humanos na saúde, elaboração das políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde no âmbito nacional (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, um exemplo a ser considerado é a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, no âmbito da Atenção Básica, estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde, em que foi necessário revisar e ampliar o escopo das práticas profissionais. Outra estratégia que demandou revisar os limites da prática profissional foi a implementação

da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) em 1996, na qual as enfermeiras passaram a reconhecer e intervir em situações clínicas recorrentes na infância conforme protocolo (MOROSINI; FOSECA; LIMA, 2017).

Cabe ressaltar que, antes da implantação do SUS e do PSF, já havia o movimento de revisão dos limites das práticas profissionais. Em 1976, o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que se caracterizava como uma iniciativa para a expansão da rede de serviços de atenção primária de saúde, buscou expandir o acesso aos serviços de saúde com base na formação e capacitação de pessoal de nível técnico e auxiliar. Inclusive, preparou auxiliares e técnicas em enfermagem para prestar assistência ao parto normal e à saúde da criança em áreas remotas do país, e criou mais uma categoria de trabalhadoras, as atendedoras rurais (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A escassez de profissionais de saúde, principalmente em áreas remotas, áreas rurais e nas regiões mais pobres e inseguras, inclusive nas grandes cidades, tem constituído um problema de política pública que demandou e demanda, dentre outras coisas, a reorientação das práticas profissionais. Diante desse cenário, o Ministério da Saúde, visando ampliar o acesso das pessoas às ações e serviços de saúde, expandiu as fronteiras profissionais das enfermeiras, introduzindo Cartilhas, Guias, Manuais, permitindo a esta categoria a prática clínica, o diagnóstico e a prescrição de medicamentos (SANTOS, H., 2018).

Como citado, é recorrente o uso dessas ferramentas nomeadas e consideradas Enfermagem de Práticas Avançadas em países como EUA, Canadá e Austrália, no Brasil, tem sido debatido como novidade. Contudo, desde a implantação de programas de expansão de cobertura e do PSF, houve ampliação do escopo de prática das enfermeiras brasileiras para atendimento nos serviços da Atenção Básica (SILVA; GARNELO; GIOVANELLA, 2010).

Desde então, e em outros contextos em que o Ministério da Saúde tomou iniciativas semelhantes, as enfermeiras enfrentam a resistência dos médicos para atuação nos serviços de Atenção Básica. Um exemplo a ser considerado foi a liminar impetrada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 2017, que impediu enfermeiras da Atenção Básica de prescrever medicamentos, solicitar exames e realizar consultas. No pedido apresentado à Justiça Federal, o CFM questionava as atribuições da enfermeira na Atenção Básica, contidas na Portaria nº 2.488/2011, que dispunha sobre as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (BRASIL, 2017a).

Neste mesmo período, a Portaria nº 2.488/2011 (BRASIL, 2011) estava em processo de revisão e, posteriormente, foi substituída pela Portaria nº 2.436/2017 (BRASIL, 2017b), que

aprovou a nova Política de Atenção Básica (PNAB). Esta apresentou diversas mudanças quanto à organização dos serviços, mas manteve, no texto, as mesmas atribuições para a enfermeira (BRASIL, 2017b). No período de vigência da liminar citada, os serviços de Atenção Básica registraram atrasos e redução no atendimento, além de comprometimento do funcionamento dos programas de saúde pública (BRASIL, 2017a). Desse modo, revela a tensão e o jogo de disputas entre as categorias profissionais, com base nos interesses político-econômicos, e a manutenção da divisão social e técnica do trabalho na saúde.

A redução ou ampliação das fronteiras profissionais, além de provocar impacto na composição e na produtividade da força de trabalho em saúde, repercute na qualidade, nos custos e no acesso aos serviços de saúde. Segundo Pierantoni e Girardi (2017), é necessário que sistemas regulatórios dialoguem com as prerrogativas dos sistemas universais de saúde, sendo capazes de promover a integração, a qualificação e o aprimoramento contínuo de trabalhadores e trabalhadoras e serviços de saúde, priorizando o interesse público. No Brasil, mesmo depois de 30 anos da criação do SUS, não se registra movimento nessa direção.

4.2 REGULAÇÃO DO TRABALHO EM ENFERMAGEM NO BRASIL

A regulação do trabalho em enfermagem no Brasil é realizada pelo sistema Cofen/Coren, criado pela Lei Federal nº. 5.905/1973 (BRASIL, 1973). Diferentemente do que ocorre em outros países, no Brasil, o campo do trabalho em enfermagem é composto por enfermeiras, técnicas e auxiliares em enfermagem. Estas trabalhadoras têm diferentes formações e integram um campo marcado por particularidades resultantes da divisão social e técnica do trabalho. A regulação do trabalho em enfermagem reproduz essa divisão hierarquizada, dado que à enfermeira cabe a direção e fiscalização do exercício profissional no âmbito dos Conselhos de Enfermagem e, portanto, regula as demais profissões que compõem este campo de trabalho (SANTOS, H., 2018).

Como consequência dessa divisão do trabalho, a Lei nº 7.498/86 (BRASIL, 1986), que regulamenta o Exercício Profissional em Enfermagem, reproduz a divisão do trabalho, ao descrever as atividades específicas (escopo de prática) para cada trabalhadora, retratando a fragmentação no processo de trabalho em enfermagem e reforçando, no cotidiano do trabalho, a divisão entre trabalho manual e trabalho intelectual. Nessa organização, a enfermeira é coordenadora do processo de trabalho em enfermagem, responsável pelo planejamento, organização, supervisão, avaliação do cuidado prestado e execução de procedimentos entendidos como mais complexos tecnicamente, enquanto as técnicas e auxiliares são

direcionadas para o desenvolvimento de atividades assistenciais com menor complexidade técnica (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002).

A Lei do Exercício Profissional em Enfermagem limita-se a descrever as atividades que devem ser executadas individualmente pela trabalhadora. Na produção científica brasileira, apenas um artigo (LORENZETTI, 1987) esboça uma crítica a essa legislação, devido à falta de inferência aos parâmetros dos recursos humanos necessários para a adequada assistência de enfermagem, falta de referência sobre o direito de livre organização das trabalhadoras do campo da enfermagem no local de trabalho e completa exclusão das condições de trabalho em enfermagem. A ausência de definições e de condições de trabalho para o campo da enfermagem faz com que incida individualmente sobre a trabalhadora a responsabilidade pelo desenvolvimento do seu trabalho, sem considerar o contexto em que ocorre e a responsabilidade da parte empregadora.

Ao considerar que os sistemas regulatórios, em uma nova perspectiva, devem ser organizados de modo a dialogar com as necessidades dos sistemas de saúde da população e dos próprios trabalhadores, o sistema de regulação do trabalho em enfermagem no Brasil encontra limites para atuar com base nessa lógica. Para que ocorra essa mudança, é necessária a revisão da estrutura institucional, da estrutura legal de regulamentação das profissões, assim como dos escopos de prática (SANTOS, H., 2018).

Apesar da ausência de estudos que retratem esta temática no campo da saúde e da enfermagem no Brasil, podemos argumentar que os Conselhos de Enfermagem “restringem” a sua atuação regulatória ao âmbito da definição do escopo de prática, afirmando o que uma categoria pode fazer e a outra não pode. Isto é feito por meio de instrumentos como pareceres, normativas e resoluções que definem atos técnicos assistenciais que as trabalhadoras podem executar individualmente, reforçando a divisão e a fragmentação do trabalho.

Esse modo de regular o trabalho faz parte da dinâmica econômica capitalista, que aumenta o poder de interferência da regulação de mercado sobre a regulação profissional em saúde. No trabalho em enfermagem, a divisão técnica do trabalho consolidada pelo modelo regulatório serve, dentre outras coisas, para baratear os custos de produção e dividir politicamente as trabalhadoras, como afirma Braverman (1981), ao discutir o trabalho no capitalismo. Além disso, esse modo de regular o trabalho não considera as mudanças constantes no processo de trabalho e nas relações de trabalho, que são marcadas pela precarização.

O atual contexto do trabalho expõe as trabalhadoras da enfermagem a um cenário inseguro para prestação dos serviços de saúde, o que propicia a ocorrência de erros. Apesar do erro materializar-se na esfera individual da trabalhadora, a sua produção envolve fatores que

estão relacionados, por exemplo, ao subdimensionamento, ao ritmo de trabalho acelerado e às condições de trabalho precárias (SANTOS, T., 2018).

Considerando que os Conselhos de Enfermagem têm como atribuição proteger a sociedade e zelar pela qualidade dos serviços de saúde, entendemos que estes também devem responsabilizar-se pelo desenvolvimento de ambientes de trabalho seguros para atuação das trabalhadoras da enfermagem, visto que, ao inseri-las ou mantê-las expostas à precarização do trabalho, conseqüentemente expõem usuários dos serviços de saúde a riscos.

As autarquias, ao desconsiderarem o contexto, o modelo de organização do trabalho e do processo de trabalho em saúde e em enfermagem envolvidos na produção do erro, fomentam a construção social do erro como consequência do ato individual, que deve ser contido por meio de ato punitivo, atribuindo culpa à trabalhadora que errou. Dessa forma, a abordagem individual domina a elaboração das normativas regulatórias de fiscalização do trabalho em enfermagem, dado que, sob a perspectiva da regulação do trabalho, o erro caracteriza-se como uma infração ética, decorrente do agir ou da omissão profissional que resulta no descumprimento das disposições contidas no CEPE (SIDON *et al.*, 2012).

No aspecto ético, a conduta das trabalhadoras da enfermagem é norteada pelo CEPE. Esse conjunto de regras é especificado pelo órgão regulador, para que as atitudes das trabalhadoras reguladas sejam orientadas por princípios, direitos, deveres e proibições. As trabalhadoras que apresentarem comportamentos e condutas incompatíveis com o previsto nas normativas do CEPE estão sujeitas a sofrer penalidades, que variam de penas leves até o impedimento de exercer a profissão (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Neste sentido, ao considerar que o CEPE está centrado no comportamento e na conduta individual, inclusive desconhecendo a característica coletiva do trabalho em saúde e colocando inteira responsabilidade na trabalhadora que cometeu o erro, precisamos questionar se o conteúdo do código deontológico contempla a complexidade do trabalho em enfermagem no contexto atual, com a constante exposição dessas trabalhadoras à precarização do trabalho e à exploração. É essencial, que as condições precárias de trabalho sejam consideradas, pois estas são incompatíveis com o trabalho seguro em enfermagem na assistência à saúde dos usuários que estão sob sua responsabilidade.

A responsabilidade profissional é determinada pela verificação de culpa, pela conduta profissional, que pode ser omissiva ou comissiva, pelo dano causado e pela relação entre a conduta do agente e o prejuízo causado. De acordo com o enfoque ético-profissional, a atribuição de responsabilidade se dá no escopo individual, pois são verificados comportamentos e condutas empregadas nos atos praticados (CUNHA, 1982).

Ao considerarem o erro como uma infração ética, os Conselhos de Enfermagem abordam este problema na esfera individual, buscando identificar, nas trabalhadoras, condutas inadequadas, visto que se entende que essas são capazes de escolher entre modos seguros e inseguros de comportamento no seu trabalho. Desse modo, compreendem o erro como ato intencional. Assim, entendemos que a ocorrência de erros é compreendida pelo modelo de regulação profissional vigente como um fenômeno moral e com consequências individuais. Uma das consequências para a trabalhadora da enfermagem que cometeu erro no trabalho é a instauração de PED junto aos Conselhos Regionais de Enfermagem.

O objetivo do PED é a investigação, apuração de denúncias e a aplicação de penalidades, nos casos de constatação de erro. O PED é um ato punitivo imputado às trabalhadoras, sendo essa a solução para os casos de erros denunciados. Esse tipo de abordagem retroalimenta a cultura do medo, impossibilita estimar a ocorrência desses eventos nas organizações de saúde, pois as subnotificações são frequentes diante do temor da punição. Tal abordagem contribui para a manutenção dos elementos da precarização do trabalho nos serviços de saúde (SANTOS, H., 2018).

5 METODOLOGIA

Trata-se de estudo analítico, com abordagem qualitativa. Esta dissertação compõe a pesquisa matriz “Erro Profissional em Enfermagem”, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), Edital Universal nº 030/2013, do Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS), coordenada e desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisa em Políticas, Gestão, Trabalho e Recursos Humanos em Enfermagem e Saúde Coletiva (GERIR) da Escola de Enfermagem (EE) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em parceria com o Grupo de Pesquisa Trabalho, Ser Social e Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e Caleidoscópio: Laboratório de Pesquisa sobre Educação, Trabalho, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Esclarecemos que a descrição do local de estudo, da amostra e da coleta de dados refere-se à pesquisa matriz.

5.1 LOCAL DE ESTUDO E AMOSTRA

O local de estudo da pesquisa matriz são os Conselhos Regionais de Enfermagem do Nordeste brasileiro. Participam da pesquisa os Conselhos Regionais de Enfermagem da Bahia, Alagoas, Rio Grande do Norte e Sergipe. Registre-se que, mesmo com a obtenção do consentimento dos Conselhos Regionais dos estados de Pernambuco e Piauí, não foi possível fazer a coleta de dados devido à pandemia do novo coronavírus.

Para a realização da pesquisa nos Conselhos de Enfermagem dessa região do país, levou-se em consideração o interesse do plenário dos Conselhos de Enfermagem em participar do estudo, a proximidade geográfica e o financiamento da FAPESB, que viabilizou a execução da proposta do estudo. Além disso, a Região Nordeste é a segunda do Brasil com maior número de inscrições ativas de trabalhadoras da enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2021).

A amostra da pesquisa matriz é composta por PEDs tramitados, julgados e arquivados nos Conselhos Regionais de Enfermagem. Como critérios de inclusão dos PEDs no estudo foram considerados aqueles tramitados, julgados e arquivados entre os anos de 2000 e 2018 e cujo objeto de denúncia foi erro cometido no trabalho. Foram excluídos da pesquisa matriz processos de cunho administrativo, processos sem identificação e processos com dados insuficientes de interesse para o estudo.

Nesta dissertação, a amostra é constituída pelo *corpus* documental da pesquisa matriz, cujos documentos foram coletados nos Conselhos Regionais de Enfermagem participantes da pesquisa.

5.2 COLETA DE DADOS

A coleta de dados da pesquisa matriz ocorreu nos Conselhos Regionais de Enfermagem participantes, utilizando-se, como instrumentos, dois formulários estruturados elaborados pelas pesquisadoras, contemplando os objetivos da pesquisa matriz.

O instrumento de coleta I – “Caracterização dos Processos Ético-disciplinares” – contém variáveis que descrevem as características dos processos ético-disciplinares e denunciadas:

- a) informações sobre o PED: número do processo, data de autuação do processo, data de admissão da denúncia, data de julgamento do processo, data de arquivamento do processo, objeto da denúncia, data e turno de ocorrência do evento, denunciante, denunciada, unidade de ocorrência do evento, infrações apontadas no parecer inicial do relator, infrações apontadas no parecer da comissão de instrução, pedido de prorrogação de prazo do processo pela comissão de instrução, infrações e penalidades apontadas no parecer final do relator, divergência da plenária com o parecer e voto do relator, pedido de vistas ao parecer do relator pela plenária;
- b) informações sobre o denunciado: sexo, idade, escolaridade, estado civil, número de filhos, tempo de trabalho na organização, tempo de formação, experiência profissional, data de inscrição no Coren, escolaridade, existência de débito com o Coren (Apêndice B).

O instrumento de coleta II – “Análise dos PED objeto da denúncia erro em enfermagem” – permitiu a obtenção do conteúdo documental do PED, identificando seu número, objeto da denúncia e categoria do denunciado. Está detalhado em três subseções, para transcrição das falas do denunciante, falas da denunciada e falas de representantes do Coren (Apêndice C).

Para operacionalização da coleta, a pesquisa matriz dispôs de equipes nos estados da Bahia, Rio Grande do Norte e Alagoas. Os dados foram colhidos de janeiro de 2019 a novembro de 2019 e armazenados em um *hard disk* (HD) externo, em posse e de acesso restrito no Grupo de Pesquisa Gerir/UFBA.

Dado que a fonte de pesquisa são os PEDs tramitados, julgados e arquivados nos Conselhos Regionais, a seguir explicitamos os procedimentos para a instauração, instrução e julgamento.

5.3 PROCEDIMENTOS PARA INSTAURAÇÃO, INSTRUÇÃO E JULGAMENTO DE PROCESSO ÉTICO-DISCIPLINAR EM PRIMEIRA E SEGUNDA INSTÂNCIA

O Código de Processo Ético das autarquias profissionais de enfermagem contém normas e procedimentos que devem ser aplicados na apuração e decisão dos processos éticos em todos os Conselhos de Enfermagem. O sistema de apuração e decisão das infrações ético-disciplinares é constituído por órgão de admissibilidade, o Plenário do respectivo conselho, no âmbito de sua competência; por órgão de instrução, que são as comissões criadas em cada Conselho para este fim; por órgão de julgamento em primeira instância, composto pelo Plenário dos Conselhos Regionais de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2010).

De acordo com a Resolução nº 370/2010 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2010), o PED inicia-se de ofício ou por denúncia de carácter irretratável, apresentada por escrito ou verbalmente. Após o recebimento da denúncia, é determinada a juntada de certidão de situação cadastral, financeira e antecedentes éticos do denunciado e designa-se Conselheiro Relator para emissão de parecer fundamentado, esclarecendo se o fato tem indício de infração ética-disciplinar, bem como verificar se a denúncia preenche as condições de admissibilidade: o denunciado ser profissional da enfermagem, identificação do denunciado, dos fatos decorrerem de infração ética ou disciplinar prevista no CEPE, existir evidências suficientes para instauração do PED e não estiver extinta a punibilidade pela prescrição.

Após esse procedimento, o parecer é submetido à deliberação do plenário para prosseguir com ato de instauração do processo ou arquivamento. Se o plenário deliberar pela instauração do processo, cabe ao Presidente do Conselho designar Comissão de Instrução, por portaria, para apuração dos fatos, encerrando-se a fase de admissibilidade.

A Comissão de Instrução pode ser constituída por até três membros de categoria igual ou superior ao do denunciado, obrigatoriamente composta por presidente e secretário escolhidos entre os inscritos no Conselho Regional de Enfermagem. Não podem ser membros da comissão os trabalhadores que estejam respondendo a PED e inadimplentes com suas obrigações junto ao Coren.

A Comissão de Instrução tem por finalidade organizar e instruir o processo. Compete a este órgão ouvir as partes e as testemunhas, determinar outras pessoas que estejam envolvidas, colher todas as provas necessárias para o esclarecimento dos fatos, solicitar perícias, procedimentos ou diligências necessárias, verificar antecedentes profissionais do denunciado, ultimar a instrução do PED, elaborar relatório conclusivo de seus trabalhos e encaminhá-lo ao Presidente do Conselho.

Após notificação de instauração do PED pelo plenário, o presidente da Comissão de Instrução determina a apresentação da defesa prévia pelo denunciado, que poderá alegar tudo o que interesse à sua defesa, oferecer documentos e arrolar até três testemunhas. Ao receber a defesa prévia cabe ao Presidente da Comissão de Instrução deliberar a data da audiência de instrução, para oitivas dos envolvidos. Ao encerrar este procedimento, tem-se a determinação de intimar as partes, para apresentação das alegações finais, no prazo de dez dias.

Encerrada a instrução processual, compete à Comissão de Instrução a elaboração de relatório, contendo a narrativa dos fatos apurados, os apontamentos das provas, testemunhas e materiais colhidos, caracterizando a infração ético-disciplinar. Pode ainda conter a indicação de penalidade a ser imposta. Após elaboração, o relatório é entregue ao Presidente do Conselho, que designará Conselheiro Relator para emissão de parecer conclusivo.

Ao receber o relatório do Conselheiro Relator, o Presidente do Conselho determinará a inclusão do processo na pauta da primeira sessão plenária subsequente e a prévia notificação e intimação das partes e de seus representantes. Aberta a sessão plenária e iniciado o julgamento, o Conselheiro Relator deve apresentar seu parecer. Em seguida, cada parte poderá produzir defesa oral por dez minutos. Cumprido isto, os conselheiros poderão pronunciar-se. A votação iniciada após leitura do parecer pelo Conselheiro Relator, que emitirá seu voto, seguido dos demais conselheiros. Cabe ao Presidente do Conselho o voto de desempate. Em caso de condenação, o Plenário também deverá fixar a pena.

O Código do Processo Ético prevê ainda a interposição de recursos da decisão proferida pelo Conselho Regional em segunda instância para o Cofen, com efeito suspensivo, no prazo de 15 dias contados da ciência da decisão. O Presidente do Coren notificará a parte contrária para apresentar as contrarrazões no prazo de 15 dias. Após esses prazos, o processo é remetido ao Cofen.

No Cofen, o processo é encaminhado para o Relator designado pelo Presidente, e este terá 10 dias para proferir seu relatório. Após entrega do parecer, será agendado o julgamento, notificando as partes e seus procuradores com antecedência de 20 dias. Lavrado e publicado o Acórdão, o processo será devolvido ao Conselho de origem para execução da pena e respectiva divulgação da decisão, quando couber.

5.4 DESENHO DA ANÁLISE

Para esta dissertação, e atendendo ao seu objetivo geral de analisar as condições de produção do erro em PED tramitados, julgados e arquivados nos Conselhos Regionais de

Enfermagem na região do Nordeste brasileiro, o processo analítico está organizado em dois momentos complementares:

- a) Momento 1 – Caracterização do PED – com o objetivo específico de caracterizar os PEDs tramitados, julgados e arquivados nos Conselhos Regionais de Enfermagem do Nordeste brasileiro. Nessa etapa, os dados foram extraídos do instrumento de coleta I – Caracterização dos Processos Ético-disciplinares e analisados à luz da estatística descritiva, utilizando-se a frequência simples. Para a tabulação dos dados, foi empregado o aplicativo eletrônico *Excel (software Microsoft)*, versão 2010. Os dados foram organizados e descritos em tabelas.
- b) Momento 2 – Análise das Unidades de Registro e Contexto – com o objetivo específico de identificar condições de produção de erro em processos ético-disciplinares tramitados, julgados e arquivados nos Conselhos Regionais de Enfermagem do Nordeste brasileiro. Para isso, utilizamos o instrumento de coleta II – Análise dos PEDs com objeto da denúncia erro –, a fim de identificar e selecionar os trechos dos processos referentes às condições de produção de erro.

Para a análise dos dados qualitativos, empregamos a Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2011, p. 44), que assim a define: “[...] conjunto de técnicas de análise de comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.” Conceber a análise de conteúdo como conjunto de técnicas e procedimentos implica a sua determinação, de forma a dar segurança ao pesquisador no caminho a seguir.

A Análise de Conteúdo Temática consiste na análise dos significados e das características da mensagem propriamente dita, isto é, dos argumentos e ideias nela expressos. Consiste em descobrir os núcleos de sentido (significação) que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar algo para o objeto investigado. Dentro dessa perspectiva, desenvolvemos uma sistematização de procedimentos exigidos para aplicação dessa técnica de análise, abrangendo cronologicamente as seguintes fases: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

A primeira fase, pré-análise, é desenvolvida para sistematizar as ideias iniciais, formular hipóteses provisórias e organizar o material a ser investigado. De posse dos dados coletados e a fim de identificar os conteúdos a serem analisados, para conhecimento e definição do *corpus* de análise, procedemos à leitura flutuante de todo o material coletado. Após definição do *corpus* – que, nesta pesquisa, é constituído da denúncia, averiguação prévia, defesa prévia, oitivas, alegações finais, relatório final e voto contido no PED da trabalhadora em enfermagem que cometeu erro, instaurado e julgado pelos Conselhos Regionais de Enfermagem investigados –,

foi feita a leitura parcialmente ordenada para análise preliminar, a fim de identificar quem erra, onde erra, qual tipo de erro, em que circunstâncias erra (BARDIN, 2011).

Concluída a primeira fase, teve início a fase de exploração do material, em que os dados brutos dos PEDs são codificados e transformados em unidades agregadas com a descrição das características pertinentes ao conteúdo de cada uma das unidades selecionadas. A codificação resultou na definição de unidades de registro.

A unidade de registro é uma unidade de significação codificada e corresponde ao segmento de conteúdo considerado unidade base, que serve para a categorização. Neste estudo, a dimensão da unidade de registro (parágrafos, frases) é o tema que corresponde a uma regra de recorte do sentido. Consoante Bardin (2011), o tema pode ser considerado uma unidade de significação complexa, de comprimento variável; uma afirmação acerca de um assunto, que pode ser afetada por um vasto conjunto de formulações singulares.

Uma vez identificadas e codificadas as unidades de registro, partiu-se para a categorização. Este é um procedimento de classificação, agrupamento de elementos por diferenciação e, seguidamente, semelhança de uma mensagem seguindo-se determinados critérios. O critério semântico foi usado na categorização, visando originar categorias temáticas. O processo de categorização foi orientado pelos fundamentos teóricos hipotéticos. Também foram consideradas as seguintes qualidades para a construção das categorias: exclusão mútua – cada elemento não pode existir em mais de uma divisão; homogeneidade – um único critério de classificação deve governar a organização das categorias; pertinência – categoria adaptada ao material de análise e pertencente ao quadro teórico definido, às perguntas do estudo e às características das mensagens; objetividade e fidelidade – definir as variáveis e os índices que determinam a entrada de um elemento em uma categoria; produtividade – é considerado produtivo o conjunto de categorias que fornece dados férteis (BARDIN, 2011).

Após a definição das categorias e identificado o material constituinte de cada uma delas, foi realizado o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Os resultados foram descritos com base em uma síntese que expressa o conjunto de significados presentes nas diversas unidades de análise, buscando-se interconexões entre o erro cometido, as condições de produção de erro e a evidência processual das condições de produção de erro. O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação ligam-se ao movimento da procura de compreensão dos conteúdos manifestos e latentes, relacionando ao arcabouço teórico adotado. Desse modo, exploram-se os significados expressos nos resultados (BARDIN, 2011). Para melhor compreensão, o dispositivo analítico foi esquematizado na Figura 2.

Figura 2 – Esquemática do Plano de Análise de Conteúdo Temática



Fonte: Elaboração própria.

Destacamos que o processo analítico é regido pelo conceito de erro na Teoria do Erro Humano, conceitos da Sociologia do Trabalho e de estudos ancorados em conceitos marxistas que tratam do trabalho no campo da enfermagem. Dado que reconhecemos que a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem é um fenômeno complexo, para direcionar a análise, elaboramos fundamentos teóricos hipotéticos, tomando como base a Teoria da Produção Social como a interpretou Carlos Matus (1993).

A Teoria da Produção Social refere-se à leitura da realidade que a explica para além dos fatos aparentes, por meio de três níveis ou planos situacionais: o nível dos fatos propriamente ditos ou fenoprodução (fatos de qualquer natureza); o nível das acumulações ou fenoestruturas (capacidade de produção de novos fatos); e o nível das regras, leis básicas ou genoestruturas que regulam uma formação social e determinam a variedade do possível. Os diferentes processos e fenômenos da realidade articulam-se dinamicamente, tanto no interior de cada um desses níveis, como entre eles, havendo maior determinação do último – as regras – sobre os demais (MATUS, 1993).

Essa Teoria da Produção Social permite identificar, descrever e explicar problemas nos diversos planos e espaços que identificam o complexo de relações entre os múltiplos processos. A seleção do espaço tem relação com a potência explicativa para o problema e análise das possibilidades de intervenção, permitindo circunscrever um problema ao âmbito da capacidade

de ação do ator social. Em cada espaço situacional, a explicação dos problemas é diferente, bem como a capacidade de ação do ator social.

À medida que o espaço se amplia na busca de novos limites explicativos, a potência explicativa para o problema aumenta e, concomitantemente, o espectro de dificuldades operacionais, pela exigência cada vez maior de recursos de poder, econômicos e tecnológicos. Matus (1993) propõe uma forma de aproximação dos fenômenos que integra três dimensões ou espaços de definição e explicação de problemas, descritas na síntese elaborada pelo Grupo de Pesquisa Gerir da Escola de Enfermagem da UFBA (NÚCLEO DE PESQUISA EM POLÍTICAS, GESTÃO, TRABALHO E RECURSOS HUMANOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA, 2019):

- a) o espaço geral, expressa as regras sociais básicas, regras estruturais ou genoestruturas e engloba o espaço particular;
- b) o espaço particular, expressa a produção das ações humanas traduzidas em fatos políticos, econômicos, organizativos, cognitivos, comunicacionais etc., capazes de gerar fluxos de produção. Neste espaço acumulam-se as capacidades sociais ou fenoestruturas. Este espaço engloba o espaço singular e é englobado pelo espaço geral;
- c) o espaço singular expressa a produção de fatos ou fenômenos sociais ou fenoprodução. O espaço singular é englobado pelo espaço particular e pelo espaço geral.

Ao reconhecermos que o erro no trabalho em enfermagem tem causa multifatorial, as condições para a sua produção estão situadas em diferentes espaços, tal como conceituado: o geral, o particular e o singular.

Nesse sentido, no espaço geral, situamos os determinantes para a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem. Neste, destaca-se a precarização do trabalho 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, submetendo-o à exploração (BOURDIEU, 1998). Assim, partimos do fundamento de que o processo de trabalho desenvolve-se num contexto de precarização, independentemente das particularidades do contexto de cada país, de cada tempo e lugar.

No Brasil, a precarização do trabalho, estudada por Druck (2011), é classificada em tipologias conforme segue:

- a) vulnerabilidade das formas de inserção e desigualdades sociais;
- b) intensificação do trabalho e terceirização;
- c) insegurança e saúde no trabalho;

- d) fragilização da organização dos trabalhadores;
- e) condenação e descarte do direito do trabalhador.

Embora disseminada, a precarização do trabalho não atinge todos os países e todos os trabalhadores do mesmo modo, pois se constitui em um fenômeno complexo, multideterminado e com consequências diversas, que inclui a produção de erro no trabalho em enfermagem (ANTUNES, 2010).

Ao considerar a precarização do trabalho, reconhecemos que as condições de trabalho podem propiciar a produção de erro. Neste estudo, assumimos o seguinte conceito de condições de trabalho

[...] 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. (SILVA, 2016, p. 19).

Segundo Silva-Santos *et al.* (2018), o subdimensionamento da força de trabalho em enfermagem e a intensidade do trabalho foram as condições recorrentes na produção de erros. Essas condições de trabalho podem ser consideradas como condições latentes para a ocorrência do erro. Elas consistem em decisões tomadas por pessoas responsáveis por gerenciar os sistemas e serviços de saúde. As condições latentes podem permanecer ocultas por muito tempo nos sistemas de trabalho e, quando combinadas com falhas ativas, potencializam a ocorrência do erro.

Outro determinante para a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem é o modelo de organização do processo de trabalho, em particular do processo de trabalho em saúde. Mendes Gonçalves (2017) caracteriza o processo de trabalho em saúde com os seguintes elementos: agentes, objetos, finalidade e instrumentos. Para este autor, o agente do trabalho é um sujeito ou conjunto de sujeitos que transformam a natureza e executam intervenções no objeto de trabalho, tendo capacidade de modificá-lo para gerar um produto ou serviço. O objeto de trabalho em saúde é o corpo socialmente referenciado; a finalidade do trabalho são as necessidades advindas de um sujeito inserido em um contexto histórico e social. Essas necessidades estão situadas no modo de produção econômico capitalista e no modelo assistencial hegemônico, o modelo biomédico; os instrumentos possuem uma dimensão material, que serve para transformação do objeto, e uma dimensão intelectual, que permite a apropriação do objeto. Além dessas, há uma outra dimensão, que equivale às condições materiais, que não participam diretamente do processo de trabalho, mas são fundamentais para sua concretização.

O processo de trabalho em saúde caracteriza-se pelo seu objeto de trabalho, que pode ser complexo e singular, por ser de natureza coletiva, envolvendo múltiplos agentes na sua execução, e pela intensa divisão do trabalho na sua organização. Majoritariamente, o produto é imaterial, resultante do trabalho vivo, produzido e consumido em ato (MERHY, 2002). O processo de trabalho em saúde é influenciado pelas características do trabalho coletivo no modo capitalista de produção, que é organizado de modo fragmentado, hierarquizado e alienado (PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004). O modo como se opera o processo de trabalho em saúde, baseado na divisão/fragmentação de saberes intelectuais, saberes técnicos e saberes práticos, reflete o modelo de organização taylorista do trabalho e a divisão social e técnica do trabalho em saúde, determinando a ocorrência de erros (SANTOS, H., 2018).

Nesse espaço, salientamos ainda como elemento determinante para a ocorrência de erro, o modelo de gestão do trabalho adotado pelas organizações de saúde, que se baseia na premissa toyotista. Essa orientação flexibiliza as relações e as condições de trabalho, dissemina medo e insegurança, imprimindo, nos trabalhadores, a concepção da proatividade, multifuncionalidade e polivalência, colocando-os como responsáveis para responder às demandas organizacionais, apreendendo sua subjetividade (ANTUNES, 2010).

No espaço particular, situamos os condicionantes para ocorrência de erro no trabalho em enfermagem. Consideramos que a organização do processo de trabalho em enfermagem condiciona a ocorrência de erros, pois este organiza-se de modo diferente entre as trabalhadoras do campo da enfermagem, o que gera fragmentação na produção e execução das atividades no trabalho. O processo de trabalho em enfermagem é demarcado pela divisão técnica entre o trabalho dito intelectual das enfermeiras e o trabalho manual das auxiliares e técnicas em enfermagem (NÚCLEO DE PESQUISA EM POLÍTICAS, GESTÃO, TRABALHO E RECURSOS HUMANOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA, 2019).

O processo de trabalho em enfermagem é heterogêneo, pois o da enfermeira organiza-se de forma distinta daquele desenvolvido por auxiliares e técnicas em enfermagem (NÚCLEO DE PESQUISA EM POLÍTICAS, GESTÃO, TRABALHO E RECURSOS HUMANOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA, 2019). Assumimos que o processo de trabalho da enfermeira

[...] é como a enfermeira conduz o seu trabalho, executando de modo indissociável tarefas e atividades assistenciais-gerenciais, articulando saberes filosóficos, políticos e técnicos, respondendo à normatividade da organização de saúde e às necessidades anátomo fisiológicas e extra biológicas dos usuários dos serviços de saúde, em um determinado tempo histórico e em uma determinada sociedade. (NÚCLEO DE PESQUISA EM POLÍTICAS,

GESTÃO, TRABALHO E RECURSOS HUMANOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA, 2019, p. 8).

A enfermeira é responsável pela coordenação do processo de trabalho em enfermagem e pela articulação do processo de trabalho em saúde (LEAL; MELO, 2018). A natureza gerencial-assistencial do trabalho é uma característica singular do processo de trabalho da enfermeira. No cotidiano dos serviços de saúde, produz sobrecarga de atividades, dificultando a supervisão sobre o trabalho das auxiliares e das técnicas de enfermagem pela enfermeira (SANTOS, T., 2018).

Já o processo de trabalho de técnicas e auxiliares em enfermagem, caracterizado pela execução das atividades assistenciais, é definido como

[...] o modo como estas executam ordens médicas, mediadas pela enfermeira, e executam ordens da enfermeira. Tais ordens são traduzidas em atividades fragmentadas e repetitivas que variam conforme o local de trabalho, mediadas por um saber-fazer, e respondendo à normatividade da organização do processo de trabalho coordenado pela enfermeira. (NÚCLEO DE PESQUISA EM POLÍTICAS, GESTÃO, TRABALHO E RECURSOS HUMANOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA, 2019, p. 2).

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 técnica do trabalho não permite que auxiliares e técnicas em enfermagem coloquem-se como atores, afastando-as do entendimento e controle do seu processo de trabalho (SANTOS, H., 2018).

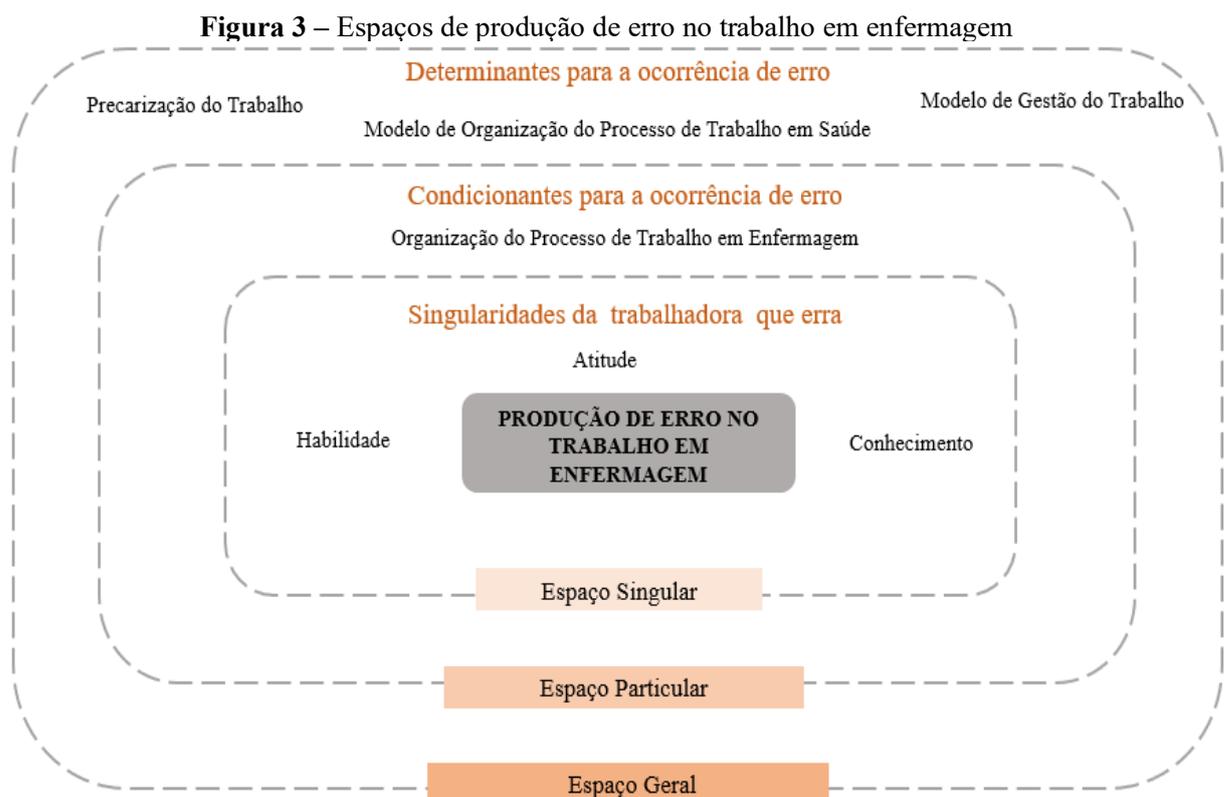
Nesse contexto, destacamos a divisão social do trabalho, que mantém no trabalho as tensões surgidas na disputa entre classes sociais e que se expressam em valorização diferente, bem como remuneração diferente e em formas de poder e autonomia também diferentes (CECILIO, 2009). O reconhecimento social no trabalho não é simétrico entre as categorias de trabalhadores da saúde e entre as trabalhadoras em enfermagem, que, no seu micro espaço de trabalho, exercem e provocam situações de conflito e relações de dominação. No trabalho em enfermagem, a enfermeira ocupa a posição hegemônica, contudo conduz o processo de trabalho apoiada na lógica política, econômica e biomédica dominante.

No espaço singular, situamos as singularidades da trabalhadora que erra, que se relaciona com as práticas executadas; com o domínio do conhecimento técnico específico; com a inter-relação entre trabalhadoras no processo de trabalho; com a inter-relação 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 a dimensão individual 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 contrastam com atitudes, conhecimentos e habilidades das trabalhadoras em enfermagem (NÚCLEO DE PESQUISA EM POLÍTICAS, GESTÃO, TRABALHO E RECURSOS HUMANOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA, 2019).

Segundo Durand (1998) e M. Fleury e A. Fleury (2000), o conhecimento corresponde ao saber e a uma série de informações assimiladas e estruturadas pelo sujeito, que lhe permitem entender os processos sociais; a habilidade corresponde à capacidade de aplicar e fazer uso do conhecimento adquirido com vistas à consecução de um propósito definido; e a atitude diz respeito aos aspectos sociais e afetivos relacionados ao trabalho, que explicam o comportamento normalmente experimentado pelo ser humano no seu ambiente de trabalho.

Importante esclarecer que a análise dos dados coletados não se limita a uma descrição do fenômeno investigado. A interpretação dos achados da pesquisa baseou-se nos fundamentos teóricos hipotéticos e na reflexão à luz dos conceitos explicitados e reconstruídos durante o processo da pesquisa.



Fonte: Elaboração própria.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Como este projeto está vinculado ao projeto matriz “Erro Profissional em Enfermagem”, financiado com recursos da FAPESB, foi obtida aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Parecer nº 632.501 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 28046914.7.0000.5531 (Anexo B), conforme preconiza a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Também se obteve o consentimento da direção dos Conselhos Regionais de Enfermagem para acesso aos arquivos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta primeira parte dos resultados refere-se às variáveis que caracterizam os PEDs tramitados, julgados e arquivados nos Conselhos Regionais de Enfermagem participantes do estudo.

Na seção 6.1, apresentamos a caracterização dos PEDs, envolvendo características sociodemográficas das trabalhadoras da enfermagem denunciadas, distribuição das penalidades aplicadas e características do contexto da ocorrência do erro.

Na seção 6.2, apresentamos e debatemos as condições de produção de erro identificadas nos PEDs em cada espaço: o geral, o particular e o singular. Ressaltamos que, apesar de separados nesta explanação, os espaços de produção de erro e os elementos que os conformam estão inter-relacionados e se dão concomitantemente, visto que o espaço particular engloba o espaço singular, e este é englobado pelo espaço geral.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROCESSOS ÉTICO-DISCIPLINARES COM DENÚNCIA DE ERRO

Nos Conselhos Regionais de Enfermagem participantes do estudo, foram encontrados 279 PEDs referentes aos anos de 2000 a 2018. Desse total, 160 (57,3%) corresponderam aos PEDs do estado da Bahia; 70 (25%), do estado de Sergipe; 42 (15%), do estado de Alagoas; e 7 (2,5%), do estado do Rio Grande do Norte.

Sobre os PEDs tramitados com denúncia de erro, o total corresponde a 19. A Bahia destaca-se com maior quantitativo de ocorrências (11), seguida dos estados de Alagoas (3), Rio Grande do Norte (3) e Sergipe (2). Além de registrar o maior número de PEDs no período estudado e com denúncia de erro nos Coren participantes da pesquisa, a Bahia é o estado com maior número de inscrições ativas de trabalhadoras da enfermagem: auxiliares em enfermagem 12.958, técnicas em enfermagem 86.655 e enfermeiras 39.821 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2021). Os anos entre 2011 e 2015 foram os que registraram o maior número de PEDs (7) com denúncia de erro.

Em relação aos denunciantes, 6 denúncias foram feitas *ex officio*, 5 por acompanhantes/familiares do paciente, 3 por trabalhadoras da equipe de enfermagem e 3 pela organização de saúde, por meio da coordenação de enfermagem. Sobre o quantitativo de trabalhadoras da enfermagem denunciadas, 16 PEDs registraram apenas 1 trabalhadora.

Nos PEDs, 17 decisões foram em primeira instância (tramitados e julgados nos Conselhos Regionais de Enfermagem), e 2 em segunda instância (tramitados e julgados na esfera do Conselho Federal de Enfermagem). No que refere ao tempo (em meses) de tramitação dos PEDs, 9 ficaram em tramitação de 6 a 12 meses e apenas 2 registraram tempo de tramitação maior que 36 meses (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização de Processos ético-disciplinares com denúncia de erro tramitados, julgados e arquivados nos Conselhos Regionais de Enfermagem. Bahia, Sergipe, Alagoas, Rio Grande do Norte, Brasil – 2000-2018. (N=19)

Características	Total
Estado	
Alagoas	3
Bahia	11
Rio Grande do Norte	3
Sergipe	2
Ano	
2000 a 2005	3
2006 a 2010	4
2011 a 2015	7
2016 a 2018	5
Denunciante	
Acompanhante/Familiar do Paciente	5
Trabalhadoras da equipe de enfermagem	3
Paciente	1
<i>Ex officio</i>	6
Coordenação de Enfermagem	3
Gerente de Recursos Humanos	1
Número de trabalhadoras denunciadas por PED	
Uma trabalhadora	16
Duas trabalhadoras	-
Três trabalhadoras	2
Quatro trabalhadoras	1
Instância de Decisão	
Primeira Instância	17
Segunda Instância	2
Tempo de Tramitação (em meses) dos PED	
6 a 12	9
13 a 18	4
19 a 24	1
25 a 30	2
31 a 36	1
> 36	2

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Tendo em vista que um PED pode denunciar mais de uma trabalhadora do campo da enfermagem, 26 trabalhadoras em enfermagem foram denunciadas nos 19 PEDs com denúncia de erro. Sobre as características sociodemográficas das trabalhadoras envolvidas, 25 eram do sexo feminino. Este resultado confirma que o campo da enfermagem é predominantemente formado pela força de trabalho feminina, dada a divisão sexual do trabalho.

A divisão sexual do trabalho, segundo Hirata e Kergoat (2008, p. 266) é “[...] a forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais entre os sexos; mais do que isso, é um fator prioritário para a sobrevivência da relação social entre os sexos”. As autoras ainda apontam que essa forma particular de divisão social do trabalho tem dois princípios organizadores: o princípio da separação (há trabalho de homens e trabalho de mulheres) e o princípio hierárquico (um trabalho de homem vale mais que um trabalho de mulher).

Historicamente, as atividades relacionadas ao cuidado foram delegadas às mulheres, pois a estas cabia o trabalho de cuidado e reprodução. Quando se instituiu a enfermagem moderna, Florence Nightingale defendia que apenas mulheres poderiam exercê-la, pois já se concebia que elas poderiam desempenhar, na esfera pública, algumas das atividades que fossem prolongamentos das ocupações do âmbito doméstico. Florence, ao explicar a sua concepção do que é ser uma boa enfermeira, descreve uma mulher de sentimentos delicados, recatados, observadora, sagaz, discreta, sóbria, honesta, religiosa e devotada, que respeita a sua própria vocação (NIGHTINGALE, 2005).

Embora as trabalhadoras em enfermagem vendam sua força de trabalho mediante demanda e exerçam o trabalho na esfera pública em troca de um salário, as desigualdades de gênero condicionam as práticas deste campo. Ainda hoje (século XXI, ano 2021), o trabalho em enfermagem é associado à vocação, amorosidade e maternidade. A permanência dessa concepção para a caracterização do campo de trabalho em enfermagem revela que o trabalho feminino é ainda baseado em qualidades. Nesse sentido, para ser trabalhadora do campo da enfermagem, basta ter qualidades associadas socialmente ao feminino (SANTOS, 2018).

O trabalho feminino, de acordo com Hirata (2011), concentra-se nos setores de serviços pessoais, educação e saúde, nos quais as mulheres exercem profissões consideradas pouco qualificadas, com baixa remuneração e pouco valorizadas socialmente, quase sempre

ocupando o lugar de subordinação nas instâncias de decisão e de atribuição de responsabilidade. Desse modo, a divisão sexual do trabalho não é neutra, pois encobre relações de poder e expressa-se na hierarquia de gênero, tanto no âmbito da produção quanto no da reprodução, o que proporciona e favorece a desvalorização da força de trabalho da mulher. É observado que a divisão sexual do trabalho afeta o campo da enfermagem, ao agregar menor valor e reconhecimento social, por ser um trabalho atribuído socialmente ao gênero feminino (NOGUEIRA, 2011).

Os números de trabalhadoras e as categorias denunciadas foram: 12 técnicas em enfermagem, 7 auxiliares em enfermagem, 5 enfermeiras e 1 atendente de enfermagem. A maior parte das denúncias de erros no trabalho contra técnicas e auxiliares em enfermagem guardava relação com a divisão social e técnica do trabalho em enfermagem. Consoante Melo, Santos e Leal (2015), as trabalhadoras de nível médio assumem atividades técnico-assistenciais no processo de trabalho, estando mais propensas à ocorrência de erros dessa natureza. À enfermeira cabe a coordenação desse processo, configurando a natureza assistencial-gerencial do seu trabalho.

Outro ponto a ser considerado é que, ainda que as atendentes de enfermagem não sejam reconhecidas pela legislação do trabalho em enfermagem (Lei nº 7.498/1986), um PED registrou denúncia contra uma trabalhadora dessa categoria profissional. A categoria da atendente de enfermagem foi extinta em 1986, quando o então Presidente da República, José Sarney, sancionou a Lei nº 7.498, que limitava a atuação de atendentes de enfermagem até o ano de 1996. No entanto, esta categoria representava o maior contingente de trabalhadoras do campo da enfermagem até meados dos anos 1990 (BEZERRA; GUERRA; GUEDES, 1998).

Quanto às variáveis escolaridade, anos de formação e anos de trabalho na organização, predominou o item não identificado. Apesar de o PED conter, em seu corpo, uma ficha de situação cadastral das trabalhadoras denunciadas, essas informações não estavam inseridas nos documentos consultados. Foi possível identificar essas informações no PED apenas se a trabalhadora denunciada as mencionasse em sua defesa prévia e na alegação final, ou se os membros da Comissão de Instrução lhe perguntassem na oitiva (Tabela 2).

Tabela 2 – Características sociodemográficas das trabalhadoras em enfermagem denunciadas por erro no trabalho nos Conselhos Regionais de Enfermagem. Bahia, Sergipe, Alagoas, Rio Grande do Norte, Brasil – 2000-2018. (N=26)

Características	Atendente de Enfermagem	Auxiliar em Enfermagem	Técnica em Enfermagem	Enfermeira	Total
Sexo					
Feminino	1	7	12	5	25
Masculino	-	-	-	1	1
Grupo Etário (em anos)					
< 30	-	-	-	1	1
31 a 35	-	-	1	-	1
36 a 40	-	1	-	-	1
41 a 45	-	-	1	-	1
46 a 50	-	1	3	-	4
51 e mais	-	1	-	-	1
Não identificado	1	4	7	5	17
Situação Conjugal					
Solteira	-	3	3	1	7
Casada ou União Estável	1	1	7	-	9
Divorciada	-	2	2	1	5
Não identificado	-	1	-	4	5
Escolaridade					
Ensino Médio	1	1	4	-	6
Graduação	-	-	1	5	6
Pós-Graduação	-	-	-	1	1
Não identificado	-	6	7	-	13
Anos de Formação					
1 a 5	-	2	3	1	6
6 a 10	-	-	1	-	1
11 a 19	-	1	1	-	2
20 e mais	1	-	-	1	2
Não identificado	-	4	7	4	15
Anos de Trabalho na Organização					
< 1 ano	-	-	1	-	1
1 a 5	-	2	5	3	10
6 a 10	-	1	1	-	2
11 a 15	-	2	-	-	2
Não identificado	1	2	5	3	11

Fonte: Elaboração nossa.

Nota: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Sobre a distribuição das penalidades, 2 trabalhadoras denunciadas foram julgadas inocentes e 24 foram julgadas culpadas, aplicando-se penalidades. Dentre as penalidades aplicadas, destacaram-se a advertência verbal – que consiste na admoestação da trabalhadora, de forma reservada, registrada em prontuário, na presença de duas testemunhas – e a censura – repreensão divulgada nas publicações oficiais do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação. Em três trabalhadoras, aplicou-se a multa como penalidade – pagamento de um a dez vezes o valor da anuidade da categoria profissional à qual pertence, em vigor no ato do pagamento. Registrou-se uma suspensão – proibição do exercício profissional da Enfermagem por um período determinado, divulgada nas publicações oficiais do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, jornais de grande circulação e comunicada aos órgãos empregadores; uma cassação – perda do direito ao exercício da enfermagem. A aplicação da penalidade de cassação compete ao Conselho Federal de Enfermagem, conforme o disposto no art. 18, § 1º, da Lei nº 5.905/73 (COFEN, 2017). (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das penalidades aplicadas nos Processos ético-disciplinares com denúncia de erro tramitados, julgados e arquivados nos Conselhos Regionais de Enfermagem, por categoria profissional. Bahia, Sergipe, Alagoas, Rio Grande do Norte, Brasil – 2000-2018. (N=24)

Categoria Profissional	Tipificação das Penalidades				
	Advertência Verbal	Multa	Censura	Suspensão	Cassação
Atendente de enfermagem	1	-	1	-	-
Auxiliar em enfermagem	2	-	2	1	1
Técnica em enfermagem	6	3	2	-	-
Enfermeira	4	-	1	-	-
Total	13	3	6	1	1

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Durante os anos investigados, 2000 a 2018, o CEPE passou por duas atualizações. A Resolução Cofen nº 240/2000 foi revogada e substituída pela Resolução Cofen nº 311/2007, porém não apresentou atualizações quanto às penalidades aplicadas ou ao tempo de pena. Em 2017, com nova atualização do CEPE, por meio da Resolução nº 564/2017, as penas de suspensão e cassação passaram por atualizações. Nas resoluções anteriores supracitadas, a suspensão do exercício profissional dava-se em um período não superior a 29 dias; após a atualização, o período estendeu-se por até 90 dias. Já a cassação do exercício profissional, que

antes não determinava período, após atualização, determinou-se período de até 30 anos. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2000, 2007, 2017).

Nenhum PED apresentou contramedidas para gerenciamento do erro, como recomendações, orientações para medidas fiscalizatórias aplicadas às organizações da saúde quanto ao modelo de organização do processo de trabalho, organização do processo de trabalho em enfermagem e condições de trabalho. As penalidades aplicadas reforçam que a trabalhadora é a única responsabilizada pelo erro, demonstrando que o PED funciona como um instrumento punitivo cujo ato esgota-se em si mesmo.

Quanto às características do contexto da ocorrência do erro, 17 PEDs referiam-se a erro de medicação; 1 processo dizia respeito a queda do paciente; e, em 1 processo, registrou-se erro em procedimento. Os erros de medicação, nos serviços de saúde, são objeto de preocupação em diversos países. Estudo realizado para identificar e analisar erros na assistência de enfermagem verificou que 44% dos relatórios de notificação de incidentes ocorridos no local da pesquisa foram erros de medicação (LIMA NETO *et al.*, 2019).

O maior registro de erros de medicação pode ser atribuído ao fato de serem de mais fácil identificação e apresentarem potencial de danos imediatos ao paciente. Embora representem um dos tipos habituais nos serviços de saúde, a causalidade é complexa e multifatorial (SANTOS; ROCHA; SAMPAIO, 2019).

Ressalta-se que os erros na terapia medicamentosa incluem diferentes etapas: dispensação, prescrição, transcrição, preparação e administração (NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION, 2019). Nesse sentido, o erro de medicação envolve diversos profissionais da equipe de saúde, dentre eles as trabalhadoras da enfermagem, médicos e farmacêuticos. No processo de trabalho em enfermagem, especificamente de auxiliares e técnicas em enfermagem, o erro de medicação ocorre nas etapas de preparação e administração, dado que essas trabalhadoras executam essa atividade assistencial. Identificou-se, em estudo produzido no Brasil, que o erro de medicação foi o mais frequente cometido por auxiliares e técnicas em enfermagem (ITO; YAMAZUMI, 2003). A queda do paciente é o segundo tipo de erro incidente em unidades hospitalares (LORENZINI; SANTI; BÁO, 2014).

Quanto ao local de ocorrência do erro, foram identificados: o hospital, em 13 PEDs; unidade básica de saúde, em 3 PEDs; centro de saúde, em 2 PEDs; e *home care* em 1 PED. Este cenário é esperado, pois, no contexto hospitalar, os cuidados prestados são tecnologicamente mais densos e de natureza contínua, com múltiplos processos de trabalho, portanto com maior exposição ao risco de ocorrência de erros. Além disso, a notificação de erros é uma prática mais

habitual no ambiente hospitalar, pelas características dos serviços produzidos e por incorporar práticas de segurança do paciente. Registre-se que, na literatura científica, são poucos e iniciais os estudos que analisam erros no trabalho em saúde fora do ambiente hospitalar.

Os achados evidenciaram que 13 PEDs apontaram denúncia de erro em organizações de natureza administrativa pública e 6 em organizações de natureza administrativa privada. O turno de trabalho em que mais foram notificados erros foi o noturno, em 7 processos. Um 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 (MEKONEN; GEBRIE; JEMBERIE, 2020).

Em pacientes adultos, foram registradas 11 ocorrências de erros; em crianças, foram 7 os processos; em 1 processo foi registrado erro em paciente idoso. Estudo publicado sobre erro médico relacionado ao processo de administração de medicamentos afirma que a probabilidade de ocorrência de erro em pacientes adultos é muito maior do que em crianças. Uma das razões reside no fato de que pacientes adultos recebem, durante o período de hospitalização, mais drogas e mais intervenções do que pacientes pediátricos (15 medicações *versus* 7 medicações). Outra explicação pode estar relacionada ao fato de pacientes pediátricos estarem continuamente sob vigilância de acompanhantes (pais e/ou responsáveis) no período de hospitalização, e estes contribuírem com medidas de segurança do paciente (ROBERTSON, 1995).

A Tabela 4 expõe os dados relativos às características do contexto do erro nos PEDs que constituíram a amostra deste estudo.

Tabela 4 – Características do contexto da ocorrência do erro no trabalho em enfermagem em Processos ético-disciplinares tramitados, julgados e arquivados nos Conselhos Regionais de Enfermagem. Bahia, Sergipe, Alagoas, Rio Grande do Norte, Brasil – 2000-2018. (N=19)

(continua)

Características	Total
Tipo de Erro Denunciado	
Erro de medicação	17
Queda	1
Erro em procedimento	1
Local de Ocorrência do erro	
Hospital	13
Centro de Saúde	2
Unidade Básica de Saúde	3
<i>Home Care</i>	1
Natureza Administrativa da Organização	
Pública	13
Privada	6

Tabela 4 – Características do contexto da ocorrência do erro no trabalho em enfermagem em Processos ético-disciplinares tramitados, julgados e arquivados nos Conselhos Regionais de Enfermagem. Bahia, Sergipe, Alagoas, Rio Grande do Norte, Brasil – 2000-2018. (N=19)

(conclusão)

Características	Total
Turno de Ocorrência do Erro	
Matutino	6
Vespertino	6
Noturno	7
Vítimas do erro	
Criança	7
Adolescente	-
Adulto	11
Idoso	1

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

6.2 CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DE ERRO NO TRABALHO EM ENFERMAGEM

Dos 19 PEDs analisados no estudo, foram extraídas 106 unidades de análise que revelaram condições de produção de erro no trabalho em enfermagem. Dos diversos atores que compõem cada PED, 44 (41,5%) unidades de análise foram enunciadas por enfermeiras, 19 (17,9%) por técnicas em enfermagem, 15 (14,1%) por auxiliares em enfermagem, 17 (16,1%) por representantes do COREN e 11 (10,3%) por advogado de defesa. Esses achados demonstram que são as próprias trabalhadoras em enfermagem envolvidas nos PEDs que revelam as condições de produção de erro no trabalho (Tabela 5).

Tabela 5 – Caracterização dos autores da enunciação das unidades de análise. Bahia, Sergipe, Alagoas, Rio Grande do Norte, Brasil – 2021. (N=106)

Autor da enunciação	Total	
	N	%
Enfermeira	44	41,5
Técnica em Enfermagem	19	17,9
Auxiliar em Enfermagem	15	14,1
Representantes Coren	17	16,1
Advogado de defesa	11	10,3

Fonte: Elaboração própria.

Considerando o procedimento analítico empregado, partindo da premissa que a importância de uma unidade analítica aumenta com a frequência de aparição e repetição, a Tabela 6 apresenta os espaços/dimensões de produção de erro e as condições que os compõem

com base na contagem das unidades de contexto por meio da frequência simples. Neste cenário, o espaço geral, que engloba determinantes para a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem, apresenta maior frequência (79; 74,52%) de condições de produção de erro no trabalho em enfermagem, com destaque para a precarização do trabalho. O espaço singular, que situa as singularidades da trabalhadora que erra, apresenta, nesse contexto, a menor frequência (11; 10,3%) de condições de produção de erro.

Tabela 6 – Frequência da unidade analítica por espaço de produção de erro e unidades temáticas. Bahia, Sergipe, Alagoas, Rio Grande do Norte, Brasil – 2021. (N=106)

Espaços de Produção de Erro	Total	
	n	%
Espaço Geral - Determinantes para a ocorrência de erro	79	74,52
Precarização do trabalho	49	63,6
Unidade Temática- Intensidade do trabalho	46	93,8
Unidade Temática- Condições precárias de trabalho	2	4,08
Unidade Temática- Descarte do direito do trabalho	1	2,04
Modelo de Organização do Processo de Trabalho em Saúde	20	18,8
Unidade Temática- Inexistência de protocolos	19	95,0
Unidade Temática- Hierarquia no processo de trabalho em saúde	1	5,0
Modelo de Gestão do Trabalho	10	9,4
Unidade Temática - Inexistência de Programa de Educação Permanente	10	100,0
Espaço Particular - Condicionantes para a ocorrência de erro	16	15,09
Organização do Processo de Trabalho em Enfermagem	16	15,09
Unidade Temática- Ausência de supervisão da enfermeira	9	56,25
Unidade Temática- Ausência de modelo para passagem de plantão	7	37,5
Espaço Singular - Singularidades da trabalhadora que erra	11	10,3
Atitude	9	81,8
Unidade Temática- Não conferência do nome do paciente e da prescrição médica	8	88,8
Unidade Temática- Descumprimento da prescrição de enfermagem	1	11,1
Conhecimento	1	9,09
Unidade Temática- Déficit no conhecimento	1	100,0
Habilidade	1	9,09
Unidade Temática- Insegurança na execução de procedimento	1	100,0

Fonte: Elaboração própria.

Após realizarmos a contagem das unidades temáticas por espaço de produção de erro, elaboramos um Quadro Síntese (Quadro 1) com as evidências processuais segundo os espaços de produção do erro – geral, particular e singular –, elucidando as condições de produção de erro situadas em cada espaço/dimensão.

Quadro 1 – Categorias de análise segundo espaço/dimensão de produção de erro no trabalho em enfermagem

(continua)

Espaço/ Dimensão	Subdimensão	Tipo de Erro	Unidade Temática	Evidência Processual
<p>Espaço Geral: Determinantes para a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem</p>	<p>Precarização do Trabalho</p>	<p>Erro de medicação</p>	<p>Intensidade do Trabalho</p>	<p><i>No relatório não há referência sobre a existência ou não do profissional enfermeiro, nem a TE [Técnica em Enfermagem] faz menção a este fato. Contudo, na visita técnica realizada no hospital [...] foi constatado, entre outras, a seguinte irregularidade: ausência de enfermeiro em todos os locais onde há serviço de enfermagem, no período noturno, em todos os dias da semana. (Comissão de Instrução de Processo Ético Disciplinar, Processo 4).</i></p>
				<p><i>Comunico que, devido à escala de técnicos de enfermagem encontrar-se reduzida em todos os horários e para não interromper a assistência, as dobras de plantão estão se tornando uma rotina. Visto que a UTI [Unidade de Terapia Intensiva] tem estado quase todo o tempo cheia, a necessidade mínima de técnicos por horário são dez, como determina a RDC [Resolução de Diretoria Colegiada] N° 7/2010. Porém, devido às licenças médicas, faltas, férias e falta de cobertura de funcionários que pediram demissão e não foram substituídos, o número tem variado entre nove e dez, necessitando das dobras. (Enfermeira, Processo 8).</i></p>
				<p><i>Nós recebemos o prontuário dos pacientes e observamos que as anotações são falhas, a senhora percebeu isso e que atitude tomou? Nós percebemos, sim, é um problema sério do Hospital. O que explica, mas não justifica as anotações falhas, é o quantitativo de funcionários. Nós tínhamos um quantitativo mínimo de funcionários e estamos na iminência de perder em média 80 funcionários contratados através do Regime [...], e, nesse caso, priorizamos a assistência. Temos a consciência de que não é o procedimento correto, mas não temos alternativas. E as anotações? Nessa época, devido à falta de funcionário, dávamos prioridade à medicação e aos cuidados. Por isso, nem sempre as evoluções eram feitas. (Enfermeira, Processo 13).</i></p>
				<p><i>[...] a profissional estava, no período ocorrido, prestando assistência para 15 pacientes [na Unidade de Terapia Intensiva], estava sozinha como enfermeira. (Auxiliar em Enfermagem, Processo 9).</i></p>

Quadro 1 – Categorias de análise segundo espaço/dimensão de produção de erro no trabalho em enfermagem

(continuação)

Espaço/ Dimensão	Subdimensão	Tipo de Erro	Unidade Temática	Evidência Processual
Espaço Geral: Determinantes para a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem	Precarização do Trabalho	Erro de medicação	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. (Auxiliar em Enfermagem, Processo 14).</i>
				<i>Alego também sobrecarga de trabalho, haja 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. (Auxiliar em enfermagem, Processo 10).</i>
				<i>Fica evidente que a instituição induz o profissional ao erro, já que técnicos e auxiliares de enfermagem são obrigados a assumirem atribuições do enfermeiro, haja vista, não dispor a instituição deste profissional nos plantões noturnos e final de semana. Verifica-se também nos autos que AE [Auxiliar em Enfermagem] e TE [Técnico em Enfermagem] ficam por vezes também responsáveis por funções que não lhe competem nos setores de lavanderia e farmácia ao mesmo tempo em que assumem atividades de assistência. (Comissão de Instrução Processo Ético Disciplinar, Processo 1).</i>
		Queda do paciente	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 movimentarem entre o setor de enfermagem e a UTI para os procedimentos de anotações e de recebimento de medicamentos, acabam perdendo esta de vista, momentaneamente. (Enfermeira, Processo 5).</i>
		Erro de medicação		<i>Recebo o plantão naturalmente com equipe reduzida, pelo horário de revezamento, num setor que não disponibiliza uma boa observação, pela sua própria estrutura em formato linear, assim como há impossibilidade de estar 100% do tempo ao lado do paciente. Recebi pacientes extremamente graves necessitando de cuidados extremos... além de terminar pequenas questões burocráticas. (Enfermeiro, Processo 5).</i>

Quadro 1 – Categorias de análise segundo espaço/dimensão de produção de erro no trabalho em enfermagem

(continuação)

Espaço/ Dimensão	Subdimensão	Tipo de Erro	Unidade Temática	Evidência Processual
Espaço Geral: Determinantes para a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem	Precarização do Trabalho	Erro de medicação	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. (Auxiliar em Enfermagem, Processo 12).</i>
	Modelo de Organização do Processo de Trabalho em Saúde	Erro de medicação	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 Operacional Padrão] exclusivo para administração de medicação na UTI [Unidade de Terapia Intensiva], porém existe um consenso sem POP, que apenas o enfermeiro administre medicação. (Enfermeira, Processo 2).</i> <i>No entanto, o supramencionado protocolo não tinha sido aplicado no Hospital quando da ocorrência da queda do paciente. Na época não havia o protocolo de quedas institucionalizado. (Enfermeira, Processo 11).</i>
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. (Técnica em Enfermagem, Processo 1).</i>	
	Modelo de Gestão do Trabalho	Erro de medicação	Inexistência de Programa de Educação Permanente	<i>A senhora citou que trabalhava em sala de vacina e passou a trabalhar em hospital com pacientes mais graves. A senhora se sentia segura e teve algum treinamento?</i> <i>Treinamento não houve. O que aprendemos foi com os colegas que lá estavam. Seguíamos a rotina do que estava sendo feito. A coordenação não nos chamou para dar treinamento, não houve isso. (Técnica em Enfermagem, Processo 7).</i>
				<i>Existe, no hospital, um sistema de educação continuada? Não. Há intervenções educacionais esporádicas de treinamento. (Enfermeira, Processo 16).</i>

Quadro 1 – Categorias de análise segundo espaço/dimensão de produção de erro no trabalho em enfermagem

(continuação)

Espaço/ Dimensão	Subdimensão	Tipo de Erro	Unidade Temática	Evidência Processual
Espaço Geral: Determinantes para a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem	Modelo de Gestão do Trabalho	Erro de medicação	Inexistência de Programa de Educação Permanente	<i>É importante colocar que estávamos novas no hospital, não houve treinamento, não nos passaram a rotina do hospital. Entramos e fomos diretamente assumir uma enfermaria de clínica médica, dezoito pacientes para cada uma. (Auxiliar em Enfermagem, Processo 7).</i>
			Ausência de supervisão da enfermeira	<i>E como não tem enfermeiro na instituição em todos os períodos, alguns procedimentos que são privativos do enfermeiro são realizados pelos auxiliares e técnicos de enfermagem. (Enfermeira, Processo 6).</i>
Espaço Particular: Condicionantes para a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem	Organização do Processo de Trabalho em Enfermagem	Erro de medicação		<i>As auxiliares trabalham sem supervisão direta do enfermeiro. Não há divisão do trabalho, tudo fica sob responsabilidade dos auxiliares, desde o atendimento de porta - admissão de pacientes, atendimento aos pacientes internados e atendimento de emergência, onde o material fica descentralizado. Durante as emergências, os demais pacientes ficam sem atendimento. (Enfermeira, Processo 15).</i>
				<i>Perguntada pelo presidente se tem algum enfermeiro chefe que as orienta ou que acompanhe os auxiliares e técnicos de enfermagem no dia a dia da unidade, já que só podem fazer quaisquer procedimentos se forem supervisionados por esse profissional, como determina a lei federal que regulamenta a enfermagem, respondeu: que existe uma enfermeira responsável pela unidade, porém nunca aparece para orientar ou supervisionar ou passar qualquer instrução. Só aparece para colocar a escala dos técnicos de enfermagem uma vez por mês e que não só ela, como os demais técnicos de enfermagem, sente a ausência de um enfermeiro, e sabem que só podem fazer qualquer procedimento, orientado pelo mesmo. (Comissão de Instrução de Processo Ético, Processo 15).</i>
			Ausência de modelo para passagem de plantão	<i>Passagem de plantão, de um período para outro, precário, a cargo de um só funcionário; que mesmo sem ter dado cuidados ao paciente, passava informações de todos. Como é que, quem não conhece o paciente pode passar informação? (Enfermeira, Processo 17).</i>

Quadro 1 – Categorias de análise segundo espaço/dimensão de produção de erro no trabalho em enfermagem

(conclusão)

Espaço/ Dimensão	Subdimensão	Tipo de Erro	Unidade Temática	Evidência Processual
Espaço Particular: Condicionantes para a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem	Organização do Processo de Trabalho em Enfermagem	Erro de medicação	Ausência de modelo para passagem de plantão	<i>Qual o instrumento utilizado na época para passagem de plantão? Cada um no setor tem um formulário de passagem de plantão, e dá o quadro de todos os pacientes, com informações sucintas das situações. (Enfermeira, Processo 14).</i>
				<i>Era passado para a colega tudo o que ocorreu no período com cada paciente, porém, muitas vezes, não havia tempo para fazer anotações, mas tudo era passado verbalmente. (Enfermeira, Processo 14).</i>
				<i>Existia rotina de passagem de plantão e naquele dia ocorreu? Ocorre muitas vezes uma passagem de plantão malfeita. Às vezes chegamos e só tem uma pessoa para passar o plantão e muitas vezes a passagem é feita de forma rápida, com pressa. Depende muito de quem está no plantão no dia. (Técnica em enfermagem, Processo 14).</i>
Espaço singular: Singularidades da trabalhadora que erra	Atitude	Erro de medicação	Não conferência do nome do paciente e da prescrição médica	<i>A técnica em enfermagem aplicou a medicação Buscopan composto numa dose que não estava prescrita (estava prescrito Buscopan composto 2:8 e não 1:10 como a mesma administrou). (Enfermeira, Processo 9).</i>
				<i>A técnica em enfermagem não conferiu o nome do paciente ao administrar a medicação. (Enfermeira, Processo 13).</i>
				<i>[...] e relata também em nenhum momento ter conferido a prescrição médica. (Técnica em Enfermagem, Processo 10).</i>
	Queda do paciente	Descumprimento da prescrição de enfermagem	<i>Inclusive, foi registrado, na prescrição de enfermagem, a contenção do paciente ao leito, se necessário, porém não foi cumprida. (Enfermeira, Processo 11).</i>	
Conhecimento	Erro de medicação	Déficit no conhecimento	<i>A denunciada [enfermeira], após todos os esclarecimentos, ressaltou sobre a sua inexperiência e falta de conhecimento... na prestação de assistência em unidade hospitalar, em Unidade de Terapia Intensiva. (Auxiliar em enfermagem, Processo 15).</i>	
Habilidade	Erro de medicação	Insegurança na execução de procedimento	<i>Informa-se ainda que a secretária de saúde encaminhou relatório de ocorrência, concluindo que fora tentado adequação da denunciada por essa não ter apresentado segurança quanto aos procedimentos inerentes à profissão. (Advogado de defesa, Processo 17).</i>	

Fonte: Elaboração própria.

Apresentamos e discutimos, na sequência, as condições de produção de erro no trabalho em enfermagem situadas em cada espaço: geral, particular e singular.

6.2.1 Espaço Geral: determinantes para a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem

No espaço geral, a exposição dos determinantes para a ocorrência do erro no trabalho em enfermagem será feita nas subseções seguintes, onde trataremos da precarização do trabalho, do modelo de organização do processo de trabalho em saúde e do modelo de gestão do trabalho.

6.2.1.1 Precarização do trabalho

A análise demonstra que determinantes para a ocorrência de erro, situados no espaço geral, estão descritos em 79 (74,52%) unidades analisadas; destas, 49 (63,6%) correspondem à precarização do trabalho, abordando três fenômenos: intensidade do trabalho, descarte do direito do trabalho e condições de trabalho.

Neste estudo, a intensidade do trabalho é um elemento da precarização do trabalho que apresenta maior destaque no espaço dos determinantes para ocorrência de erro no trabalho em enfermagem. Dal Rosso e Cardoso (2015, p. 636) assim conceituam essa expressão: “[...] o esforço efetuado pelos trabalhadores para atender aos constrangimentos da organização durante uma unidade de tempo”.

Para entender o uso do tempo de trabalho pela parte empregadora, é fundamental abordar suas dimensões: duração da jornada de trabalho, distribuição do tempo de trabalho e intensidade do trabalho. A duração da jornada de trabalho diz respeito ao tempo total de trabalho. É a dimensão mais perceptível e, por isso, a que está em conflito entre sindicatos e empregadores. A distribuição do tempo de trabalho é a organização em dias, semanas, meses e/ou anos. A distribuição inclui o trabalho intermitente, o banco de horas, o tempo de trabalho executado em casa ou remotamente e todo o tempo livre do trabalhador que é usado para a sua qualificação para o trabalho. A intensidade no trabalho não se expressa necessariamente no prolongamento da jornada, mas no esforço despendido e na capacidade do trabalhador para produzir mais na mesma jornada de trabalho. (DAL ROSSO; CARDOSO, 2015). Antunes (2009) pondera que a intensidade do trabalho, na contemporaneidade, decorre das transformações na organização do trabalho advindas com o toyotismo, em que o tempo de trabalho passou a ser flexível e organizado segundo a demanda. Construiu-se a ideologia de que este modo de organização do trabalho possibilita mais liberdade ao trabalhador.

A flexibilidade do trabalho implica que o trabalhador deve ser mais ágil para cumprir as demandas da organização, aceitar e ser capaz de adaptar-se às mudanças em curto prazo, estar o tempo todo disponível, tanto para responder às demandas quanto para produzir para o mercado, utilizando o seu tempo livre. O toyotismo apreende a subjetividade do trabalhador, ao convencê-lo de que é livre para organizar o seu tempo e que o tempo dedicado ao trabalho é necessário para o seu progresso profissional. Com isso, ele passa a trabalhar em prol dos interesses da organização (CARDOSO, 2013).

O sistema de acumulação flexível, segundo Antunes (2009), utilizou o avanço da tecnologia e de novas técnicas de gestão, como o trabalho em equipe, os times de trabalho, dentre outros arranjos, para exigir o maior envolvimento do trabalhador, requerendo sua participação e também sua qualificação para acompanhar as mudanças tecnológicas e de mercado. Estas transformações implementadas na organização do trabalho, no período pós-fordista, intensificaram a pressão por prazos, flexibilizaram os horários e aumentaram a demanda por desenvolvimento de habilidades pelos próprios trabalhadores.

Nesse contexto, as organizações passaram a utilizar diferentes instrumentos de intensificação do trabalho, destacando-se o prolongamento das jornadas, o aumento do ritmo e da velocidade de trabalho, o acúmulo de atividades, a exigência de polivalência, flexibilidade e versatilidade dos trabalhadores, além da gestão por resultados (DAL ROSSO, 2008).

A intensidade do trabalho também se expressa pelo fluxo tenso de trabalho, em que a cadeia de atividades deve ser desenvolvida agilmente, para não romper o fluxo contínuo do trabalho coletivo. O trabalho de fluxo tenso é cada vez mais comum nos serviços de saúde e no trabalho em enfermagem, dada a sua natureza coletiva, na qual a execução de procedimentos depende de uma cadeia de atividades executadas por distintas trabalhadoras (CARDOSO, 2013). De acordo com a análise deste estudo, o subdimensionamento das trabalhadoras em enfermagem, a polivalência e multifuncionalidade foram os elementos mais recorrentes nos PEDs com denúncia de erro, o que revela a intensidade do trabalho pelo fluxo tensionado.

O dimensionamento do pessoal de enfermagem é uma atividade gerencial da enfermeira, que objetiva a previsão de pessoal com enfoque quantitativo, para atendimento das necessidades dos pacientes (VITURI *et al.*, 2011). Em um serviço com quantitativo de trabalhadoras em enfermagem subdimensionado, por vezes, a enfermeira designa um número de pacientes superior ao que as técnicas e auxiliares conseguem assistir e também utiliza o mecanismo de desvio de função para garantir a continuidade do serviço (SANTOS, T., 2018).

Apesar de a Resolução Cofen nº 543/2017 estabelecer parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de trabalhadoras das diferentes categorias do campo da enfermagem

nos serviços de saúde, constituindo-se um documento de referência para orientar gestores no planejamento do quantitativo de trabalhadoras, é observado o descumprimento dessa resolução e de outras que a antecederam. Manter quantitativo reduzido da força de trabalho em enfermagem permite a redução do custo com pessoal e produz lucro ou menos custos para as organizações de saúde, ao passo que aumenta a exploração da força de trabalho das trabalhadoras em enfermagem (SANTOS, T., 2018).

Nos processos éticos analisados, observamos que a intensidade do trabalho resulta do subdimensionamento de trabalhadoras, particularmente nas organizações hospitalares, o que as leva a requisitarem 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 com o acúmulo de tarefas é uma das prerrogativas do toyotismo, que, segundo Antunes (2013), tem como premissas básicas o trabalhador polivalente, multifuncional e com engajamento subjetivo com a organização.

Segundo o conceito de intensidade do trabalho de Dal Rosso e Cardoso (2015), empregado neste estudo, ao assumir múltiplas tarefas pela escassez de trabalhadoras e assistir mais pacientes do que são capazes, as trabalhadoras utilizam a sua força de trabalho para responder aos constrangimentos da organização, viabilizando a continuidade da assistência (SANTOS, T., 2018). É preciso ressaltar que, ao constranger as trabalhadoras a aumentar a intensidade do trabalho, a organização fomenta a permanência das condições latentes para a ocorrência de erros. Isto indica que o erro no trabalho em enfermagem resulta do contexto de trabalho e que a trabalhadora não erra sozinha (SOUZA; MENDES, 2016).

Da análise dos PEDs, inferimos que o subdimensionamento de pessoal e a polivalência no trabalho estão no cerne da intensidade do trabalho em enfermagem e da ocorrência de erros. Pudemos observar, nas evidências dos processos, que as trabalhadoras, devido ao subdimensionamento de pessoal, eram obrigadas a assumir múltiplas funções e atividades. A relação desproporcional entre quantidade de trabalhadoras e pacientes, segundo Souza e Mendes (2016), é o principal aspecto do modelo flexível na racionalização do trabalho em enfermagem. Essa inadequação tornou-se *modus operandi* “naturalizado” em todas as organizações, independente da forma de gestão da força de trabalho.

Santos *et al.* (2018), ao analisarem denúncias de trabalhadoras em enfermagem em seus sindicatos, constatou que a intensidade do trabalho é a terceira causa de denúncias realizadas pelas enfermeiras no Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Bahia e a primeira causa entre técnicas, auxiliares e enfermeiras filiadas ao SindSaúde-Público do mesmo estado. As

denúncias feitas aos sindicatos demonstraram o número insuficiente de enfermeiras, técnicas e auxiliares para o atendimento da demanda de usuários nos serviços de saúde.

No estudo de Dorigan e Guirardello (2017), as enfermeiras afirmaram ter pouco controle sobre o ambiente de trabalho e que este era influenciado principalmente pelo subdimensionamento de pessoal, o que contribuía para a ocorrência de erro. Aiken *et al.* (2002) revelam que, em hospitais norte-americanos, a cada acréscimo de paciente acima do que a enfermeira pode assistir na UTI, aumenta-se entre 14% (se o acréscimo for até 6 pacientes) e 31% (se o acréscimo for até 8 pacientes) o risco de mortalidade desses. A análise de processos éticos arquivados no Conselho Regional de Enfermagem da Bahia demonstrou que, todas as vezes que uma trabalhadora cometeu um erro, a intensidade do trabalho provocada pelo subdimensionamento de trabalhadoras era fator causal (SILVA-SANTOS *et al.*, 2018).

Desse modo, dentre os fatores que intensificam o trabalho em enfermagem, destaca-se o subdimensionamento de pessoal. Essa racionalização do trabalho, com quantidade de trabalhadoras sempre abaixo do necessário, coloca em risco a saúde da trabalhadora e a segurança dos próprios pacientes, além de ser exemplo de condições latentes na abordagem do erro no campo do trabalho em enfermagem.

No que se refere às condições de trabalho, Silva (2016, p. 19) assim conceitua:

[...] um 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.

Concordamos com Silva (2016) no entendimento de que condições de trabalho situam-se além da infraestrutura, insumos ou equipamentos. No contexto do trabalho precarizado, admitimos que aspectos relacionados à ergonomia, salário, autonomia, satisfação e estabilidade no emprego podem ter maior impacto do que as condições de infraestrutura física, insumos e equipamentos para a assistência à saúde. Contudo, no contexto da ocorrência de erro no trabalho em enfermagem, a infraestrutura física dos serviços de saúde e a ausência de insumos adequados para assistência à saúde foram identificadas nos PEDs como condições impróprias de trabalho existentes, quando da ocorrência de erro.

Até o momento (ano 2021), não foram identificados, na literatura científica, estudos que apontassem a relação entre a ocorrência de erros e estrutura física de serviços de saúde, bem como ausência de materiais e insumos. Na análise do contexto da ocorrência do erro nos PEDs, ficou evidente que a infraestrutura do serviço de saúde não garantia a prestação adequada da assistência em enfermagem, conforme descrito pela enfermeira a seguir:

[...] 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 que fica entre paredes, ao invés de ser panorâmico, contribuiu para ocorrência do erro. Isso, sem dúvida, prejudica a atuação dos profissionais, eis que como tem de se movimentarem entre o setor de enfermagem e a UTI para os procedimentos de anotações e de recebimento de medicamentos, acabam perdendo os pacientes de vista, momentaneamente. (Processo 10).

Ficou evidente que enfermeiras, técnicas e auxiliares em enfermagem precisam lidar com condições de trabalho que as expõem e aos usuários a situações de risco. Além das trabalhadoras, também os usuários dos serviços de saúde são atingidos pelos aspectos da precarização do trabalho e pelas condições precárias de trabalho. As trabalhadoras da enfermagem têm tentado superar as condições impróprias de trabalho impostas pelas organizações de saúde, desenvolvendo estratégias para não prejudicar e interromper a assistência ao paciente, adaptando-se à precarização do trabalho (SILVA; MUNIZ, 2011). Entendemos que essas adaptações são pontuais e paliativas, pois não resolvem o problema da 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 (SANTOS, T., 2018). Tudo isso indica trajetórias de risco para a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem.

Outro aspecto da precarização do trabalho evidenciado nos PEDs foi o descarte do direito do trabalho, que se observa quando os direitos trabalhistas constantes nas leis que regulam o trabalho no Brasil (CLT ou outras normativas) não são cumpridos pelo empregador. O não cumprimento de direitos trabalhistas demonstra a situação de vulnerabilidade a que as trabalhadoras da enfermagem estão expostas.

As evidências processuais demonstraram que as trabalhadoras da enfermagem não tinham direito ao tempo de descanso e nem local adequado garantido pela parte empregadora. H. Santos (2018) argumenta que, no trabalho em enfermagem, a assistência ao paciente deve ser contínua e ininterrupta. No contexto hospitalar, observa-se que as trabalhadoras em enfermagem cumprem jornada e volume de trabalho maiores quando comparadas aos demais trabalhadores da saúde, pois, enquanto os demais trabalhadores da equipe de saúde podem realizar seu ato técnico e se retirar do local de trabalho, as trabalhadoras em enfermagem precisam permanecer em vigilância e monitoramento constante dos pacientes.

Ao estarem de forma ininterrupta no ambiente laboral, 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, nessas trabalhadoras, o aumento do número de horas trabalhadas, gerando fadiga, sonolência e indisposição. Essas circunstâncias contribuem para a ocorrência de erros no trabalho em saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2019). Ao reconhecer a predominância do sexo feminino nas profissões da enfermagem e que as trabalhadoras deste campo são submetidas a jornadas de trabalho longas e desgastantes, é imprescindível considerar a jornada de trabalho doméstica (terceira jornada) e sua interação com o trabalho desenvolvido no espaço público. A terceira jornada de trabalho, assumida pelas mulheres por razões das diferenças de gênero, é capaz de gerar sobrecarga, esgotamento físico e mental das trabalhadoras, repercutindo na saúde dessas e na segurança dos pacientes que estão a seus cuidados (DEDECCA; RIBEIRO; ISHII, 2009).

Nesse sentido, compreendemos que 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 de trabalho, elas despendem esforços para atender às demandas da organização e às necessidades dos pacientes. Apesar de o descanso durante a jornada consolidar-se como direito, não é incomum as organizações o cercearem, aumentando a exploração da trabalhadora e, deste modo, intensificando o trabalho.

As mudanças na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovadas em 2017 pela Lei nº 13.467/2017 (BRASIL, 2017c), legalizaram práticas existentes no mercado de trabalho e permitiram às organizações manejar a força de trabalho de acordo com as suas necessidades. Assim, na avaliação de Krein (2018), o padrão de regulação do trabalho é ajustado de acordo com as características do capitalismo contemporâneo. Este modelo fortalece a autorregulação do trabalho, ao submeter o trabalhador a maior insegurança e ampliar a liberdade do empregador em determinar as condições de contratação, o uso da força de trabalho, o tempo e a remuneração do trabalho. Nesse contexto, as alterações em relação à jornada de trabalho e ao descanso não são consideradas benéficas a todos os trabalhadores.

Uma das medidas que flexibiliza a jornada de trabalho e repercute no direito ao descanso das trabalhadoras em enfermagem é a abertura da negociação para a redução do intervalo de alimentação/descanso para menos de uma hora em jornadas de trabalho que ultrapassem mais de seis horas diárias. Apesar de essa contrarreforma causar impressão de que os próprios trabalhadores têm controle sobre o modo de regulação do trabalho e que são capazes individualmente de negociar com empregadores, em verdade ela amplia a liberdade do empregador de manejar o tempo de trabalho e o tempo do trabalhador de acordo sua

necessidade, bem como estender a jornada de trabalho e ampliar a intensidade do trabalho. Além do mais, tais medidas de desmonte do direito trabalhista diminuí o poder de atuação dos sindicatos e desmobiliza a organização coletiva dos trabalhadores (GIBB, 2017).

Jornadas extensas e desgastantes apresentam efeitos sobre a saúde dos trabalhadores, podendo acarretar adoecimento, acidentes de trabalho e erros. Westley *et al.* (2020) demonstraram, em estudo sobre erro na administração de medicamentos, que enfermeiras submetidas a longas jornadas de trabalho têm um risco significativamente maior de cometer erros quando comparadas com aquelas que não trabalham com jornadas estendidas. Uma vez que as trabalhadoras da enfermagem estão expostas a longas jornadas de trabalho, condições de estresse, cansaço, desgaste físico e mental, sem possibilidade de se restabelecerem, existe maior predisposição às distrações e aos lapsos durante o trabalho, podendo ocorrer erros na assistência à saúde, o que traz impactos para todos os sujeitos envolvidos.

6.2.1.2 Modelo de organização do processo de trabalho em saúde

Também situado no espaço de determinação de erro no trabalho em enfermagem, o modelo de organização do processo de trabalho em saúde esteve evidenciado em 20 (18,8%) unidades analisadas. Destacaram-se aspectos como a inexistência de instrumentos de trabalho (protocolos) e a hierarquia entre os trabalhadores no processo de trabalho em saúde.

No Brasil, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1946-1996), foi o primeiro autor a discutir as práticas de saúde como trabalho, tomando como eixo teórico o marxismo. Ao apoiar-se em conceitos do materialismo histórico, esse autor demonstrou que os processos de trabalho em saúde têm bases reais, os trabalhadores são sujeitos concretos temporal e geograficamente localizados, construídos segundo possibilidades materiais e ideologicamente delimitadas (LEAL, 2016).

O processo de trabalho em saúde refere-se aos distintos modos de organização e produção e segue os preceitos do trabalho no capitalismo. O trabalho em saúde é desenvolvido de forma coletiva, envolvendo diversas categorias de trabalhadores com formações e práticas específicas. Por sua natureza coletiva, permite a execução de atividades singulares por um núcleo profissional de atividades complementares e compartilhadas (MELO, 2013).

Mendes Gonçalves (2017) reconhece, no processo de trabalho em saúde, os seguintes elementos: agentes, objetos, instrumentos e atividade e finalidade. Para esse autor, o agente do trabalho é um sujeito ou conjunto de sujeitos que transformam a natureza, executam intervenções no objeto de trabalho, tendo capacidade de modificá-lo para gerar um produto ou

serviço. O objeto de trabalho em saúde é o corpo socialmente referenciado, situado no modo de produção econômico capitalista e submetido ao modelo assistencial hegemônico, o modelo biomédico. A finalidade do trabalho são as necessidades advindas de um sujeito inserido em um contexto histórico e social, e essas necessidades também estão situadas no modo de produção econômico capitalista. Quanto aos instrumentos, possuem uma dimensão material, que serve para transformação do objeto de trabalho, e uma dimensão intelectual, que permite a apropriação desse mesmo objeto. Além dessas, há uma terceira dimensão, que equivale às condições materiais que não participam diretamente do processo de trabalho, mas são fundamentais para sua concretização.

O processo de trabalho em saúde caracteriza-se 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 (MENDES GONÇALVES, 2017).

Majoritariamente, o produto do trabalho em saúde é imaterial, por ser resultante do trabalho vivo, produzido e consumido em ato (MERHY, 2002). O processo de trabalho em saúde é influenciado pelas características do trabalho coletivo no modo capitalista de produção, que é organizado de modo fragmentado, hierarquizado e alienado (PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004). Assim, o modo como se opera o processo de trabalho em saúde, baseado na divisão/fragmentação de saberes intelectuais, saberes técnicos e saberes práticos, reflete o modelo de organização taylorista do trabalho e a divisão social e técnica do trabalho em saúde (MELO, 2013).

Ao considerar os elementos que compõem o processo de trabalho em saúde, destacamos os instrumentos. Estes constituem-se em meios que permitem e ampliam a intervenção sobre o objeto de trabalho. Os instrumentos possuem dimensão material – os próprios instrumentos e equipamentos –, e uma dimensão intelectual, que são saberes específicos. Os meios para a produção do trabalho em saúde incorporam tecnologias relacionais, saberes estruturais e equipamentos, como máquinas, além da estrutura organizacional (MENDES GONÇALVES, 2017).

Nesse contexto, Merhy (1997) classifica as tecnologias em saúde em três tipos: tecnologias leves – as relacionais, como aquelas da produção do vínculo, acolhimento, autonomização dos indivíduos; tecnologias leve-duras – representadas pelas disciplinas que operam o processo de trabalho em saúde, tais como as clínicas médica, pediátrica e a psicanalítica, a epidemiologia e outras; e as tecnologias duras – constituídas pelas máquinas e ferramentas, como equipamentos, aparelhos e infraestruturas organizacionais. A importância de cada uma depende de sua relação com a necessidade do objeto de trabalho e de como é utilizada.

Para nossa discussão neste estudo, o enfoque é colocado nos instrumentos de trabalho, pois, no contexto da ocorrência de erro, foi constatada a inexistência desses, com destaque para protocolos operacionais e assistenciais, que orientam e organizam o trabalho em saúde e constituem-se em recursos tecnológicos. Estes podem ser classificados como tecnologias leve-duras, pois envolvem conhecimentos e saberes sistematizados e estruturados para a execução do trabalho (BESSA, 2012; THOFEHRN *et al.*, 2014).

Devido à heterogeneidade do processo de trabalho em saúde, com múltiplos agentes, objeto de trabalho com necessidades distintas, 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 (KRAUZER, 2017).

Os protocolos, segundo Catunda *et al.* (2017), são estruturados com o objetivo de orientar decisões dos trabalhadores da saúde a respeito da atenção a ser empregada em circunstâncias específicas. Tais instruções devem ter por base evidências científicas, na avaliação tecnológica e econômica dos serviços de saúde e na garantia da qualidade desses. São considerados instrumentos importantes para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Quanto à sua natureza, os protocolos podem ser clínicos e de organização dos serviços. Os protocolos clínicos direcionam ações de atenção à saúde dos usuários, apresentando características clínicas, de ações preventivas, promocionais e educativas. Referem-se ao enfrentamento de determinados problemas de saúde, por meio do emprego de conhecimentos e tecnologias eficientes e eficazes, respaldados em evidências científicas. Já os protocolos de organização dos serviços são instrumentos à disposição da gestão dos serviços, que abrangem a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços e os processos de avaliação (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

A organização do processo de trabalho em saúde, tendo como um dos meios o uso de protocolos, é considerada uma estratégia importante para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Os protocolos são fundamentais tanto no processo de planejamento, implementação e avaliação quanto para a padronização das ações e do processo de trabalho. Dessa forma, podem ser considerados elementos importantes para a obtenção de qualidade dos serviços (MOURÃO NETO; DIAS; GOYANNA, 2016).

A implementação e o uso de protocolos nos serviços de saúde conferem maior segurança aos trabalhadores e pacientes, reduzem a variabilidade de ações de cuidado, orientam a tomada de decisão, facilitam a incorporação de novas tecnologias e o uso, de modo racional, dos recursos disponíveis e conferem maior transparência e controle aos custos. Podem ainda

facilitar o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado (SALES *et al.*, 2018).

Por outro lado, percebemos que a inexistência desses instrumentos e a ausência de rotinas e padrões institucionais permitem que a assistência aos pacientes ocorra de modo heterogêneo e sob a responsabilidade de cada trabalhador, que decide sobre o que considera adequado para cada paciente. A falta dessa indispensável orientação leva a uma multiplicidade de ações e práticas, que culminam na ocorrência de erros.

Outro elemento de contexto para a ocorrência de erro, identificado nos PEDs, tem relação com a organização e as características do processo de trabalho em saúde. Trata-se da hierarquização do processo de trabalho em saúde e da hegemonia do saber e do poder médico na definição da terapêutica do paciente. As unidades de análise apontaram que as trabalhadoras em enfermagem, ao reconhecerem um erro de prescrição médica, não questionavam a decisão tomada, e seguiam o que estava prescrito por medo de retaliação dos prescritores e dos dirigentes da organização.

Nesse contexto, podemos prever que a decisão, principalmente das trabalhadoras em enfermagem de nível médio, de não questionar o erro na prescrição médica não decorre apenas do medo, mas também do 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. Revela-se também a ideologia da competência, que oculta a divisão social das classes, firmada entre os competentes – os especialistas – e os incompetentes, aqueles que executam tarefas e procedimentos comandados pelos especialistas (CHAUI, 2014).

Segundo Kantorski (1997), o trabalho em saúde apresenta influências do taylorismo, modelo que contribuiu para maior parcelamento desse. Ao alinhar-se ao modelo assistencial biomédico, muitos procedimentos até então realizados por médicos foram relegados, pois passaram a ser classificados como sem potencial para inovação e geração de consumo. Atividades tidas como manuais e repetitivas foram designadas às trabalhadoras em enfermagem, acentuando a divisão entre o trabalho intelectual (todo trabalho no campo da medicina) e o trabalho manual (todo trabalho no campo da enfermagem).

No processo de trabalho em saúde, médicos firmam-se socialmente como sujeitos competentes, por executarem um trabalho dito intelectual; já os demais trabalhadores, são tidos como incompetentes, pois executam tarefas e procedimentos demandados pelos médicos (SANTOS, T., 2018). Segundo Costa e Gomes (2001), o trabalho manual, organizado em atividades de rotina, que necessita apenas do saber técnico, é considerado pouco qualificado e, conseqüentemente, foi transferido para as categorias profissionais ditas menos qualificadas.

Assim, tem-se, socialmente construído e valorizado, que o competente é aquele que desenvolve o trabalho reconhecido como intelectual, que ocupa uma posição determinada e superior na hierarquia organizacional. Do mesmo modo, também as próprias organizações colocam-se como competentes, visto que se firmam como agentes sociais, políticos e históricos. Quando isso ocorre, os trabalhadores, destituídos das condições de sujeitos sociais, políticos e históricos, são colocados como incompetentes, objetos sociais manipulados e dirigidos pela organização (CHAUI, 2014).

A destituição da condição de sujeito social, político e histórico, a invalidação como sujeitos competentes, por realizarem um trabalho dito manual, rotineiro, considerado pouco qualificado, e a posição de desprestígio que ocupam no processo de trabalho em saúde na base da pirâmide hierárquica é um argumento que pode explicar as razões de as trabalhadoras em enfermagem não questionarem a prescrição médica. O trabalho executado pelas técnicas e auxiliares em enfermagem, embora demande o domínio técnico de procedimentos assistenciais, pelo fato de originar-se da divisão do trabalho médico e ser considerado como parte manual do trabalho desse, é pouco valorizado e, assim, não agrega preço ou reconhecimento e competência a essas trabalhadoras (SANTOS; MELO, 2019).

Quando os trabalhadores são invalidados como incompetentes, tudo precisa ser ensinado cientificamente (CHAUI, 2014). Na medida em que a ideologia da competência está fundamentada na desigualdade entre os que possuem e os que não possuem o saber técnico-científico, este torna-se o lugar preferencial de competição entre os sujeitos. Ao compreender isso, a ideologia da competência apresenta-se como um processo social de exclusão e invalidação de pessoas, pois se tem a aceitação da divisão do conhecimento em especialidades cada vez mais fragmentadas por exigência do mercado. A transformação do conhecimento em exercício de poder e o uso desse poder para o processo de intimidação social – no qual os que não possuem o suposto saber dos competentes são transformados em incompetentes para questionar, agir e pensar por conta própria – reduzem os indivíduos a meros executores de tarefas (CHAUI, 2014). Assim, o uso da ideologia da competência reflete-se no trabalho em enfermagem, quando suas trabalhadoras, por serem socialmente reconhecidas como incompetentes, cometem erros por não questionarem prescrições médicas.

Nesse contexto, outro ponto que pode ser analisado é que o erro na etapa de prescrição médica é comum nos serviços de saúde. Desse modo, a prescrição errada tanto pode induzir as trabalhadoras em enfermagem ao erro, como também demonstra que o erro ocorre em cadeia. Podemos considerar, por exemplo, que o trajeto de um erro de medicação, antes de ocorrer, encontra diversas camadas defensivas em distintos processos de trabalho. O primeiro passo

dentro do processo medicamentoso é a prescrição médica; em seguida, essa prescrição é manejada por um farmacêutico, aprazada pela enfermeira e, por fim, o medicamento é geralmente preparado e administrado por técnicas e/ou auxiliares em enfermagem. Essa descrição ilustra o modelo do queijo suíço, já debatido nesta dissertação, quando há alinhamento dos “buracos” (o erro de prescrição passa despercebido ou é ignorado) nas distintas etapas do processo de medicação, permitindo a ocorrência do erro.

Eslami *et al.* (2019), em estudo sobre erros na terapia medicamentosa, aponta a dosagem incorreta prescrita por médico (28%) como erro mais frequente em unidades de terapia intensiva neonatal. Pesquisa realizada em um hospital no Sul do Brasil constatou, em 2.687 prescrições médicas, erros na posologia (93%), ausência de fórmula farmacêutica (83%), ausência de concentração da dose (38%), nome incompleto do paciente (8%), ausência de via de administração (1%). Identificou ainda que os erros na administração de medicamentos foram os mais cometidos por técnicas e auxiliares em enfermagem (JACOBSEN; MUSSI; SILVEIRA, 2015).

Gimenes *et al.* (2010) demonstraram que os erros na prescrição médica relacionados à posologia favoreceram a administração de doses erradas de medicamentos por trabalhadoras em enfermagem, resultando em ineficiência do tratamento e prolongamento da hospitalização do paciente. Apesar de o erro materializar-se no ato de uma trabalhadora, geralmente técnicas e auxiliares em enfermagem, ele resulta da produção de condições no contexto do trabalho e nos distintos processos de trabalho em saúde.

6.2.1.3 Modelo de gestão do trabalho

Nesta subdimensão, foi evidenciada a inexistência de Programa de Educação Permanente nos serviços de saúde em 10 (9,4%) unidades analisadas como condição de produção de erro no trabalho em enfermagem. Gaulejac (2007) argumenta que a gestão dos serviços de saúde tem como objetivo garantir a organização da produção. No modelo econômico capitalista, a gestão do trabalho e das relações sociais é substituída pela gestão de recursos humanos. Qualquer tipo de gestão caracteriza-se por uma ideologia. Ao se designar a ideologia, encontra-se uma concepção de mundo e um sistema de crenças. A ideologia é, portanto, um sistema racional que mantém uma ilusão e dissimula um projeto de dominação.

A organização do trabalho, desde a década de 1980, tem o toyotismo como modelo hegemônico consolidado. A ideologia disseminada por esse modelo parte da premissa de que o trabalhador deve ser, polivalente, flexível, capaz de assumir riscos e buscar sempre qualificar-

se, além de ser capaz de tomar decisões sobre o seu trabalho. Deste modo, além da força física ser alvo do capitalismo, a subjetividade do trabalhador também o é (RIBEIRO, 2015). 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 nos serviços de saúde.

O toyotismo tem por princípio a flexibilidade dos processos de trabalho. Ele tem em vista um mercado instável e mais exigente quanto à qualidade; exige um trabalhador multifuncional, que combine as tarefas de acordo com as necessidades da organização. Os trabalhadores tomam parte nas decisões sobre a produção, exigindo-se deles outro nível de competência. São polivalentes, devem ser capazes de identificar qualquer anormalidade durante o processo produtivo, interrompendo o fluxo, para que o problema seja resolvido imediatamente. Este modelo, por exigir um aprimoramento contínuo, impõe novas atribuições e responsabilidades ao trabalhador (RIBEIRO, 2015).

Nesse modelo de gestão, a responsabilidade de qualificação para o trabalho recai apenas sobre o trabalhador. A gestão pelo medo, típica do sistema de precarização do trabalho, infunde no trabalhador a insegurança e a constante necessidade de adaptação para o trabalho, a fim de não ser descartado (SANTOS, T., 2018). Deste 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 e sob a total responsabilidade do próprio trabalhador.

No trabalho em saúde, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia que permite a produção de processos de educação no próprio trabalho, capaz de promover reflexões sobre como se materializam as ações de saúde com o objetivo de problematizá-las e reconstruí-las por meio de práticas educativas significativas (BRASIL, 2004; CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Ainda que a EPS e a educação continuada sejam consideradas sinônimos (o que foi verificado no conteúdo dos PED), a própria Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004) buscou estabelecer distinção entre esses termos. Uma vez que a educação continuada é compreendida como mais estanque, pontual e diretiva, a EPS configura-se como uma forma mais abrangente de educação do trabalhador, enquanto formação integral e contínua do ser humano, com um referencial teórico-metodológico problematizador, com o objetivo de mudar as práticas de saúde em direção à integralidade (CAVALCANTI; GUIZARD, 2018).

A EPS é direcionada aos trabalhadores e não significa apenas a atualização dos conhecimentos técnico-científicos. Inclui ainda a produção desse conhecimento e a forma como

se relaciona e impacta o trabalho em saúde. Além disso, a EPS tem um componente político, que funciona como dispositivo para a discussão e revisão dos processos de trabalho (CECCIM, 2005; CECCIM; FERLA, 2009).

Nesses moldes, a educação permanente mostra-se como estratégia importante para a qualificação dos trabalhadores da saúde, propiciando a aprendizagem no trabalho com base na problematização deste. No entanto, Lemos (2010) avalia que, no contexto de reestruturação do capital, apoiado no modelo flexível das relações de trabalho, a educação permanente mostra-se como uma ferramenta ideológica do Estado para inculcar nos trabalhadores novas formas de trabalho com centralidade nas necessidades do capitalismo.

Embora a EPS tenha ganhado espaço nos serviços de saúde, alguns entraves ainda são comuns. T. Santos (2018) aponta, entre os fatores que fragilizam a implementação dos programas de EPS, a pouca disponibilidade dos trabalhadores para participar das atividades, a alta rotatividade dos trabalhadores nos serviços, abordagem e entendimento da EPS como atualização de conhecimentos técnico-científicos, atividades de EPS não correspondentes às necessidades identificadas no trabalho, definição de modo vertical do conteúdo abordado, ausência de avaliação para estabelecer o impacto das atividades de EPS no trabalho e incentivos, por parte da gestão, para implantação de programas de EPS.

Consideramos que os entraves para a consolidação dos Programas de EPS relacionam-se com as características do modelo de gestão do trabalho toyotista, pois este desresponsabiliza as organizações desta tarefa, desconsidera condições estruturais que têm impacto no processo de trabalho e coloca a responsabilidade de formação e qualificação apenas sobre o trabalhador, que deve estar constantemente se adaptando e moldando-se para atender aos constrangimentos da organização.

Reconhecemos que a EPS pode contribuir para a qualificação das trabalhadoras numa dimensão pedagógica e prática. No entanto, apontamos a impossibilidade para mudar 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 da ocorrência do erro no trabalho em enfermagem, a EPS pode mostrar-se necessária para a construção de uma nova ordem que busque alterar a abordagem punitiva das trabalhadoras, dado que a ocorrência desses eventos também pode ser utilizada para o desenvolvimento da aprendizagem, como também para ampliar e aprimorar a capacidade técnica, científica e política dessas trabalhadoras. Afinal, estudos vêm apontando a falta de treinamento e de educação para o trabalho como fatores contribuintes para a ocorrência de erros no trabalho em enfermagem (ELMENEZA; ABUSHADY, 2020; TSEGAYE *et al.*, 2020).

6.2.2 Espaço Particular: condicionantes para a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem

No espaço particular, situamos os condicionantes para a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem, apresentando aspectos relacionados com a organização do processo de trabalho em enfermagem, evidenciados em 16 (15,09%) unidades analíticas, que se distribuem entre a ausência de supervisão da enfermeira e a ausência de modelo de passagem de plantão. Nesse espaço, esses dois fatos são situados como condições de produção de erro.

Assim como o processo de trabalho em saúde é fragmentado e hierarquizado, organizado sob forte influência da gerência científica, o processo de trabalho em enfermagem também se organiza deste modo, porém com suas peculiaridades. Mais do que em qualquer outro campo da saúde, no campo da enfermagem, intensifica-se a divisão parcelar do trabalho, sustentada na divisão entre trabalho intelectual e manual. A divisão do trabalho em categorias profissionais impossibilita que o trabalhador acompanhe a totalidade do seu processo de produção e, principalmente, barateia a venda da força de trabalho (BRAVERMAN, 1981).

Na divisão parcelar do trabalho, os agentes são qualificados de modos diferentes. Assim, devem executar ações distintas, de acordo com o grau da sua qualificação. Essa divisão é reafirmada pelo Conselho Federal de Enfermagem na Lei do Exercício Profissional (Lei n. 7.498/86), a qual estabelece que enfermeiras são as trabalhadoras com formação superior, responsáveis pelas atividades ditas intelectuais (coordenação, supervisão, planejamento) e execução de procedimentos técnicos ditos de alta complexidade e em pacientes críticos. As técnicas e auxiliares em enfermagem, trabalhadoras que cursaram o nível médio, são responsáveis pela execução do trabalho dito manual sob a supervisão da enfermeira (BRASIL, 1986).

A enfermeira conduz o seu trabalho executando, de modo indissociável, tarefas e atividades assistenciais-gerenciais, articulando diversos saberes e respondendo à normatividade da organização e às necessidades dos usuários dos serviços de saúde (NÚCLEO DE PESQUISA EM POLÍTICAS, GESTÃO, TRABALHO E RECURSOS HUMANOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA, 2019). A enfermeira é responsável pela coordenação do processo de trabalho em enfermagem e pela orientação do processo de trabalho em saúde, pois articula os processos de trabalho dos demais trabalhadores (MELO *et al.*, 2015). A natureza gerencial-assistencial do trabalho é uma característica singular do processo de trabalho da enfermeira, que, no cotidiano dos serviços de saúde, produz sobrecarga de atividades, dificultando que exerça a supervisão sobre o trabalho das auxiliares e das técnicas em enfermagem (SANTOS, H., 2018).

No que se refere às técnicas e auxiliares em enfermagem devem exercer suas atividades sob a supervisão da enfermeira, de acordo com a Lei do Exercício Profissional (BRASIL, 1986). Neste estudo, o que foi verificado nos PEDs está na contramão dessa legislação, pois a ausência da enfermeira e a falta de supervisão do trabalho foi constatada no contexto da ocorrência de erros. A própria divisão social e técnica do trabalho em enfermagem favorece o erro, porque separa as ações de planejamento e execução, ao delegá-las às enfermeiras e às técnicas e auxiliares em enfermagem, respectivamente (SANTOS, H., 2018). Essa divisão entre trabalho intelectual e manual demanda enfermeiras em quantidade para a supervisão do trabalho das técnicas e auxiliares, o que, pelo conteúdo analisado nos PEDs, não ocorre nos serviços de saúde. No trabalho em saúde, nenhuma organização pode abster-se da contratação de enfermeiras, pois são as únicas trabalhadoras da saúde que conduzem o processo de trabalho nas dimensões assistencial-gerencial, coordenando o processo de trabalho em enfermagem (LEAL, 2016).

A escassez de enfermeiras nos serviços de saúde também pode ser explicada com base na compreensão de que, como esta é a força de trabalho mais qualificada, essas trabalhadoras custam mais caro para as organizações do que técnicas e auxiliares em enfermagem. Portanto, manter o número de enfermeiras reduzido é interessante para as organizações, pois permite a contratação de maior número de trabalhadoras com menor custo – as técnicas e auxiliares em enfermagem (SANTOS; MELO, 2019).

O contexto de escassez da enfermeira é condicionante do erro no trabalho, pois as técnicas e auxiliares em enfermagem assumem a execução de procedimentos que são considerados privativos da enfermeira, dado que demandam maior capacidade técnica. Como as técnicas e auxiliares em enfermagem são apontadas em pesquisas como as categorias que mais erram no trabalho, isso revela que, além das características do processo de trabalho, elas executam frequentemente atividades assistenciais e também assumem atribuições e executam procedimentos para os quais não são qualificadas (NÚCLEO DE PESQUISA EM POLÍTICAS, GESTÃO, TRABALHO E RECURSOS HUMANOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA, 2019).

Segundo Peduzzi e Anselmi (2004), no que é relativo à execução de procedimentos, as técnicas e auxiliares em enfermagem interpretam o trabalho da enfermeira como equivalente ao seu, anulando as diferenças técnicas existentes. Outro ponto considerado por essas autoras está relacionado à valorização do trabalho. As trabalhadoras em enfermagem entendem como valorização profissional a execução de procedimentos técnicos assistenciais relegados pela categoria médica, que já perceberam, no capitalismo, que a valorização de uma profissão não

está na quantidade de procedimentos que se executa, mas, sim, no fato de esses procedimentos retroalimentarem a indústria biomédica.

O CEPE garante que a trabalhadora não é obrigada a executar atividades que não são da sua atribuição ou quando as condições de trabalho a colocam em risco ou ao usuário. Segundo esse código, a trabalhadora que realiza atividades que não são da sua competência técnica comete imperícia e imprudência, podendo responder a processo ético (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2000). Além da necessidade de atender as demandas da organização, em um modelo de gestão que imprime nos trabalhadores a concepção de serem proativos e capazes de revolver problemas, a ideologia vocacionada do trabalho em enfermagem pode ser outra explicação que justifica a realização das atividades privativas da enfermeira por técnicas ou auxiliares em enfermagem, descumprindo as prerrogativas do CEPE.

Ao conceber o trabalho em enfermagem como vocação, vinculado à ideologia religiosa de bondade e do fazer o bem ao próximo, as trabalhadoras submetem-se a condições de trabalho impróprias, ainda que vistas como provação, e acabam assumindo atribuições que não lhes competem. Conseqüentemente, esse entendimento reforça as posturas de resignação, submissão, sujeição e aceitação, necessárias à manutenção das relações de poder e exploração no trabalho (RODRIGUES, 2001).

Logo, consideramos que a escassez e a ausência da enfermeira em momentos da execução do trabalho nas organizações, marcada pelo subdimensionamento e pela própria natureza gerencial-assistencial do seu trabalho, são barreiras encontradas no cotidiano dos serviços que dificultam a supervisão sobre o trabalho das auxiliares e técnicas. Conseqüentemente, essa falta de supervisão no momento da execução das atividades conduz técnicas e auxiliares a decidirem, isoladamente, o modo como executam o trabalho, podendo ou não seguir normas, protocolos e rotinas. Essas são condições produtoras de erro no trabalho em enfermagem.

Outra condição de erro identificada nos PEDs foi a falta de um modelo para a passagem de plantão no trabalho em enfermagem. No contexto hospitalar, a passagem de plantão é uma atividade formal, reconhecida institucionalmente, cujo objetivo é comunicar informações do paciente para fornecimento da assistência segura e contínua. O que motiva a existência da passagem de plantão é o fato de o trabalho em enfermagem ter como características singulares o monitoramento e a vigilância contínuos dos usuários, interligando-se por turnos, com mudança de equipes assistenciais. Segundo Popovich (2011), a comunicação acerca do estado de saúde do paciente é particularmente importante para a continuidade da assistência, visto que, geralmente, os pacientes não conseguem

fornecer informações técnicas relacionadas à evolução do seu quadro clínico e das intervenções aplicadas.

A passagem de plantão, reconhecida como a entrega ou troca de turno, é uma forma de assegurar o fluxo de informações no trabalho. Fundamenta-se na transmissão de informações de modo verbal ou escrito relativas à assistência prestada entre os trabalhadores que encerram um turno de trabalho e aqueles que iniciam um novo turno. Gonçalves *et al.* (2016) afirmam que a passagem de plantão é uma oportunidade estratégica para as trabalhadoras em enfermagem analisarem o estado geral e as exigências referentes à assistência de cada paciente. Por isso, é uma ocasião para compreenderem as atividades de cuidado realizadas, tendo em vista a redução das intercorrências do trabalho.

A passagem de plantão permite organizar e planejar o trabalho em enfermagem, contudo essa prática mostra-se heterogênea em sua concepção e operacionalização nos serviços de saúde e essa condição é a base para a ocorrência de erros no trabalho. Os PEDs analisados demonstraram diferentes modos de passagem de plantão que reforçaram a fragmentação do cuidado e a descontinuidade da assistência, fatores relevantes no contexto do erro no trabalho em enfermagem.

Nos cenários descritos nos PEDs, pudemos observar diversos problemas relacionados com a passagem de plantão, destacando-se: equipe incompleta, passagem apenas de modo verbal, falta de padronização de instrumento, incompletude de informações, tempo limitado, ocorrência somente entre enfermeiras ou somente entre técnicas em enfermagem, apenas uma trabalhadora é escalada para informar a evolução e as intervenções de todos os pacientes, inclusive os que não foram assistidos por ela.

Para evitar interpretações dúbias, inconsistências na comunicação e garantir a transferência precisa de informações em troca de turnos, Popovich (2011) conclui, em estudo em um hospital pediátrico, que o uso de *check-list* padronizado por toda a equipe de enfermagem na passagem de plantão, para documentar com precisão e comunicar eficazmente aspectos do cuidado, foi fundamental para reduzir omissões de informações e erros no trabalho. Essa autora aponta que o uso de instrumento padronizado na passagem de plantão contribuiu para a identificação de erros na assistência prestada, e que estes foram corrigidos nos 30 primeiros minutos de atendimento pelos trabalhadores que receberam o plantão.

Outros autores também corroboram a ideia de que a transferência de informações entre trabalhadoras em enfermagem, por meio de instrumento padronizado, é fundamental para documentar, de modo consistente, as ações de cuidado implementadas, aumentando a confiança de que informações necessárias e precisas foram comunicadas e minimizando a

ocorrência de erro humano (STREITENBERGER; BREEN-REID; HARRIS, 2006). Dracup e Morris (2008) afirmam que, ao estarem inseridas em um ambiente de trabalho precário, com alta carga de estresse, é imprescindível às trabalhadoras a adoção de um sistema padronizado de passagem de plantão, para atender às questões básicas de segurança durante as mudanças de turno.

O tempo limitado para a passagem de plantão também se mostra um aspecto dificultador da comunicação eficaz e que pode levar a erros. O tempo disponível para a passagem de plantão é importante, porque precisa ser suficiente para permitir a transmissão das informações necessárias acerca dos pacientes (ANDRADE *et al.*, 2004). Cabe destacar que o tempo limitado pode decorrer da sobrecarga de trabalho, gerada pela alta demanda de trabalho nas unidades de produção de serviços, dificultando às trabalhadoras organizar-se. Pode também ocorrer a desvalorização da potencialidade da passagem de plantão para organização do trabalho. Nesse cenário, ainda nos deparamos com o rigor das organizações no cumprimento da jornada de trabalho, que não permite eventuais prolongamentos do horário de trabalho, pelo fato de gerarem horas extras que devem ser pagas, ainda que decorram da passagem de plantão.

No contexto do trabalho em enfermagem que agrega características da continuidade da assistência à saúde e vigilância sobre o paciente, Almeida e Costa (2017) afirmam que a passagem de plantão é um espaço que deve ser garantido nos serviços de saúde. Esse espaço deve ser entendido como potencialidade para a organização do trabalho em enfermagem, visando propiciar a transferência de informações seguras e confiáveis, de modo que se possa empregar intervenções seguras sobre o paciente assistido.

6.2.3 Espaço Singular: singularidades da trabalhadora que erra

Contraditoriamente ao argumento de que o erro tem origem em aspectos individuais da pessoa que erra, este estudo demonstra que as singularidades das trabalhadoras são referidas em menor frequência no contexto da ocorrência dos erros analisados em PEDs, sendo identificadas apenas 11 (10,3%) unidades que tratavam dessa condição para a produção de erro no trabalho em enfermagem. Referimos, como singularidades da trabalhadora, as atitudes, os conhecimentos e as habilidades, configurações que estão intimamente relacionadas ao conceito de competência. Tal conceito engloba aspectos cognitivos, técnicos e sociais que são necessários à conclusão de uma determinada atividade.

Ainda que, neste estudo, os espaços de produção de erro estejam apresentados de forma separada, por uma finalidade didática, os espaços e as condições que os conformam são

interconectados. As condições apresentadas no plano da singularidade, que se relacionam com competências (atitude, conhecimento, habilidade), são determinadas pelo lugar social ocupado pelas trabalhadoras da enfermagem e pela rígida estrutura hierárquica do processo de trabalho em saúde e em enfermagem. Importante esclarecer que a atitude corresponde aos aspectos sociais e afetivos relacionados ao trabalho, e diz respeito ao comportamento experimentado pelo sujeito no seu ambiente de trabalho; o conhecimento compreende as informações assimiladas e estruturadas pelo indivíduo, que lhe permitem entender o mundo; e a habilidade corresponde à capacidade de aplicar e fazer uso do conhecimento adquirido com vistas à execução de um propósito definido. Esses aspectos estão situados no nível da individualidade e do desenvolvimento pessoal para o trabalho (FLEURY, M.; FLEURY, A., 2000).

As análises realizadas nos PEDs permitiram destacar, dentre as singularidades das trabalhadoras em enfermagem que erraram no trabalho, no aspecto atitude, a não conferência da prescrição médica e o nome do paciente; no aspecto conhecimento, o déficit de conhecimento; e no aspecto habilidade, a inabilidade técnica para realizar procedimentos. Se analisássemos esses aspectos fora do contexto em que o trabalho foi executado, situaríamos as singularidades das trabalhadoras como as causas de erros. Contudo, como demonstrado nas dimensões anteriores, essas trabalhadoras prestam assistência à saúde sem protocolos organizacionais e assistenciais e sem programas de educação permanente, os quais envolvem atividades de capacitação e treinamento. Soma-se a isso a precarização do trabalho e a constante exploração à qual estão expostas.

O erro humano pode acontecer em qualquer ambiente de trabalho, sob qualquer condição, pois o ato de errar é uma característica inerente à natureza humana. No entanto, reconhecemos que, quando trabalhadoras em enfermagem estão submetidas a modelos e modos de organização do trabalho que propiciam condições inadequadas de trabalho e insegurança no trabalho, o risco para a ocorrência de erros aumenta e está relacionado a essas condições. Dessa forma, erros no trabalho não podem ser considerados como resultantes apenas do somatório dos aspectos singulares de trabalhadores.

Sob a ótica da regulação do trabalho em enfermagem, a causa de erros está situada nos aspectos comportamentais e atitudinais das trabalhadoras, consideradas como agentes livres e capazes de escolher entre modos seguros e inseguros de comportamento no trabalho. O erro é entendido como uma infração ética praticada em uma ação, omissão ou conivência que resulte em desobediência ao que está preconizado no CEPE. Desse modo, a ação executada sem a intenção de causar dano pode ou não implicar em risco ou prejuízo ao paciente e pode ser classificada como negligência, imperícia ou imprudência, sempre numa perspectiva individual

(SIDON *et al.*, 2012). Freitas e Oguisso (2008) afirmam que a negligência consiste na falta de atenção ou inação; a imperícia decorre da inabilidade ou deficiente destreza; e a imprudência caracteriza-se por uma atitude precipitada.

Assim, o próprio modelo de regulação do trabalho em enfermagem reforça e fortalece a abordagem individual do erro empregada pelas organizações, que se baseia na busca de culpados e punição aos indivíduos, sem considerar o contexto de trabalho. Este tipo de abordagem, ao individualizar a causa do erro no trabalho em enfermagem, desresponsabiliza as organizações quanto à ocorrência desses eventos, que deveriam garantir as condições para o trabalho seguro. O trabalho desenvolvido de modo inseguro e em condições inapropriadas repercute nas ações das trabalhadoras como também na segurança dos pacientes assistidos por essas.

As estratégias empregadas no gerenciamento individual do erro punem e excluem as trabalhadoras envolvidas, porém as condições latentes permanecem. Praxedes e Teles Filho (2011) afirmam que o gerenciamento individual do erro ocasiona medo, sentimento de culpa e preocupações. Isso leva trabalhadoras a não relatarem seus erros e esse fato propicia consequências devastadoras não só para os pacientes como também para as próprias trabalhadoras envolvidas. Duarte *et al.* (2018), em estudo sobre erro no trabalho em enfermagem em unidade de terapia intensiva demonstraram que decorrem do somatório de falhas ativas e condições latentes. Falhas ativas são descritas nesse estudo como a falta de checagem das prescrições pelas trabalhadoras em enfermagem; já as condições latentes, são as decisões gerenciais, como a falta de educação permanente, condições precárias de trabalho e ausência de protocolos. As falhas ativas, de acordo com Reason (2009) originam-se das condições latentes e, quando se encontram, o erro ocorre.

A compreensão do erro humano no trabalho em saúde exige uma análise dos múltiplos fatores e condições envolvidos na sua produção, contemplando principalmente os elementos estruturais, como a precarização do trabalho, as condições de trabalho e a organização do processo de trabalho em saúde, que favorecem a ocorrência de erros. Não se trata apenas da busca de culpados, como acontece quando o erro é compreendido como produzido pelas condições singulares de quem erra (REASON, 2009).

A adoção da abordagem individual do erro é uma decisão permeada por razões políticas e econômicas que repercutem na imagem pública das organizações. Individualizar a causa do erro é o caminho mais fácil e rápido para “resolver” o problema e manter a imagem organizacional preservada. A punição, nesse contexto, colocada como uma barreira de prevenção e solução dos problemas e irregularidades no contexto do trabalho em saúde, é o modo legítimo para diminuir as condutas errôneas (MENEGHETTI; SAMPAIO, 2016).

O fomento à cultura de segurança instituído pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013) enfatiza a abordagem dos incidentes não simplesmente como problemas, mas tratando-os como uma oportunidade de garantir e melhorar a assistência à saúde. Isso exige o desenvolvimento de novos métodos de abordagem do erro, baseados no novo paradigma, que considera o erro como causa multifatorial, entendendo o que pode desencadear erros no trabalho. Exige ainda a ruptura da contradição em que as organizações colocam a segurança diante dos elementos de produção de erros no trabalho em saúde, no qual se destaca a precarização do trabalho e a rígida estrutura de organização do trabalho.

Entendemos que, apesar de a cultura de segurança sublinhar a necessidade de uma nova abordagem, a sua operacionalização, considerando os contextos de trabalho, ainda é incipiente nas organizações. Contudo, abre-se espaço para questionar a estabilidade e a resolutividade do paradigma hegemônico individual para gerenciamento do erro. Nesse sentido, questionamos e apresentamos, neste estudo, a necessidade de reconfigurar o gerenciamento do erro nas organizações e no Estado (representado pela autarquia que regula o trabalho em enfermagem). Reafirmamos a necessidade de sustentar que o trabalho em enfermagem, na contemporaneidade, está inserido em um contexto social de produção para o capital, que exige dispêndio de força de trabalho para atender as necessidades das organizações que incorporam políticas e modelos de gerenciamento do trabalho incompatíveis com o desenvolvimento do trabalho seguro.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos PEDs analisados, identificamos que 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 do trabalho.

O tipo de erro mais frequente foi o de medicação. O local com maior frequência de ocorrência de erros foi o hospital.

A abordagem punitiva predominou no gerenciamento do erro no trabalho, por parte da Autarquia que regula o trabalho em enfermagem.

Quanto à análise das condições de produção de erro no trabalho em enfermagem, tomando como dimensões os espaços geral, particular e singular, os elementos identificados com maior frequência situaram-se no espaço geral ou espaço dos determinantes, e estavam relacionados à precarização do trabalho. Esta foi 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, podemos afirmar que existem evidências que permitem afirmar que as condições de produção de erro no trabalho em enfermagem é uma condição estrutural.

As singularidades das trabalhadoras em enfermagem emergiram com menor frequência como condições de produção de erro, refutando a noção hegemônica de que o erro é um fenômeno moral no campo do trabalho em enfermagem.

Estes achados contribuem para afirmar que as trabalhadoras em enfermagem não erram sozinhas e nem erram predominantemente em razão das suas singularidades. Assim, a abordagem individual do erro e as medidas punitivas empregadas em PEDs não devem constituir-se em formas de gerenciamento do erro no trabalho. Ao punir, excluir e invalidar as trabalhadoras que erram, as condições de produção de erro no trabalho em enfermagem permanecem intactas.

REFERÊNCIAS

AIKEN, L. *et al.* Hospital nursing staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and job dissatisfaction. **JAMA**, Chicago, IL, v. 288, n. 16, p. 1987-1993, 2002. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/195438>. Acesso em: 1 fev. 2021.

ALMEIDA, Francisco Adriano Vicente; COSTA, Maria Lúcia Alves de Souza. Passagem de plantão na equipe de enfermagem: um estudo bibliográfico. **Arquivos Médicos**, São Paulo, v. 62, n. 2, p. 85-91, 2017. Disponível em: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/viewFile/49/35>. Acesso em: 4 fev. 2021.

ANDRADE, Joseize Santos *et al.* A comunicação entre enfermeiros na passagem de plantão. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 311-315, 2004. Disponível em: https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-S0103-2100200400017000620/1982-0194-ape-S0103-2100200400017000620.pdf. Acesso em: 17 fev. 2021.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. A nova morfologia do trabalho e suas principais tendências. *In*: ANTUNES, Ricardo (org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2013. p. 13-28.

_____. **Os sentidos do trabalho**: ensaios sobre a afirmação e negação do trabalho. 2. ed. 10. reimpr. rev. e ampl. São Paulo: Boitempo, 2009.

ARANAZ-ANDRÉS, Maria Jesus *et al.* Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 62, n. 12, p.1022-1029, 2008. DOI: 10.1136/jech.2007.065227. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19008366>. Acesso em: 20 jul. 2019.

_____. *et al.* Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). **BMJ quality and safety**, London, v. 20, n. 12, p. 1043-1051, 2011. DOI: 10.1136/bmjqs.2011.051284. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21712370>. Acesso em: 21 jul. 2019.

ARMITAGE, Gerry. Human error theory: relevance to nurse management. **Journal of nursing management**, London, v. 17, n. 2, p. 193-202, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19416422>. Acesso em: 21 jul. 2019.

BAKER, G. Ross *et al.* The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. **Canadian Medical Association journal**, Ottawa, v. 170, n. 11, p. 1678-1686, 2004. DOI: 10.1503/cmaj.1040498. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19416422>. Acesso em: 19 jun. 2019.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 71. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BESSA, Maria Eliana Peixoto. **Elaboração e validação de conteúdo do protocolo de intervenções de enfermagem para idosos com risco fragilidade**. 2012. 197 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/7004>. Acesso em: 22 mar. 2020.

BEZERRA, Marília Martins; GUERRA, Débora Rodrigues; GUEDES, Maria Vilani Calvacante. Atendente de enfermagem: Por quê? Até quando? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 51, n. 1, p. 77-92, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v51n1/v51n1a07.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2021.

BLACK, Julia. Critical Reflections on Regulation. CARR Discussion Paper (DP 4). Centre for Analysis of Risk and Regulation. London, UK: School of Economics and Political Science, 2002. Disponível em: <http://eprints.lse.ac.uk/35985/1/Disspaper4-1.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2020.

BOURDIEU, Pierre. **Contrafogos**: táticas para enfrentar a invasão neoliberal. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde**: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_positiva.pdf. Acesso em: 13 ago. 2019.

_____. **Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973**. Dispõe sobre a criação do Conselho Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1973. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5905.htm. Acesso em: 15 set. 2019.

_____. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm. Acesso em: 20 ago. 2019.

_____. **Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017**. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília, DF: Presidência da República, 2017c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113467.htm. Acesso em: 5 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. **Liminar que proíbe enfermeiros de requisitar consultas e exames é revogada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/noticia/2470>. Acesso em: 10 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

_____. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 5 jan. 2020.

_____. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 13 out. 2019.

_____. **Portaria nº 2.448, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 13 fev. 2020.

_____. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 19 jul. 2019.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

BURLISON, Jonathan D. *et al.* The Second Victim Experience and Support Tool. **Journal of patient safety**, Philadelphia, PA, v. 13, n. 2, p. 93-102, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25162208>. Acesso em: 19 jun. 2019.

CAMPOS, Michele; GREICK Michl; DO VALE, Tacyanne. História da Ética. **CienteFico**, Salvador, v. 1, p. 1-11, 2002. Disponível em: http://proferlao.pbworks.com/w/file/attach/70145842/Historia_da_Etica.pdf. Acesso em: 19 out. 2019.

CARDOSO, Ana Cláudia Moreira. Organização e intensificação do tempo de trabalho. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 351-374, 2013. DOI: <http://doi.org/10.1590/S0102-69922013000200009>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922013000200009. Acesso em: 27 jan. 2021.

CATUNDA, Hellen Livia Oliveira *et al.* Percurso metodológico em pesquisas de enfermagem para construção e validação de protocolos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, e00650016, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000650016>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200501&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 11 fev. 2021.

CAVALCANTI, Felipe de Oliveira Lopes; GUIZARD, Francini Lube. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção pan-americana da saúde. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 99-122, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v16n1/1678-1007-tes-16-01-0099.pdf>. Acesso em: 7 maio 2021.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2021.

_____; FERLA, Alcindo Antônio. Educação Permanente em Saúde. *In*: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. p. 162-168. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25955>. Acesso em: 26 fev. 2021.

_____; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de

Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 19 jan. 2021.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 545-555, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500007>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500007. Acesso em: 13 jan. 2021.

CHAUI, Marilena. **A ideologia da competência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Enfermagem em números**. Rio de Janeiro: COFEN, 2021. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 5 fev. 2021.

_____. **Resolução Cofen nº 240/2000, de 30 de agosto de 2000**. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: Cofen, 2000. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2402000-revogada-pela-resolucao-cofen-3112007_4280.html. Acesso em: 24 fev. 2021.

_____. **Resolução Cofen nº 311/2007, de 8 de fevereiro de 2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética das Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: Cofen, 2007. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4394>. Acesso em: 12 dez. 2020.

_____. **Resolução Cofen nº 370/2010, de 3 de novembro de 2010**. Aprova o “Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem para aperfeiçoar as regras e procedimentos sobre o processo ético-profissional que envolvem os profissionais de enfermagem e Aprova o Código de Processo Ético. Brasília, DF: Cofen, 2010. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/index.php?s=Resolu%C3%A7%C3%A3o+Cofen+n%C2%BA+370%2F2010+>. Acesso em: 13 fev. 2021.

_____. **Resolução Cofen nº 543/2017, de 18 de abril de 2017**. Estabelece parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem para as seções/locais em são realizadas atividades de enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2017a. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html. Acesso em: 28 fev. 2021.

_____. **Resolução Cofen nº 564/2017, de 6 de dezembro de 2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2017b. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 25 fev. 2021.

COSTA, Idevânia Geraldina; GOMES, Elizabeth Laus Ribas. Saberes, estratégias, ideologias de enfermagem: reflexão baseada no estudo de Lopes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 54, n. 4, p. 645-650, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v54n4/v54n4a13.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2021

CUNHA, Antônio Geraldo da. **Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

DAL POZ, Mario Roberto; GIRARDI, Sábado Nicolau; PIERANTONI, Célia Regina. Formação, mercado de trabalho e regulação profissional e mercado de trabalho em saúde no

Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (org.). **A saúde no Brasil em 2030**: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro - organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. v. 3, p. 187-233. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/98kjjw/pdf/noronha-9788581100173.pdf>. Acesso em 13 jan. 2020.

DAL ROSSO, Sadi. **Mais trabalho**: a intensificação do labor na sociedade contemporânea. São Paulo: Boitempo, 2008.

_____; CARDOSO, Ana Cláudia M. Intensidade do trabalho: questões conceituais e metodológicas. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 631-650, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922015.00030003>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922015000300631&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 27 dez. 2020.

DEDECCA, Claudio Salvadori; RIBEIRO, Camila Santos Matos de Freitas; ISHII, Fernando Hajime. Gênero e jornada de trabalho: análise das relações entre mercado de trabalho e família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 65-90, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462009000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/cswHtBM54kVcgFmNwrM9Mcd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2021.

DEKKER, Sidney. **The field guide to human error**. Bedford, UK: Cranfield University Press, 2001.

DIAS, Maria Oliveira. Ética, organização e valores ético-morais em contexto organizacional. **Gestão e Desenvolvimento**, Novo Hamburgo, v. 22, p. 89-113, 2014. Disponível em: http://z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD22/gestaodesenvolvimento22_89.pdf. Acesso em: 15 out. 2019.

DIAS, Leonardo Adriano Ribeiro; BECUE, Sabrina Maria Fadel. Regulação e autorregulação do mercado de valores mobiliários brasileiro: limites da autorregulação. **Revista Direito Empresarial**, Curitiba, v. 1, p. 13-35, 2012. Disponível em: http://www.cidp.pt/publicacoes/revistas/ridb/2012/12/2012_12_7357_7388.pdf. Acesso em: 15 maio 2019.

DORIGAN, Gisele Hespagnol; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Ambiente da prática, satisfação e clima de segurança: percepção dos enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 129-135, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v30n2/1982-0194-ape-30-02-0129.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2021.

DOWER, Catherine; MOORE, Jean; LANGELIER, Margaret. It is time to restructure health professions scope-of-practice regulations to remove barriers to care. **Health Affairs**, Maryland, v. 32, n. 11, p. 1971-1976, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24191088>. Acesso em: 24 ago. 2019.

DRACUP, Kathllen; MORRIS, Petter E. Passing the torch: The challenge of handoffs. **American Journal of Critical Care**, Aliso Viejo, CA, v. 17, n. 2, p. 95-97, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18310641/>. Acesso em: 13 set. 2019.

DREWS, Frank; MUSTERS, Adrian; SAMORE, Matthew. Error Producing Conditions in the Intensive Care Unit. In: HENRIKSEN, K. *et al.* (eds.). **Advances in Patient Safety**: New Directions and Alternative Approaches (v. 3: Performance and Tools). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43691/>. Acesso em: 16 ago. 2019.

DRUCK, Graça. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. spe 1, p. 37-57, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-49792011000400004>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792011000400004&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 27 dez. 2017.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado *et al.* Patient safety: understanding human error in intensive nursing care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, n. 52, e03406, 2018. DOI: 10.1590/S1980-220X2017042203406. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30569957>. Acesso em: 21 mar. 2021.

DURAND, Thomas. Forms of incompetence. *In*: INTERNACIONAL CONFERENCE ON COMPETENCE-BASED MANAGEMENT, 4., 18-20 Jun. 1998. Oslo (NW): Waikato Management School, 1998.

ELMENEZA, Safaa; ABUSHADY, Mariam. Anonymous notification of medical errors from the Egyptian Neonatal Safety Training Network. **Pediatrics & Neonatology**, USA, v. 61, n. 1, p. 31-35, Feb. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2019.05.008>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875957219300294>. Acesso em: 30 abr. 2021.

ESLAMI, Kaveh *et al.* Identifying medication errors in neonatal intensive care units: a two-center study. **BMC pediatrics**, London, v. 19, n. 1, p. 365, 2019. DOI: 10.1186/s12887-019-1748-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31638939/>. Acesso em: 26 fev. 2021.

FLEURY, Maria Tereza Lemos; FLEURY, Afonso. **Estratégias empresariais e formação de competências: um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira**. São Paulo: Atlas, 2000.

FORTE, Elaine Cristina Novatzki *et al.* Erros de enfermagem na mídia: a segurança do paciente na vitrine. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 1, p. 198-205, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-716720100189&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 16 set. 2019.

_____. *et al.* Nursing errors: a study of the current literature. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, p. 1-10, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/0104-0707-tce-26-02-e01400016.pdf>. Acesso em: 13 maio 2021.

FREITAS, Genival Fernandes de; OGUISSO, Taka. Ocorrências éticas com profissionais de enfermagem: um estudo quantitativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 34-40, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/05.pdf>. Acesso em: 10 maio 2019.

GALLOTTI, Renata Mahfuz Daud. Eventos adversos – o que são? **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 109-126, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/0104-0707-tce-26-02-e01400016.pdf>. Acesso em: 19 maio 2019.

GAULEJAC, Vicent de. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. Tradução de Ivo Storniollo. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2007. (Coleção management, 4).

GIBB, Lygia Sabbag Fares. **A tendência de despadronização da jornada de trabalho**. 2017. 295 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Econômico), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/330766>. Acesso em: 13 out. 2020.

GIMENES, Fernanda Raphael Escobar *et al.* Segurança do paciente na terapêutica medicamentosa e a influência da prescrição médica nos erros de dose. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1055-1061, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000600003>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_03.pdf. Acesso em: 9 fev. 2021.

GIRARDI, Sabado Nicolau. **A regulação dos recursos humanos em saúde e a reforma do setor saúde em países da América Latina**. Washington, DC: Pan American Health Organization, [2010]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/ACF47.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2019.

_____. Dilemas da regulamentação profissional na área de saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. **Revista Latino-Americana de Estudios del Trabajo**, Carabobo, v. 8, n. 15, p. 67-85, 2002. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Dilemas_da_regulamentacao_profissional_na_area_da_saude_questoes_para_um_governo_democratico_e_inclusionista_/73. Acesso em: 20 set. 2019.

_____; PIERANTONI, Célia Regina; DAL POZ, Mario Roberto. Formação, regulação profissional e mercado de trabalho em Saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ *et al.* (org.). **A Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 157-168.

GONÇALVES, Mariana Itamaro *et al.* Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e2310014, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016002310014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2310014.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2021.

GURGEL, Cláudio; MARINHO, Maiara. Modern slavery and toyotism. **Organização & Sociedade**, Salvador, v. 26, n. 89, p. 317-337. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-9260896>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-92302019000200317&script=sci_abstract. Acesso em: 13 set. 2020.

HIRATA, Helena. Tendências recentes da precarização social e do trabalho: Brasil, França, Japão. **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. spe 1, p. 15-22, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-49792011000400002>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792011000400002. Acesso em: 29 jan. 2021.

_____; KERGOAT, Danièle. Divisão sexual do trabalho profissional e doméstico: Brasil, França e Japão. In: COSTA, Albertina de Oliveira *et al.* (org.). **Mercado de trabalho e gênero: comparações internacionais**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2008. p. 263-278.

HOONHOUT, Lilian. *et al.* Direct medical costs of adverse events in Dutch hospitals. **BMC health services research**, London, v. 9, n. 27, p. 1-10, 2009. DOI: [10.1186/1472-6963-9-27](https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-27). Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2645386&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. Acesso em: 20 set. 2019.

INSTITUTE OF MEDICINE. **To Err Humann**: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

ITO, Hiroto; YAMAZUMI, Syun. Common types of medication errors on long-term psychiatric care units. **International journal for quality in health care**, Oxford, UK, v. 15, n. 3, p. 207-212, 2003. DOI: 10.1093/intqhc/mzg038. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/15/3/207/1856234>. Acesso em: 20 jan. 2021.

JACOBSEN, Thiely Fernandes; MUSSI, Miriam Moreira; SILVEIRA, Marysabel Pinto Telis. Analysis of prescription errors in a hospital of Southern Brazil. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 23-26, 2015. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/2015060304000800BR.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2021.

KANTORSKI, Luciane Prado. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde: algumas reflexões preliminares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 5-15, abr. 1997. DOI; <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691997000200002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n2/v5n2a02.pdf>. Acesso em: 23 set. 2019.

KOHN, Linda *et al.* **To err is human**: building a safer health system. Washington (DC): National Academy Press, 2000.

KRAUZER, Ivete Maroso. **Interfaces do trabalho em enfermagem na construção de protocolos assistenciais**. 2017. 93 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/183688/001022643.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 dez. 2019.

KREIN, José Dari. O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação coletiva. **Tempo Social**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 77-104, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ts/article/view/138082/138676>. Acesso em: 15 jan. 2021.

KURCGANT, Paulina. Legislação do exercício de enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 88-98, 1976. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671976000100088. Acesso em: 14 ago. 2019.

LEAL, Juliana Alves Leite. **Processo de trabalho da enfermeira em diferentes países**. 2016. 143 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/22198>. Acesso em: 13 set. 2020.

_____; MELO, Cristina Maria Meira de. Processo de trabalho da enfermeira em diferentes países: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 2, p. 413-423, 2018. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000200413&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 13 fev. 2021.

LEMOS, Cristiane Lopes Simão. A concepção de educação da política nacional de educação permanente em saúde. 2010. 158 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/1073>. Acesso em: 20 ago. 2020.

LEVINSON, Daniel Ronald *et al.* **Adverse events in hospitals**: National incidence among Medicare beneficiaries. USA: Department of Health and Human Services, 2010.

LIMA NETO, Alcides Viana de *et al.* Análisis de las notificaciones de eventos adversos en un hospital privado. **Enfermería Global**, Murcia, v. 18, n. 3, p. 314-343, 2019. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/325571>. Acesso em: 15 jan. 2021.

LOPES, Bruna Correia *et al.* Erros de medicação realizados pelo técnico de enfermagem na UTI: contextualização da problemática. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 16-21, 2012. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/214/135>. Acesso em: 20 set. 2020.

LORENZETTI, Jorge. A "nova" lei do exercício profissional da enfermagem: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 40, n. 2-3, p. 167-176, 1987. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671987000300014. Acesso em: 29 set. 2019.

LORENZINI, Elisiane; SANTI, Juliana Anita Ribeiro; BÁO, Ana Cristina Pretto. Patient safety: analysis of the incidents notified in a hospital, in south of Brazil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 121-127, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000200121&lng=en. Acesso em: 29 jan. 2021.

MARCHITO, Mauro. El error humano y la gestión de seguridad: la perspectiva sistémica en las obras de James Reason. **Laboreal**, Granada, v. 7, n. 2, p. 56-64, 2011. Disponível em: <https://journals.openedition.org/laboreal/7750>. Acesso em: 14 ago. 2019.

MATTOZINHO, Fabíola de Campos Braga; FREITAS, Genival Fernandes. Ocorrências éticas de enfermagem no Estado de São Paulo: descrição fática. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 593-600, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000600593&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 29 set. 2019.

MATUS, Carlos. **Política, planejamento & governo**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.

MEKONEN, Enyew Getaneh; GEBRIE; Mignote Hailu; JEMBERIE Senetsehuf Melkamu. Magnitude e fatores associados ao erro de administração de medicamentos entre enfermeiras que trabalham nos hospitais de referência da região de Amhara, noroeste da Etiópia. **Journal of drug assess**, London, v. 9, n. 1, p. 151-158, 2020. DOI: 10.1080/21556660.2020.1841495. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7671667/>. Acesso em: 30 abr. 2021.

MELO, Cristina Maria Meira de. **O Processo de Trabalho em Enfermagem na rede estadual de saúde** (Projeto de Pesquisa Edital FAPESB/SESAB 020-2013) PPSUS. Salvador, 2013. (digitado).

_____, *et al.* **Erro profissional em Enfermagem**. Projeto de pesquisa. Edital Universal - FAPESB 05/2015. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Salvador, 2015. (digitado).

_____; SANTOS, Tatiane Araújo dos; LEAL, Juliana Alves Leite. Processo de trabalho assistencial-gerencial da enfermeira. *In*: VALE, Eucléa Gomes; PERUZZO, Simone

Aparecida; FELLI, Vanda Elisa Andres (org.). **PROENF-Programa de Atualização em Enfermagem: Gestão: Ciclo 4. Sistema de Educação Continuada a Distância.** Porto Alegre, RS: Artmed Panamericana, 2015. p. 45-75.

MENDES, Walter, *et al.* The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International journal for quality in health care**, Oxford, UK, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009. DOI: 10.1093/intqhc/mzp022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19549674>. Acesso em: 20 jul. 2019.

MENDES GONÇALVES, Ricardo Bruno. Prática de Saúde: processos de trabalho e necessidades. *In*: SANTOS, Liliana; AYRES, José Ricardo C. M. (org.). **Saúde, Sociedade e História.** São Paulo: Hucitec, 2017. p. 298-339.

MENEGHETTI, Gustavo; SAMPAIO, Simone Sobral. A disciplina como elemento constitutivo do modo de produção capitalista. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 135-142, jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/%x>. Disponível em: <https://antigo.periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/40334/31974>. Acesso em: 7 maio 2021.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Tereza (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-114.

_____. **Saúde: cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MEURIER, Clency E.; VINCENT, Chang A.; PARMAR, D. G. Learning from errors in nursing practice. **Journal of advanced nursing**, Oxford, UK, v. 26, n. 1, p.111-119, 1997. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997026111.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9231284/>. Acesso em: 15 out. 2019.

MOREIRA, Vital. **Auto-regulação profissional e a administração pública.** Coimbra: Livraria Almedina, 1997.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042018000100011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 set. 2019.

MOURÃO NETO, José Jeové; DIAS, Maria Socorro de Araújo; GOYANNA, Natália Frota. Uso de instrumentos enquanto tecnologia para a saúde. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 65-72, 2016. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/655>. Acesso em: 17 ago. 2020.

NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION. **Medication Errors.** United States: NCC MERP, 2019. Disponível em: <https://www.nccmerp.org/sitemap>. Acesso em 14 jun. 2019.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é.** Tradução de Carla Ferraz e Germano Couto. Portugal: Lusociência – edições técnicas científicas, 2005.

NOGUEIRA, Cláudia Mazzei. **O trabalho duplicado: a divisão sexual no trabalho e na reprodução: um estudo das trabalhadoras do telemarketing**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011. (Coleção Trabalho e Emancipação).

NÚCLEO DE PESQUISA EM POLÍTICAS, GESTÃO, TRABALHO E RECURSOS HUMANOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA. Glossário. *In*: Projeto de Pesquisa Edital FAPESB 030/2013). Salvador: GERIR, 2019. Digitado.

OLIVEIRA, Robson Rocha de. Dos conceitos de regulação às suas possibilidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1198-1208, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1198.pdf>. Acesso em: 9 maio 2019.

_____; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Conceitos de Regulação em Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 571-76, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000300020&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 5 maio 2019.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Fotografia da enfermagem no Brasil**. Brasília, DF: OPAS, 2020. Disponível em: <https://apsredes.org/fotografia-da-enfermagem-no-brasil/>. Acesso em: 21 jan. 2021.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 24 out. 2019.

PARDAL, Paulina Pinto. **Hetero-regulação vs. auto-regulação: as Entidades Reguladoras Independentes e as Associações Públicas Profissionais - em especial a Ordem dos Advogados**. 2016. 44 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Católica Portuguesa, Porto, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/21570>. Acesso em: 17 nov. 2019.

PAULA PEDRO, Ana. Ética, moral, axiologia e valores: confusões e ambiguidades em torno de um conceito comum. **Kriterion**, Belo Horizonte, v. 55, n. 130, p. 483-498, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-512X2014000200002. Acesso em: 24 out. 2019.

PEDUZZI, Marina; ANSEMI, Maria Luiza. O auxiliar e o técnico de enfermagem: categorias profissionais diferentes e trabalhos equivalentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 425-429, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000400008>. Acesso em: 27 fev. 2021.

_____; _____. The nursing work process: the separation between planning and care delivery. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-98, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v55n4/v55n4a06.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2019.

PIERANTONI, Célia Regina; GIRARDI, Sábado Nicolau. **Regulação do trabalho e das profissões em saúde**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Estação de Trabalho IMS, 2017. Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/uploaded/12_5_2015__0_Regulacao_do_Trabalho_e_das_Profissoes_em_Saude.pdf. Acesso em: 16 jul. 2019.

PIRES, Denise Pires; GELBCKE, Francine Lima; MATOS, Eliane. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 311-326, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462004000200006&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 9 jan. 2021.

POPOVICH, Debbie. 30-Second Head-to-Toe tool in pediatric nursing: cultivating safety in handoff communication. **Pediatric nursing**, New York, v. 37, n. 2, p. 55-60, Mar.-Apr. 2011. Disponível em: <http://www.pediatricnursing.net/ce/2013/article37055059.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2021.

PORTO, Silvia *et al.* A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 10, n. 3, p. 74-80, 2010. Disponível em: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-a-magnitude-financeira-dos-eventos-adversos-em-hospitais-X0870902510898606>. Acesso em: 25 jul. 2019.

PRAXEDES, Marcus Fernando da Silva; TELES FILHO, Paulo Celso Prado. Erros e ações praticadas pela instituição hospitalar no preparo e administração de medicamentos. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 406-411, jul./set. 2011. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remo.org.br/pdf/v15n3a14.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2019.

PUGH, Dale. The phoenix process: a substantive theory about allegations of unprofessional conduct. **Journal of advanced nursing**, Oxford, UK, v. 65, n. 10, p. 2027-2037, 2009. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05038.x. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19686404>. Acesso em: 19 jul. 2019.

RASMUSSEN, Jacob. The role of error in organizing behaviour. **Quality & safety in health care**, London, v. 12, n. 5, p. 377-385, 2003. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/12/5/377.full.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2019.

REASON, James. **El error humano**. Madrid: Modus Laborandi, 2009.

_____. Human error: models and management. **BMJ – British medical journal**, London, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.768. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>. Acesso em: 13 ago. 2019.

RIBEIRO, Andressa de Freitas. Taylorism, Fordism and Toyotism. **Lutas Sociais**, São Paulo, v. 19, n. 35, p. 65-79, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/ls/article/viewFile/26678/pdf>. Acesso em: 13 mar. 2021.

ROBERTSON, W. O. Error in prescribing. **American journal health-system pharmacy**, Oxford, UK, v. 52, n. 4, p. 382-385, 1995. DOI: 10.1093/ajhp/52.4.382. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7757864/>. Acesso em: 20 ago. 2019.

ROCHA, Franciele Silva Rodrigues *et al.* Tipos e causas de erros no processo de medicação na prática assistencial da equipe de enfermagem. **Revista Unimontes Científica**, Montes Claros, v. 17, n. 1, p. 76-86, 2015. Disponível em: <http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/358/325>. Acesso em: 13 ago. 2019.

RODRIGUES, Rosa Maria. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. **Revista Latino-Americana de**

Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 6, p. 76-82, 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000600013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2021.

RUCIMAN, William B *et al.* Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International journal quality in health care**, Oxford, UK, v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009. DOI: 10.1093/intqhc/mzn057. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19147597>. Acesso em: 1 dez. 2019.

SALES, Camila Balsero *et al.* Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 126-134, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29324954/>. Acesso em: 15 jan. 2020.

SANTANA, Júlio Cesar Batista *et al.* Fatores que influenciam e minimizam os erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, 2012. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/download/3300/3657>. Acesso em: 29 ago. 2019.

SANTOS, Handerson Silva. **Análise do discurso sobre o erro no trabalho em enfermagem**. 2018. 139 f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

_____. *et al.* Análise do erro profissional em enfermagem divulgado no jornalismo online. *In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM*, 4., 2015, Salvador. **Anais [...]**. Salvador, abr. 2015. Disponível em: <http://www.aben4siten.ufba.br/>. Acesso em: 10 out. 2019.

SANTOS, Jussara Carvalho dos; CEOLIM, Maria Filomena. Iatrogenia de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 810-817, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a11v43n4.pdf>. Acesso em: 17 maio 2019.

SANTOS, Jânia Oliveira *et al.* Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 483-488, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000400016>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400016. Acesso em: 26 nov. 2019.

SANTOS, Paula Raquel dos. **Estudo do processo de trabalho da enfermagem em hemodinâmica**: cargas de trabalho e fatores de risco à saúde do trabalhador. 2001. 145 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5218/2/241.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2020.

SANTOS, Patricia Reis Alves dos; ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi; SAMPAIO, Camila Santana Justo Cintra. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, n. 40 (spe), e20180347, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180347>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200423&lng=en. Acesso em: 25 fev. 2021.

SANTOS, Tatiane Araújo. **Precarização do trabalho em enfermagem em hospitais públicos estaduais**. 2018. 200 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018. Disponível em: <https://blog.ufba.br/grupogerirenfermagem/files/2017/05/TATIANE-ARA%C3%9AJOS-DOS-SANTOS-PRECARIZA%C3%87%C3%83O-DO-TRABALHO-EM-ENFERMAGEM-EM-HOSPITAIS-P%C3%9ABLICOS-DA-BAHIA-2015-2017.pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.

_____. *et al.* Denúncias das trabalhadoras da enfermagem aos sindicatos: o desafio da resistência e da ação. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 32, e20453, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32i0.20453>. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20453>. Acesso em: 25 fev. 2021.

_____; MELO, Cristina Maria Meira. **Valor do trabalho da enfermeira**. Salvador: EDUFBA, 2019.

SCHIØLER, Tue Lehn *et al.* Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. **Ugeskrift for laeger**, Copenhagen v. 163, n. 39, p. 5370-5378, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11590953>. Acesso em: 26 nov. 2019.

SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni; RAMOS, Flávia Regina Souza. Processos éticos de enfermagem no Estado de Santa Catarina: caracterização de elementos fáticos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, p. 1-9, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/pt_15.pdf. Acesso em: 25 jul. 2019.

SIDON, Linconl Uchôa *et al.* Análise preliminar dos Processos Ético-Disciplinares transitados e julgado no Cofen (2005-2010): um ensaio para a pesquisa. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 3, n. 4, p. 216-218, 2012. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/388/179>. Acesso em: 26 ago. 2019.

SILVA, Mariana Costa da. **Condições de trabalho da enfermeira nos hospitais do Sistema Único de Saúde da Bahia**. 2017. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/24905/1/Dis_Enf_Mariana%20Costa%20da%20Silva.pdf. Acesso em: 25 ago. 2020.

SILVA, Nair Chase da; GARNELO, Luiza; GIOVANELLA, Ligia. Extensão de Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 592-604, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300011>. Acesso em: 26 set. 2019.

SILVA, Nair Monteiro da; MUNIZ, Helder Pordeus. Vivências de trabalhos no contexto da precarização. **Estudos & Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 821-840, 2011. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8338>. Acesso em: 12 jun. 2019.

SILVA-SANTOS, Handerson *et al.* Condições de produção do erro no trabalho em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 4, p. 1968-1974, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/pt_0034-7167-reben-71-04-1858.pdf. Acesso em: 8 maio 2019.

SOUZA, Helton Saragor; MENDES, Áquilas Nogueira. **Trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo: enfermagem em foco**. São Paulo: DOC, 2016.

SOUSA, Paulo *et al.* Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. **BMC Health Services Research**, London, v. 13, n. 311, 2014. DOI: 10.1186/1472-6963-14-311. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25034870/>. Acesso em: 25 out. 2019.

STREITENBERGER, Kim; BREEN-REID, Karen; HARRIS, Cheryl. Handoffs in care – can we make them safer? **Pediatric clinics of north america**, Philadelphia, PA, v. 53, n. 6, p. 1185-1195, 2006. DOI: 10.1016/j.pcl.2006.09.010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17126690/>. Acesso em: 18 nov. 2019.

TAYLOR-ADAMS, Saly; VINCENT, Charles. **System analysis of clinical incidents: the London Protocol**. London: Clinical Safety Research Unit, Imperial College, 2004.

TEIXEIRA, Graziela Silveira *et al.* Qualidade de vida no trabalho e perfil demográfico-laboral da enfermagem em unidade de pronto atendimento. **Enfermería Global**, Múrcia, n. 55, p. 525-539, 2019. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n55/pt_1695-6141-eg-18-55-510.pdf. Acesso em: 30 set. 2020.

THOFEHRN, Maira Buss *et al.* Processo de trabalho dos enfermeiros de um hospital da Espanha: ênfase nas tecnologias de cuidado. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 1, p. 141-146, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i1.35972> '. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/c08f/6c7b7f1445687d0dbaf9d4a769bddc026bc4.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2021.

TSEGAYE, Dejene *et al.* Erros de administração de medicamentos e fatores associados entre enfermeiras. **International journal of general medicine**, New Zealand, v. 13, p. 1621-1632, 2020. DOI: 10.2147/IJGM.S289452. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7764714/>. Acesso em: 30 abr. 2021.

TURJANSKI, Diego. Queijo: o modelo do queijo suíço (um velho desconhecido). **Laboreal**, Porto, v. 12, n. 2, p. 123-126, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15667/laborealxii0216dtpt>. Acesso em: 30 set. 2019.

VITURI, Dagmar Willamowius *et al.* Dimensionamento de enfermagem hospitalar: modelo OPAS/OMS. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 547-556, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300017. Acesso em: 27 fev. 2021.

WERNECK, Marcos Azeredo Furquim; FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Kátia Ferreira Costa. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

WESTLEY, Jlynn A, *et al.* Impact of nurse's worked hours on medication administration near-miss error alerts. **Cronobiol Int**, London, v. 37, n. 9-10, p. 1373-1376, set.-out. 2020. DOI: 10.1080/07420528.2020.1811295. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32835534/>. Acesso em: 30 abr. 2021.

WILLIAMS, Jeremy C. Um método baseado em dados para melhorar e reduzir os erros para melhorar o desempenho operacional. In: CONFERÊNCIA SOBRE FATORES HUMANOS EM USINAS ELÉTRICAS, 4., 1988, Monterrey. **Anais da IEEE** [...]. Monterey, 1988. p. 436-450.

WOODS, David; COOK, Richard. Mistaking Error. *In*: YOUNGBERG, Barbara. J. (ed.). **Patient Safety Handbook**. Massachusetts, EUA: Jones & Bartlett Publishers, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety**. About us, Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/about/en/>. Acesso em: 19 abr. 2021.

_____. **The World Health Report 2000**. Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO, 2000.

_____. Taxonomy. *In*: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety**. Geneva: WHO, 2009.

_____. **State of the world's nursing 2020**: investing in education, jobs and leadership. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331677>. Acesso em: 4 mar. 2021.

WU, Albert W. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. **BMJ – British medical journal**, London, v. 320, n. 7237, p. 726-727, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10720336>. Acesso em: 2 maio 2019.

APÊNDICE A – Matriz dos artigos científicos identificados com o tema erro no trabalho em enfermagem

(continua)

Nº	Base	Periódico e ano	Autores	Título	Objetivo	Local do estudo	Síntese
1	Scielo	Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2010	Aline Santa Cruz Belela, Maria Angélica Sorgini Peterlini, Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira	Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos	Descrever a ocorrência de comunicação do erro de medicação à equipe e família em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos para atendimento de pacientes oncológicos	Unidades de cuidados intensivos pediátricos de um hospital de referência localizado no município de São Paulo	O objeto de análise foi a comunicação do erro no processo de medicação. Foi evidenciado que, após erro de medicação, 47,9% dos erros não foram comunicados à equipe, demonstrando que a comunicação da ocorrência de erro de medicação não constituía prática frequente na unidade estudada.
2	Scielo	Revista Brasileira de Anestesiologia, 2010	Jose Lagunes Herrero, Carmen Reina, Lucrecia Blasco, Esperanza Fernandez, Miguel Plaza, Eva Mateo	Erros farmacológicos na prática anestésica: quatro casos de morbidades não fatais	Descrever quatro casos de erros medicamentosos (EM) raros no centro cirúrgico	Não divulgado	O estudo descreve quatro casos de erros de medicação (sobredoses) cometidos por médicos anestesistas no centro cirúrgico. Os erros identificados serviram para melhorar a prática clínica.
3	Scielo	Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2010	Nadia Bomfim do Nascimento, Cláudia Maria de Rezende Travassos	O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente	Apresentar modelos teóricos explicativos voltados para a compreensão da dinâmica comportamental que envolve a consecução do erro e da violação e realiza uma análise com possibilidades à apreensão do processo	Reflexão teórica	O artigo apresenta modelos explicativos para compreensão do erro baseado em autores como James Reason, Christophe Dejours, Rasmussen. Não discute os modelos explicativos em conexão com o erro na área médica.
4	Scielo	Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2011	Carla Matilde Claro, Daniella Vianna Correa Krococzk, Maria Cecília Toffolletto, Kátia Grillo Padilha	Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva	Caracterizar o sistema de registros de EA nas UTI; verificar a frequência de EA e existência de punição segundo a percepção dos enfermeiros; identificar o grau de segurança dos enfermeiros para a notificação de EA	Sociedade Paulista de Terapia Intensiva, do Estado de São Paulo	O estudo foi realizado com enfermeiras. A maioria referiu que a punição sempre ocorre no local de trabalho, sendo a advertência verbal a mais comum. Relataram segurança para realizar notificação de eventos adversos, embora existisse a cultura punitiva no local de trabalho.

APÊNDICE A – Matriz dos artigos científicos identificados com o tema erro no trabalho em enfermagem

(continuação)

Nº	Base	Periódico e ano	Autores	Título	Objetivo	Local do estudo	Síntese
5	BDENF	Enfermagem em Foco, 2012	Márcia Maria Jordão, Michelini Fátima Silva, Simone Vidal Santos, Nádia Chiodelli Salum, Sayonara Fátima F. Barbosa	Tecnologias utilizadas pela enfermagem na prevenção de erros de medicação em pediatria	Verificar quais tecnologias estão sendo utilizadas pela enfermagem para prevenir erros de medicação em pediatria	Revisão integrativa	O objeto da investigação foram as tecnologias utilizadas para prevenção de erros de medicação em pediatria. As tecnologias mais utilizadas/recomendadas foram a padronização dos medicamentos dentro das instituições, o uso de prescrições informatizadas, padronização de administração de drogas de alerta máximo, capacitação em farmacologia, uso de código de barras, dose unitária de medicamentos, rotulagem clara.
6	Lilacs	Escola Anna Nery, 2012	Keroulay Estebanez Roque, Enirtes Caetano Prates Melo	Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar	Avaliar a ocorrência de eventos adversos a medicamentos em um hospital público e cardiológico	Município do Rio de Janeiro	Estimou a incidência de eventos adversos no uso de medicamentos em 14,3%. Verificou que em 31,2% dos casos em que foi detectado o evento houve necessidade de intervenção para o suporte de vida do paciente.
7	Lilacs	Revista da Associação Médica Brasileira, 2013	Walter Mendes, Ana Luiza B. Pavão, Monica Martins, Maria de Lourdes de Oliveira Moura, Claudia Travassos	Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro	Analisar as características dos eventos adversos (EAs) evitáveis em pacientes internados em hospitais do Rio de Janeiro	Hospitais do Rio de Janeiro	Demonstrou que os eventos adversos evitáveis caracterizavam-se por infecções associadas aos cuidados da saúde, complicações cirúrgicas e/ou anestésicas, danos decorrentes do atraso ou falha no diagnóstico e/ou tratamento, úlceras por pressão, danos de complicações na punção venosa, danos devido a quedas, danos em consequência do uso de medicamentos.
8	Lilacs	Ciência e Enfermagem, 2014	Judite Pereira Rocha, Ana Elisa Bauer de Camargo Silva, Ana Lúcia Queiroz Bezerra, Maiana Regina Gomes de Sousa, Isadora Alves Moreira	Eventos adversos identificados nos relatórios de enfermagem em uma clínica pediátrica	Identificar os eventos adversos ocorridos na unidade de pediatria de um hospital	Hospital de ensino de Goiânia, Goiás, Brasil	Os eventos adversos prevalentes identificados no estudo foram relacionados ao acesso vascular (40,8%), seguido dos relacionados a sondas, cateteres, drenos e tubos (27,2%) e a medicamentos (15,5%).

APÊNDICE A – Matriz dos artigos científicos identificados com o tema erro no trabalho em enfermagem

(continuação)

Nº	Base	Periódico e ano	Autores	Título	Objetivo	Local do estudo	Síntese
9	Lilacs	Revista Mineira de Enfermagem, 2014	Pétala Tuani Candido de Oliveira Salvador, Cláudia Cristiane Filgueira Martins, Kisna Yasmin Andrade Alves, Theo Duarte da Costa, Viviane Euzébia Pereira Santos	Análise de vídeos do <i>youtube</i> sobre eventos adversos em saúde	Analisar os vídeos do YouTube sobre eventos adversos em saúde, identificando a existência de relações com a segurança do paciente	Sítio do YouTube	Os eventos adversos mais citados nos vídeos foram relacionados a incidentes cirúrgicos, erros de medicação, infecções relacionadas a assistência a saúde, erros de identificação do paciente. Como estratégia para prevenção dos eventos adversos foram considerados o uso de protocolos e o uso de ferramentas de promoção a segurança do paciente.
10	Lilacs	Revista Mineira de Enfermagem, 2014	Jéssica David Dias, Karen Sayuri Mekaro, Chris Mayara dos Santos Tibes, Sílvia Helena Zem-Mascarenhas	Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação	Verificar o entendimento dos enfermeiros de unidades básicas e hospitalar sobre segurança do paciente e erros de medicação e identificar as condutas e estratégias utilizadas na ocorrência desses erros	Unidades básicas de saúde e hospital-escola do município de São Paulo	Demonstra que o enfermeiro compreende a segurança do paciente como prestação de assistência sem causar danos ao paciente, sendo que o profissional deve estar convicto, seguro e apto para promover cuidado de qualidade. Registra ausência de uniformidade na compreensão sobre erro de medicação pelos enfermeiros. Os achados indicam responsabilização individual pela segurança do paciente.
11	BDENF	Revista Enfermagem UFPI, 2014	Francisco Gilberto Fernandes Pereira, Joselany Áfio Caetano	O erro humano e a segurança do paciente nos serviços de saúde	Discutir acerca do erro humano e suas implicações nos serviços de saúde tecendo considerações paralelas com a Segurança do Paciente	Reflexão teórica	Reflexão teórica sobre o erro na área da saúde relacionado a múltiplos fatores: causas inerentes ao paciente; fatores institucionais, financeiros e estruturais; fatores humanos, como falta de conhecimento e habilidade. O erro deve ser usado para gerar situações de aprendizagem que se traduzam em melhorias na qualidade dos serviços e cuidados de saúde.
12	Lilacs	Cogitare Enfermagem, 2015	Verusca Soares Souza, Andressa Morello Kawamoto, João Lucas Campos de Oliveira, Nelsi Salete Tonini, Luciana Magnani Fernandes, Anair Lazzari Nicola	Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde	Analisar a cultura de segurança em relação aos erros e eventos adversos, na percepção de profissionais de saúde	Hospital de ensino do Sul do Brasil	Investiga a cultura de segurança em relação aos erros e eventos adversos na percepção de profissionais de saúde. Demonstra percepção de cultura de segurança desfavorável à comunicação sobre as falhas assistenciais e que a cultura punitiva existe na instituição. Descreve quantidade reduzida de notificação de erros e eventos adversos devido à abordagem punitiva.

APÊNDICE A – Matriz dos artigos científicos identificados com o tema erro no trabalho em enfermagem

(continuação)

Nº	Base	Periódico e ano	Autores	Título	Objetivo	Local do estudo	Síntese
13	Lilacs	Revista Latino Americana de Enfermagem, 2015	Sabrina da Costa Machado Duarte, Ana Beatriz Azevedo Queiroz, Andreas Büscher, Marlucci Andrade Conceição Stipo	O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva	Identificar os erros no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva e analisá-los de acordo com a teoria do erro humano.	Centro de Terapia Intensiva de um hospital da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela	Identifica erros de medicação e não elevação das grades do leito. O erro humano na assistência de enfermagem pode ser relacionado à abordagem do sistema, via falhas ativas e condições latentes. As falhas ativas são representadas pelos erros na administração de medicamentos e não elevação das grades dos leitos. As condições latentes relacionam-se às dificuldades na comunicação entre a equipe multiprofissional, falta de normas e rotinas institucionais e ausência de recursos materiais.
14	Lilacs	Revista Brasileira de Enfermagem, 2015	Sabrina da Costa Machado Duarte, Marlucci Andrade Conceição Stipp, Marcelle Miranda da Silva, Francimar Tinoco de Oliveira	Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem	Identificar as publicações científicas sobre os eventos adversos na assistência de enfermagem em pacientes adultos hospitalizados e discutir os principais eventos adversos na assistência de enfermagem	Base de dados nacionais e internacionais	A partir da identificação das publicações científicas emergiram três categorias: 1) eventos adversos identificados na assistência de enfermagem: erros da administração de medicamentos, não realização de curativos e queda. 2) Principais causas dos eventos adversos na assistência de enfermagem: déficit de pessoal, falta de atenção, prescrições médicas ilegíveis e erradas, sobrecarga de trabalho. 3) Posicionamento dos profissionais de enfermagem frente ao evento adverso: equipe de enfermagem posiciona-se em prol da notificação dos eventos adversos e da adoção de medidas de minimização de danos. A notificação dos eventos adversos é negligenciada socialmente, dada a cultura punitiva existente.
15	Medline	Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2015	Gabriella da Silva Rangel Ribeiro, Rafael Celestino da Silva, Márcia de Assunção Ferreira, Grazielle Rezende da Silva	Deslizes, lapsos e enganos no uso de equipamentos por enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva	Identificar a ocorrência de erros durante a utilização dos equipamentos por enfermeiros que atuam na terapia intensiva, analisando-os à luz da teoria do erro humano de James Reason	Unidade de Terapia Intensiva de um hospital federal do Rio de Janeiro.	Identifica falhas de memória e de atenção no manuseio das bombas infusoras e falhas de planejamento durante a programação dos monitores. Apesar de o estudo propor análise a luz da teoria do queijo suíço, enfatiza que o sujeito não pode deixar de ser responsabilizado, já que características individuais também são analisadas, como atitudes desleixadas e despreocupadas.

APÊNDICE A – Matriz dos artigos científicos identificados com o tema erro no trabalho em enfermagem

(continuação)

Nº	Base	Periódico e ano	Autores	Título	Objetivo	Local do estudo	Síntese
16	Portal de periódicos CAPES	Revista Brasileira de Anestesiologia, 2016	Thomas Rolf Erdmann, Jorge Hamilton Soares Garcia, Marcos Lázaro Loureiro, Marcelo Petrucelli Monteiro, Guilherme Muriano Brunharo	Perfil de erros de administração de medicamentos em anestesia entre anestesiológicos catarinenses	Verificar a prevalência dos erros de administração de medicamentos durante a anestesia, entre anestesiológicos catarinenses, as circunstâncias em que ocorreram e possíveis fatores associados	Sociedade de Anestesiologia do Estado de Santa Catarina	Dos entrevistados, 91,8% afirmam ter cometido erro de administração de medicamentos. O erro mais comum foi de substituição (68,4%) do medicamento. Os erros ocorrem principalmente no período matutino (32,7%), na manutenção da anestesia (49%), com 47,8% das ocorrências sem danos ao paciente. Os fatores contribuintes mais frequentes na ocorrência do erro foram: distração e fadiga (64,9%) e leitura errada dos rótulos de ampolas ou seringas (54,4%). Os fatores contribuintes são identificados no âmbito individual.
17	BDENF	Revista Enfermagem UFPE On Line, 2016	Andréa Tayse de Lima Gomes, Micheline da Fonseca Silva, Soraya Helena Medeiros de Moraes, Flávia Barreto Tavares Chivone, Soraya Maria de Medeiros, Viviane Euzébia Pereira Santos	Erro humano e cultura de segurança à luz da teoria “queijo suíço”: análise reflexiva	Apresentar um ensaio teórico à luz da Teoria “Queijo suíço”	Reflexão Teórica	Reflexão teórica demonstrando que a cultura de segurança à luz da Teoria do “Queijo suíço” deve apontar para a atuação sobre as condições que o ser humano trabalha, produzindo defesas no sistema e diminuindo os erros. Nesse contexto, existe a emergência de um novo paradigma: cultura de segurança, cultura de notificação, justiça e imparcialidade, flexibilidade e aprendizagem compõem a cultura de segurança.
18	Lilacs	Nursing (São Paulo), 2016	Alexandre Pazetto Balsanelli, Elena Bohomol, Guilherme dos Santos Zimmermann	Erros de medicação em uma unidade de terapia intensiva	Identificar os erros de medicação em uma unidade de terapia intensiva	Hospital Universitário, São Paulo	Identifica média de 9,3 erros de medicação por paciente. Verificou-se que em 86,9% os erros ocorrem por omissões de doses.
19	Lilacs	Cogitare Enfermagem, 2016	Sabrina da Costa Machado Duarte, Amanda Trindade Teixeira Bessa, Andreas Büscher, Marlucci Andrade Conceição Stipp	Caracterização de erros na assistência de enfermagem em terapia intensiva	Identificar os erros na assistência de enfermagem em um Centro de Terapia Intensiva, de acordo com a equipe de enfermagem, e discutir os principais à luz da Teoria do Erro Humano	Hospital do Estado do Rio de Janeiro	Identifica erros na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. Destacam-se erros de medicação, não elevação das grades do leito, perda de cateteres, sondas e drenos, citados por 83% dos entrevistados; extubações acidentais (72%) e higienização inadequada das mãos (67%).

APÊNDICE A – Matriz dos artigos científicos identificados com o tema erro no trabalho em enfermagem

(continuação)

Nº	Base	Periódico e ano	Autores	Título	Objetivo	Local do estudo	Síntese
20	Lilacs	Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, 2017	Talita Rodrigues Gomes, Maria Célia Delduque Nogueira Pires de Sá	O erro médico sob o olhar do Judiciário: uma investigação no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios	Conhecer as decisões judiciais de 2ª instância sobre o erro médico	Tribunal de Justiça – Distrito Federal	Análise de 204 processos disponível no site do TJDF indica que 46% dos processos tratavam sobre danos morais e 53% danos morais e materiais; as especialidades com maior número de processos foram gineco-obstetrícia, cirurgia geral e plástica; as sentenças foram improcedentes em 57% dos processos, procedentes em 22%, parcialmente procedentes em 19% e extintos em 2%. Destaca que o médico não deve ser interpretado como o único responsável e causador do dano, como também deve existir o emprego de outras medidas para correção de atos falhos decorrentes da prática médica.
21	Lilacs	Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental, 2017	Dariele Dias Dutra, Marcella Costa Souto Duarte, Karla Fernandes de Albuquerque, Jiovana de Souza Santos, Kaliny Monteiro Simões Patrícia da Cruz Araruna	Eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva: estudo bibliométrico	Investigar as produções científicas acerca dos eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva	Base de dados	Estudo bibliométrico, constituído por 20 artigos oriundos de bases de dados. Demonstra a predominância de trabalhos publicados sobre eventos adversos em UTI por profissionais da enfermagem, com destaque para erros de medicação e infecção nosocomial. O resultado do estudo destaca publicações que consideram que os eventos adversos são intensificados pela sobrecarga de trabalho.
22	Medline	Revista Brasileira de Enfermagem, 2017	Clarita Terra Rodrigues Serafim, Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua, Meire Cristina Novelli, Castro Wilza Carla Spiri, Hélio Rubens de Carvalho Nunes	Gravidade e carga de trabalho relacionadas a eventos adversos em UTI	Analisar se o aumento da gravidade do paciente e a carga de trabalho de enfermagem está relacionado à maior incidência de Eventos Adversos (EAs) em pacientes críticos	Hospital - Unidade de Terapia Intensiva	Demonstra que o aumento da gravidade do paciente apresentou relação direta com a chance de ocorrência de EAs. Entretanto, a carga de trabalho em enfermagem não apresentou relação estatisticamente significativa na ocorrência de EAs.

APÊNDICE A – Matriz dos artigos científicos identificados com o tema erro no trabalho em enfermagem

(continuação)

Nº	Base	Periódico e ano	Autores	Título	Objetivo	Local do estudo	Síntese
23	BDENF	Enfermagem em foco, 2017	Daniela Cavanholi Mangilli, Maria Terezinha da Assunção, Maria Teresa Brasil Zanini, Valdemira Santana Dagostin, Maria Tereza Soratto	Atuação ética do enfermeiro frente aos erros de medicação	Identificar a atuação ética do enfermeiro frente aos erros de medicação	Hospital de pequeno porte no extremo sul catarinense	O objeto de investigação é a atuação ética do enfermeiro frente a erros de medicação, que inclui a tomada de decisão em relação às intercorrências com o paciente; ações educativas com a equipe de enfermagem; registro do erro e aplicação de penalidades. Destaca a educação permanente como imprescindível para diminuir e evitar a ocorrência de erros.
24	Pubmed	Einstein, 2018	Isabel de Fátima Alvim Brag, Laila Zelkovicz Ertler, Rodrigo Moreira de Aquino, Bruno de Avilla da Fonseca e Silva, Renata Bastos Mello Pereira	Responsabilização penal do médico no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo	Realizar um levantamento de dados na esfera penal envolvendo médicos no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo e estabelecer o número de processos penais que os envolveu, verificando o teor das acusações e a frequência das condenações, levando-se em consideração as especialidades em que eles atuavam	Tribunal de Justiça - São Paulo	Evidencia que os profissionais mais expostos a erro médico foram os que trabalhavam com atendimento de demandas emergenciais, principalmente as especialidades cirúrgicas. A explicação da ocorrência desses erros seria a existência de sobrecarga dos serviços de urgência/emergência, causada pela estrutura insuficiente da rede de serviços de saúde, que não respeita as resoluções do Conselho Federal de Medicina, as quais determinam o contingente mínimo de médicos e suas especialidades para o funcionamento de uma emergência.
25	Lilacs	Revista Escola de Enfermagem da USP, 2018	Sabrina da Costa Machado Duarte, Marlucci Andrade Conceição Stipp, Maria Manuela Vila Nova Cardoso, Andreas Büscher	Segurança do paciente: compreendendo o erro humano na assistência de enfermagem em terapia intensiva	Analisar as falhas ativas e as condições latentes relacionadas aos erros na assistência de enfermagem em terapia intensiva e discutir as medidas reativas e proativas referidas pela equipe de enfermagem	Centro de Terapia Intensiva de um hospital geral	Considera falhas ativas os erros cometidos pelos profissionais, como a falta de checagem das prescrições, e como condições latentes as decisões gerenciais, como a falta de capacitação profissional. Cita a sobrecarga de trabalho e múltiplos vínculos de trabalho, mas não os considera como condições latentes para a produção do erro. Entre as medidas reativas, destaca a importância do reconhecimento do erro pelos profissionais para investimento em capacitação profissional e comunicação eficaz.

APÊNDICE A – Matriz dos artigos científicos identificados com o tema erro no trabalho em enfermagem

(continuação)

Nº	Base	Periódico e ano	Autores	Título	Objetivo	Local do estudo	Síntese
26	BDENF	Enfermagem em Foco Revista oficial do Conselho Federal de Enfermagem, 2018	Elena Bohomol, Cristiane Batista de Oliveira	Conhecimento da equipe de Enfermagem sobre erros de Medicação: estudo survey descritivo	Verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre erros de medicação	Hospital Geral de pequeno porte, município de São Paulo.	O objeto é o conhecimento da equipe de enfermagem sobre erro de medicação, sendo verificado que 79,5% dos profissionais abordados afirmam que na maioria das vezes têm certeza do que é um erro de medicação e 80,2% referiram não os notificar por temer represálias. Descreve que os profissionais conhecem o que é um erro de medicação e aponta que devem ser discutidas estratégias para melhorar as notificações dos eventos.
27	BDENF	Revista de Enfermagem UFPE on line, 2018	Ragive Ferreira de Souza, Audimar de Sousa Alves, Isabele Gouveia Muniz de Alencar	Eventos adversos na Unidade de Terapia Intensiva	Caracterizar os eventos adversos de uma Unidade de Terapia Intensiva	UTI	Caracteriza eventos adversos na UTI em relação ao turno de ocorrência, profissional que notificou, sexo do paciente, razão da admissão e idade do paciente, e quantidade de evento adverso por paciente. Identifica como eventos adversos recorrentes os erros de medicação e lesão por pressão.
28	Scielo	Revista Brasileira de Enfermagem, 2018	Handerson Silva-Santos, Tatiane Araújo-dos-Santos, Angélica Santos Alves, Maria Navegantes da Silva, Heloniza Oliveira Gonçalves Costa, Cristina Maria Meira de Melo	Condições de produção do erro no trabalho em enfermagem	Analisar os erros cometidos por trabalhadoras da enfermagem que foram alvo de processos ético-disciplinares	Bahia- Conselho Regional de Enfermagem	Analisa erros cometidos a partir da perspectiva do trabalho, demonstrando que a origem do erro é um fenômeno estrutural que envolve as condições de trabalho. Destaca-se o subdimensionamento de trabalhadoras e a intensidade do trabalho, relacionados a precarização do trabalho, como condições de produção de erros recorrentes.

APÊNDICE A – Matriz dos artigos científicos identificados com o tema erro no trabalho em enfermagem

(conclusão)

Nº	Base	Periódico e ano	Autores	Título	Objetivo	Local do estudo	Síntese
29	Portal de periódicos CAPES	Einstein (São Paulo), 2018	Josiane Ribeiro Mendes, Maria Carolina Barbosa Teixeira Lopes, Cássia Regina Vancini-Campanharo, Meiry Fernanda Pinto Okuno, Ruth Ester Assayag Batista	Tipos e frequência de erros na preparação e administração de medicamentos endovenosos	Identificar os tipos e a frequência de erros no preparo e na administração de medicamentos endovenosos em um serviço de emergência	Hospital universitário da cidade de São Paulo	Identifica os tipos de erros nas etapas de preparo de medicação, que são: não identificação correta da medicação, não conferência da identificação do paciente e diluição da medicação em volume menor do que o recomendado pelo fabricante. Na etapa da administração foi identificado velocidade de administração incorreta. Destaca que tanto na etapa de preparo quanto na etapa de administração os tipos de erros recorrentes foram não higienização das mãos e não uso da técnica asséptica.
30	BDENF	Revista Baiana de Enfermagem, 2018	Monique Mendes Marinho, Vera Radünz, Luciana Martins da Rosa, Francis Solange Vieira Tourinho, Patrícia Ilha, Marcielle Misiak	Resultados de intervenções educativas sobre segurança do paciente na notificação de erros e eventos adversos	Avaliar os resultados de intervenções educativas sobre segurança do paciente na notificação de erros e eventos adversos	Hospital universitário do Sul do Brasil	Evidencia o aumento do número de notificações no período em que estavam sendo realizadas as intervenções educativas nas unidades de internação. Falha na dispensação de medicamentos, flebite e a exteriorização não intencional de sondas, drenos e cateteres foram os erros mais notificados. Consideram relevante implementar educação continuada sobre segurança do paciente que envolva a todos os profissionais da instituição, para que se sintam responsáveis envolvidos e reconheçam a segurança como prioridade.
31	Scielo	Revista Brasileira de Enfermagem, 2019	Elaine Cristina Novatzki Forte, Denise Elvira Pires de Pires, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, Dulcinéia Ghizoni Schneider, Leticia de Lima Trindade	Erros de enfermagem na mídia: a segurança do paciente na vitrine	Analisar os erros de enfermagem noticiados pela mídia jornalística e interpretar as principais implicações dessa comunicação para a visibilidade dessa problemática	Notícias de jornais do Brasil e Portugal	Analisa erros cometidos por profissionais da enfermagem que foram noticiados na mídia em dois países. Das notícias analisadas, a faixa etária vítima dos erros foi o público infantil. O desfecho que mais induz a comunicação dos erros de enfermagem à sociedade é a morte. As principais causas atribuídas aos erros de enfermagem se referem às condições de trabalho. Os autores afirmam que a visibilidade não deve seguir para o lado negativo da interpretação, nem ao menos punitivo, tendo em vista que os profissionais, assim como os problemas com a segurança do paciente, devem ser compreendidos na sua complexidade.

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE B – Instrumento de coleta I: caracterização dos processos ético-disciplinares

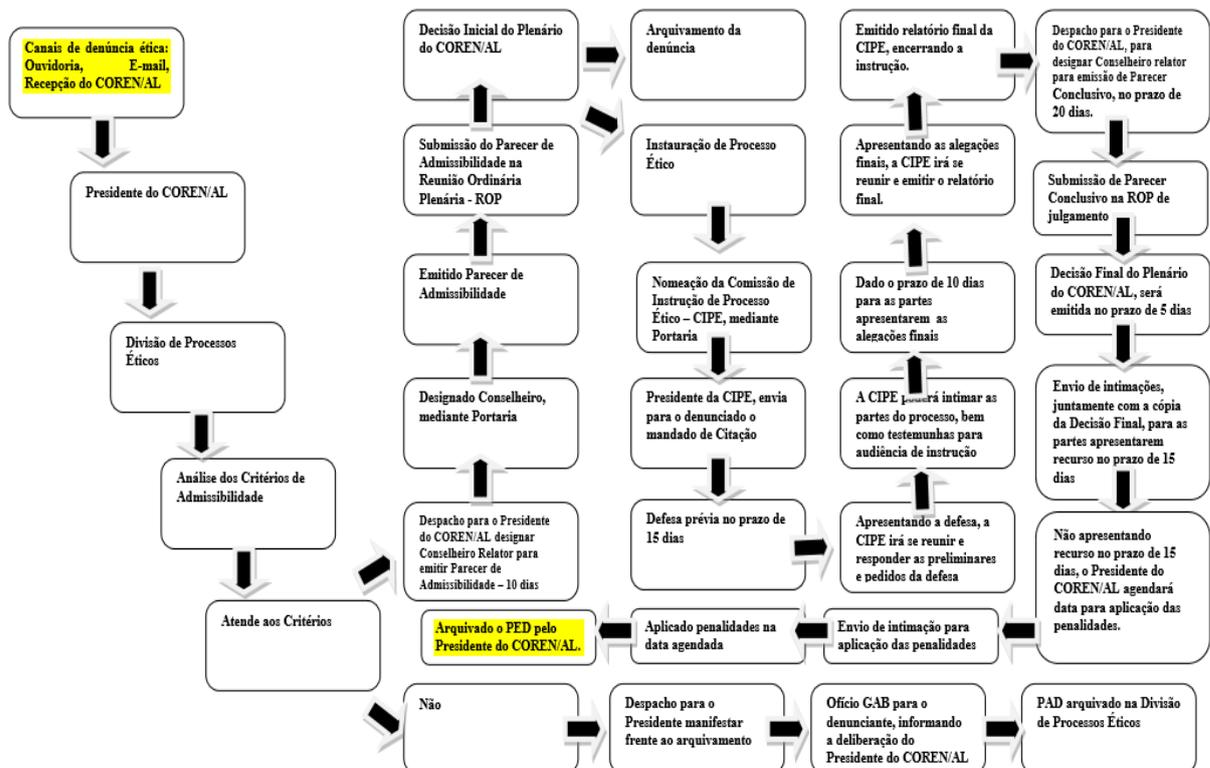
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
 FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DA BAHIA

PESQUISA ERRO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PROCESSOS ÉTICOS

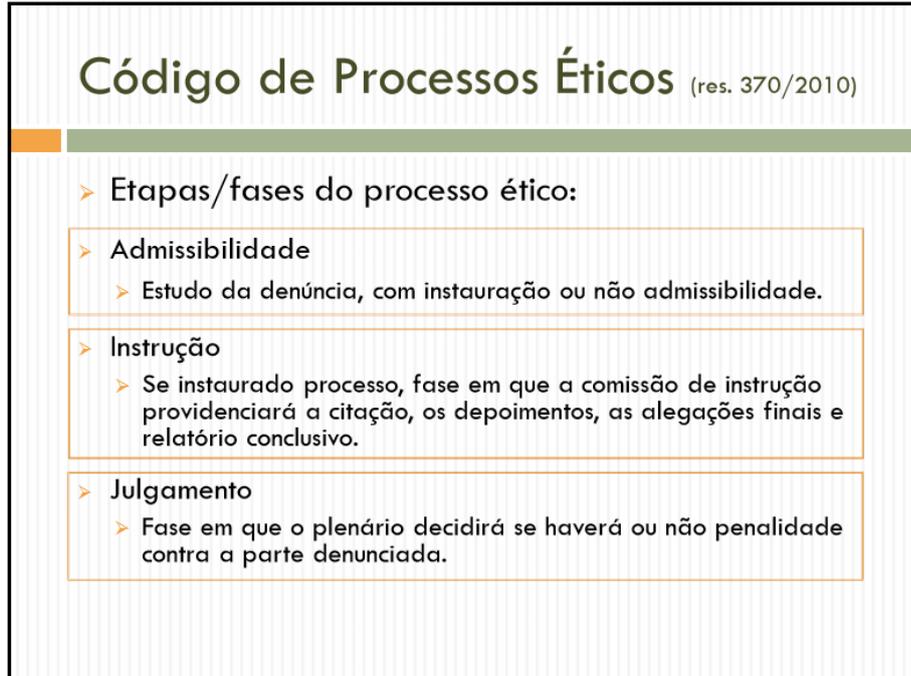
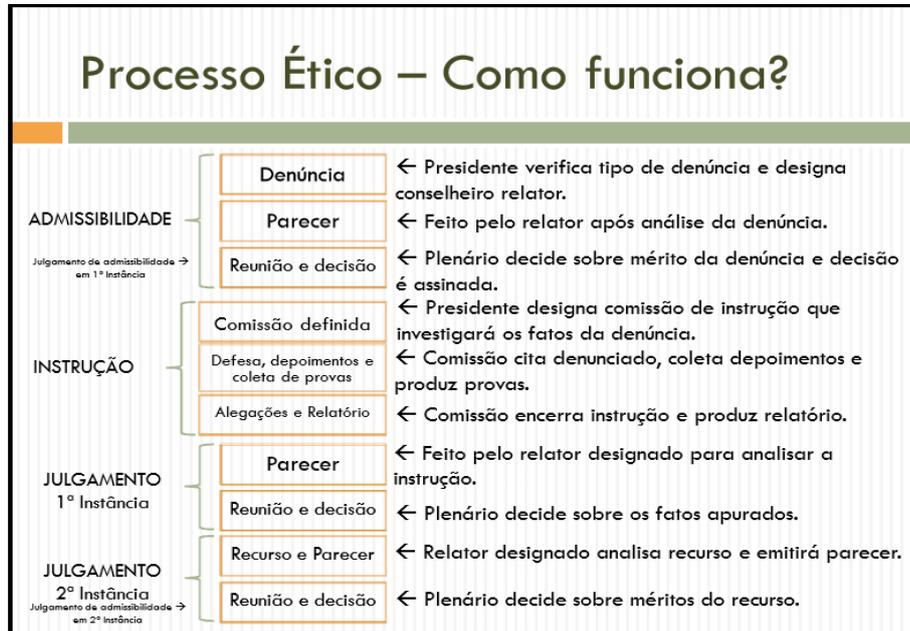
RITO PROCESSUAL

FLUXOGRAMA PARA PROCESSOS ÉTICOS



APÊNDICE B – Instrumento de coleta I: caracterização dos processos ético-disciplinares

(continuação)



APÊNDICE B – Instrumento de coleta I: caracterização dos processos ético-disciplinares

(conclusão)

Nome da(o) pesquisadora(or):

Data da coleta:

Coren: () Alagoas () Bahia () Ceará () Pernambuco () Paraíba () Rio Grande do Norte () Sergipe

Variável	Orientação de coleta
Número do processo:	Transcreva a informação do processo.
Data de autuação do processo:	Transcreva a informação do processo. Se a informação não for localizada, escreva NÃO ENCONTRADO.
Data de admissão da denúncia:	Transcreva a informação do processo. Se a informação não for localizada, escreva NÃO ENCONTRADO.
Data de julgamento do processo:	Transcreva a informação do processo. Se a informação não for localizada, escreva NÃO ENCONTRADO.
Data de arquivamento do processo:	Transcreva a informação do processo. Se a informação não for localizada, escreva NÃO ENCONTRADO.
Objeto da denúncia:	Transcreva do processo, colocando, no final, o título do documento e o número da folha de onde foram copiadas as informações. Se a informação não for localizada, escreva NÃO ENCONTRADO.
Data da ocorrência do evento:	Transcreva do processo, colocando, no final, o título do documento e o número da folha de onde foram copiadas as informações. Se a informação não for localizada, escreva NÃO ENCONTRADO.
Turno da ocorrência do evento: () Matutino () Vespertino () Noturno () Não identificado	Marcar apenas uma das opções.

Variável	Orientação de coleta
<p>Denunciante:</p> <p><input type="checkbox"/> Usuário</p> <p><input type="checkbox"/> Familiar/amigo/acompanhante do usuário</p> <p><input type="checkbox"/> Coordenadora(or) de enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> Coordenadora(or) médico</p> <p><input type="checkbox"/> Diretora(or) geral da organização</p> <p><input type="checkbox"/> Médica(o)</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermeira(o)</p> <p><input type="checkbox"/> Técnica/auxiliar de enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> Outro profissional de nível superior.</p> <p>Especificar:</p> <p><input type="checkbox"/> Outro profissional de nível médio</p> <p>Especificar:</p> <p><input type="checkbox"/> Ex officio. Especificar origem da denúncia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ministério Público</p> <p><input type="checkbox"/> Auditoria SUS</p> <p><input type="checkbox"/> Mídia</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. Especificar:</p> <p><input type="checkbox"/> Não identificado</p>	<p>Marcar apenas uma das opções.</p>
<p>Denunciada:</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermeira</p> <p><input type="checkbox"/> Técnica de enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermagem</p>	<p>Marque apenas uma opção. Se o processo contiver mais de uma trabalhadora denunciada, faça fichas de coleta distintas.</p>
<p>Sexo da denunciada:</p> <p><input type="checkbox"/> Feminino</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino</p> <p><input type="checkbox"/> Não identificado</p>	<p>Marcar apenas uma opção.</p>
<p>Idade da denunciada:</p>	<p>Transcreva do processo dia, mês e ano de nascimento.</p> <p>Se a informação não for localizada, escreva NÃO ENCONTRADO.</p>
<p>Tempo de trabalho na organização:</p>	<p>Transcreva do processo mês e ano de admissão ou o tempo de trabalho em anos.</p> <p>Se a informação não for localizada, escreva NÃO ENCONTRADO.</p>
<p>Experiências profissionais anteriores:</p>	<p>Transcreva do processo, colocando, no final, o título do documento e o número da folha de onde foram copiadas as informações.</p> <p>Se a informação não for localizada, escreva NÃO ENCONTRADO.</p>
<p>Tempo de formação:</p>	<p>Transcreva do processo instituição de formação, mês e ano de formatura ou o tempo de formatura em anos.</p> <p>Se a informação não for localizada, escreva NÃO ENCONTRADO.</p>
<p>Data de inscrição no Coren:</p> <p>Provisória:</p> <p>Definitiva:</p>	<p>Transcreva do processo. Se a informação não for localizada, escreva NÃO ENCONTRADO.</p>

Variável	Orientação de coleta
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Ensino médio <input type="checkbox"/> Graduação <input type="checkbox"/> Pós-graduação <input type="checkbox"/> Não identificado	Marcar apenas a opção que corresponder à maior escolaridade da denunciada.
Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Divorciada/desquitada <input type="checkbox"/> Outro. Especificar: <input type="checkbox"/> Não identificado.	Marcar apenas uma opção.
Filhos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não identificado	Marcar apenas uma opção.
Em débito com o Coren: <input type="checkbox"/> Sim. Transcreva os anos de débito das anuidades: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não identificado	Marcar apenas uma opção.
Outras informações relevantes sobre a denunciada e que não estejam contempladas nas variáveis acima:	Transcreva do processo, colocando, no final, o título do documento e o número da folha de onde foram copiadas as informações. Se não tiver informação adicionais, escreva NÃO ENCONTRADO.
Unidade de ocorrência do evento:	Transcreva do processo, colocando, no final, o título do documento e o número da folha de onde foram copiadas as informações. Informações a serem transcritas: Estado, cidade, organização (Ex.: hospital, clínica, SAMU etc.), setor da organização (Ex.: centro cirúrgico, sala de vacina, ambulância, enfermaria etc.). Se a informação não for localizada, escreva NÃO ENCONTRADO.
Infrações apontadas no parecer inicial da(o) relatora(or):	Transcreva do processo, colocando, no final, o título do documento e o número da folha de onde foram copiadas as informações. Se a informação não for localizada, escreva NÃO ENCONTRADO.
Infrações apontadas no Parecer da comissão de instrução:	Transcreva do processo, colocando, no final, o título do documento e o número da folha de onde foram copiadas as informações. Se a informação não for localizada, escreva NÃO ENCONTRADO.

Variável	Orientação de coleta
<p>Pedido de prorrogação de prazo do processo pela comissão de instrução:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. Qual o motivo?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Transcreva do processo, colocando, no final, o título do documento e o número da folha de onde foram copiadas as informações.</p> <p>Se a informação não for localizada, escreva NÃO ENCONTRADO.</p>
<p>Infrações e penalidades apontadas no Parecer final da(o) relatora(or):</p>	<p>Transcreva do processo, colocando, no final, o título do documento e o número da folha de onde foram copiadas as informações.</p> <p>Se a informação não for localizada, escreva NÃO ENCONTRADO.</p>
<p>Divergência da plenária com o parecer e voto da(o) relatora(or):</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. Qual divergência?</p> <p><input type="checkbox"/> Não.</p>	<p>Transcreva do processo, colocando, no final o título do documento e o número da folha de onde foram copiadas as informações.</p> <p>Se a informação não for localizada, escreva NÃO ENCONTRADO.</p>
<p>Pedido de vistas ao parecer do relator pela plenária:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. Qual argumento?</p> <p><input type="checkbox"/> Não:</p>	<p>Transcreva do processo, colocando, no final, o título do documento e o número da folha de onde foram copiadas as informações.</p> <p>Se a informação não for localizada, escreva NÃO ENCONTRADO.</p>
<p>Outras observações da(o) pesquisadora(or)</p>	

APÊNDICE C – Formulário de coleta II: análise dos processos cujo objeto da denúncia é o erro no trabalho

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
 FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 GRUPO DE PESQUISA GERIR

PESQUISA ERRO EM ENFERMAGEM

Nome da(o) pesquisadora(or): _____

Data da coleta: _____

Coren: () Alagoas () Bahia () Ceará () Pernambuco () Rio Grande do Norte () Sergipe

Orientação: transcreva todo o conteúdo do projeto e coloque a numeração das folhas no final.

Número do processo:

Objeto da denúncia:

Categoria da denunciada:

- () enfermeira
- () técnica de enfermagem
- () auxiliar de enfermagem

1. Falas da(o) denunciante

- 1.1 Relato da denúncia
- 1.2 Outiva – depoimento do denunciante
- 1.3 Outiva – depoimento da testemunha de acusação

2. Falas da(o) denunciada(o)

Denunciada constituiu advogado () sim () não

- 2.1 Defesa prévia
- 2.2 Outiva – depoimento da denunciada
- 2.3 Outiva – depoimento da testemunha de defesa
- 2.4 Alegações finais

3. Fala do Coren

- 3.1 Parecer de admissibilidade
- 3.2 Decisão inicial do plenário do Coren
- 3.3 Relatório de fiscalização
- 3.4 Parecer comissão de instrução
- 3.5 Parecer conclusivo
- 3.6 Decisão final da plenária

ANÁLISE PRÉVIA DAS(OS) PESQUISADORAS(ES)

<p>É possível identificar no processo ético elementos sobre o processo de trabalho em enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> sim</p> <p><input type="checkbox"/> não</p>	<p>Transcreva os trechos, colocando a numeração das folhas e de qual documento foi retirado</p>
<p>É possível identificar no processo ético elementos sobre divisão sexual do trabalho</p> <p><input type="checkbox"/> sim</p> <p><input type="checkbox"/> não</p>	<p>Transcreva os trechos, colocando a numeração das folhas e de qual documento foi retirado</p>
<p>É possível identificar no processo ético elementos sobre divisão técnica e social do trabalho</p> <p><input type="checkbox"/> sim</p> <p><input type="checkbox"/> não</p>	<p>Transcreva os trechos, colocando a numeração das folhas e de qual documento foi retirado</p>
<p>É possível identificar no processo ético elementos sobre formação profissional</p> <p><input type="checkbox"/> sim</p> <p><input type="checkbox"/> não</p>	<p>Transcreva os trechos, colocando a numeração das folhas e de qual documento foi retirado</p>
<p>É possível identificar no processo ético elementos sobre mercado de trabalho</p> <p><input type="checkbox"/> sim</p> <p><input type="checkbox"/> não</p>	<p>Transcreva os trechos, colocando a numeração das folhas e de qual documento foi retirado</p>
<p>É possível identificar no processo ético elementos sobre o papel/função das entidades de classe</p> <p><input type="checkbox"/> sim</p> <p><input type="checkbox"/> não</p>	<p>Transcreva os trechos, colocando a numeração das folhas e de qual documento foi retirado</p>
<p>É possível identificar no processo ético elementos sobre a dimensão ética do trabalho</p> <p><input type="checkbox"/> sim</p> <p><input type="checkbox"/> não</p>	<p>Transcreva os trechos, colocando a numeração das folhas e de qual documento foi retirado</p>

IMPRESSÕES DO(A) PESQUISADOR(A):

ANEXO A – Categorias e variáveis sobre precarização do trabalho em enfermagem em hospitais públicos estaduais

(continua)

Categorias da precarização	Definição	Variáveis (segundo instrumento de coleta)
Intensificação do trabalho	Todas as condições que tornam o trabalho intenso, ou seja, a extensão da carga horária, a carga de trabalho, o trabalho doméstico ou a natureza da atividade executada.	<p>Outro vínculo de trabalho. Quantidade de outros vínculos de trabalho. Jornada de trabalho semanal total nos outros vínculos de trabalho. Jornada de trabalho semanal. Jornada de trabalho diária. Cobertura do serviço fora da escala. Prestação de assistência a mais pacientes do que é capaz. Improviso para substituir recursos não disponíveis. Supervisão de mais trabalhadoras do que é capaz. Tarefas interrompidas antes da conclusão. Alimentação com tranquilidade durante a jornada de trabalho. Realização de dobras. Realização de horas extras. Gestos repetitivos na execução do trabalho. Ritmo de trabalho. Pressão de tempo no trabalho. Pausa para descansar durante a jornada de trabalho. Tempo de descanso no trabalho noturno. Trabalho exige mais do que pode fazer. Trabalho permite o desenvolvimento de atividades e alcance de metas de modo tranquilo. Execução de atividades que não são da atribuição.</p>
Intensificação do trabalho	Todas as condições que tornam o trabalho intenso, ou seja, a extensão da carga horária, a carga de trabalho, o trabalho doméstico ou a natureza da atividade executada.	<p>Assume múltiplas atribuições devido à escassez de pessoal. Uso do tempo de folga para demandas do trabalho. Jornada de trabalho doméstico.</p>
Alienação do processo de trabalho	Condições que demonstram que o trabalhador não possui controle ou participação sobre o seu processo de trabalho.	<p>Tempo para interação com o paciente. Conhecimento sobre o resultado da assistência prestada. Existência de conflito no trabalho. Prejuízo do conflito na execução das atividades. Recomendação da profissão a outros. Pensou em abandonar a profissão. Aceitaria o trabalho novamente. Executa atividades para as quais não foi qualificada. Assume múltiplas atribuições devido à escassez de pessoal. Liberdade para decidir como executar suas atividades. Executa tarefas com as quais não concorda. Sente-se socialmente reconhecida pelo trabalho.</p>

ANEXO A – Categorias e variáveis sobre precarização do trabalho em enfermagem em hospitais públicos estaduais

(continuação)

Categorias da precarização	Definição	Variáveis (segundo instrumento de coleta)
Descarte do direito do trabalho	Quando os direitos trabalhistas constantes nas leis que regulam o trabalho no Brasil (CLT ou outras normativas) não são cumpridas pelo empregador.	<p>Recompensa pela hora extra ou dobra.</p> <p>Satisfação com o salário.</p> <p>Benefícios recebidos pelo PCCV.</p> <p>Proteção contra demissão injusta.</p> <p>Sente-se informada sobre os riscos a que está exposta.</p> <p>Disponibilidade de EPI.</p> <p>Direitos trabalhistas respeitados.</p> <p>Faixa salarial.</p> <p>Salário suficiente para as necessidades.</p>
Gestão do processo de trabalho	De acordo com o modelo de gestão adotado pela organização o trabalhador pode ser submetido a situações que caracterizam a gestão pelo medo: assédio, violência, discriminação, submissão e insegurança profissional.	<p>Participação em tomada de decisão.</p> <p>Trabalho executado em conjunto com outros trabalhadores.</p> <p>Condições de trabalho adequadas ao perfil do paciente.</p> <p>Utiliza protocolos operacionais.</p> <p>Participa de reuniões para organização das atividades.</p> <p>Modificação da escala mensal de trabalho sem concordância do trabalhador.</p> <p>Participação na elaboração da escala mensal.</p> <p>Alimentação com tranquilidade durante a jornada de trabalho.</p> <p>Quebra de regras para atender necessidade do paciente.</p> <p>Retaliação quando quebra regras para atender necessidade do paciente.</p> <p>Tempo de descanso no trabalho noturno.</p> <p>Existência de ambiente exclusivo para descanso.</p> <p>Adequação do local de descanso.</p> <p>Existência de conflito.</p> <p>Prejuízo causado pelo conflito na execução das atividades.</p> <p>Discriminação no trabalho.</p> <p>Violência no trabalho.</p> <p>Proteção contra demissão injusta.</p> <p>Aceitaria o trabalho novamente.</p>
Gestão do processo de trabalho	De acordo com o modelo de gestão adotado pela organização o trabalhador pode ser submetido a situações que caracterizam a gestão pelo medo: assédio, violência, discriminação, submissão e insegurança profissional.	<p>Satisfação com o trabalho.</p> <p>Promoção de acordo com desempenho.</p> <p>Executa atividades que não são da sua atribuição.</p> <p>Executa atividades para as quais não foi qualificada.</p> <p>Assume múltiplas atribuições devido à escassez de pessoal.</p> <p>Sente-se pressionada pelo chefe no cumprimento da tarefa.</p> <p>Liberdade para decidir como executar suas atividades.</p> <p>Constrangimento no trabalho.</p> <p>Executa atividades com as quais não concorda.</p> <p>Chefe imediato preocupa-se com o bem-estar dos subordinados.</p> <p>Participação em atividades de educação permanente.</p> <p>Segurança para planejar o futuro profissional.</p>

ANEXO A – Categorias e variáveis sobre precarização do trabalho em enfermagem em hospitais públicos estaduais

(continuação)

Categorias da precarização	Definição	Variáveis (segundo instrumento de coleta)
Condições de trabalho	Condições materiais e não materiais que asseguram que o trabalhador executará o seu trabalho sem colocar em risco a ele próprio ou ao usuário.	<p>Condições de trabalho adequadas ao perfil do paciente.</p> <p>Existência de equipamentos adequados.</p> <p>Existência de materiais de consumo.</p> <p>Disponibilidade de materiais de consumo adequados.</p> <p>Improvisação para substituir recursos não disponíveis.</p> <p>Supervisão de mais trabalhadoras do que é capaz.</p> <p>Tarefas interrompidas antes da conclusão.</p> <p>Alimentação com tranquilidade durante a jornada de trabalho.</p> <p>Dobras no serviço.</p> <p>Sensação predominante no ambiente de trabalho.</p> <p>Tempo de descanso no trabalho noturno.</p> <p>Existência de ambiente exclusivo para descanso.</p> <p>Adequação do local de descanso.</p> <p>Discriminação no trabalho.</p> <p>Violência no trabalho.</p> <p>Acidente de trabalho.</p> <p>Sente-se informada sobre os riscos a que está exposta.</p> <p>Disponibilidade de EPI.</p> <p>Equipamentos e mobiliários ergonômicos.</p> <p>Assume múltiplas atribuições devido à escassez de pessoal</p>
Condições de trabalho	Condições materiais e não materiais que asseguram que o trabalhador executará o seu trabalho sem colocar em risco a ele próprio ou ao usuário.	<p>Constrangimento no trabalho.</p> <p>Participação em atividades de educação permanente.</p>
Saúde do trabalhador	Condições que colocam em risco a saúde do trabalhador na execução de suas atividades.	<p>Assiste mais pacientes do que é capaz.</p> <p>Condições de trabalho adequadas ao perfil do paciente.</p> <p>Disponibilidade de equipamentos adequados.</p> <p>Disponibilidade de material de consumo.</p> <p>Disponibilidade de materiais de consumo adequados.</p> <p>Improvisação para substituir os recursos não disponíveis.</p> <p>Dobras no serviço.</p> <p>Hora extra.</p> <p>Gestos repetitivos no trabalho.</p> <p>Ritmo de trabalho.</p> <p>Pressão de tempo no trabalho.</p> <p>Pausa para descanso durante a jornada de trabalho.</p> <p>Sensação predominante no ambiente de trabalho.</p> <p>Existência de ambiente exclusivo para descanso.</p> <p>Adequação do lugar de descanso.</p> <p>Discriminação no trabalho.</p> <p>Violência no trabalho.</p>

ANEXO A – Categorias e variáveis sobre precarização do trabalho em enfermagem em hospitais públicos estaduais

(conclusão)

Categorias da precarização	Categorias da precarização	Categorias da precarização
Saúde do trabalhador	Condições que colocam em risco a saúde do trabalhador na execução de suas atividades.	Acidente de trabalho. Afastamento do trabalho por razão de saúde. Sente-se informada sobre os riscos a que está exposta. Disponibilidade de EPI.
Saúde do trabalhador	Condições que colocam em risco à saúde do trabalhador na execução de suas atividades.	Equipamentos e mobiliário ergonômicos. Assume múltiplas funções devido à escassez de pessoal. Pouca liberdade para decidir suas tarefas. Constrangimento no trabalho. Executa atividades com as quais não concorda.
Filiação a entidade de trabalhador	Relacionado à capacidade de participação política do trabalhador.	Filiação a entidade de trabalhador.

Fonte: SANTOS (2018, p. 188-194).

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

(continua)

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ERROS PROFISSIONAIS EM ENFERMAGEM E A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO

Pesquisador: Heloniza Oliveira Gonçalves Costa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 28048914.7.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 632.501

Data da Relatoria: 07/05/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, coordenado pela Profª Drª Heloniza Oliveira Gonçalves Costa, que tem por objetivo analisar os erros profissionais das categorias de enfermagem e sua relação com a precarização do trabalho em enfermagem. O campo do estudo será a rede de serviços de saúde do SUS estadual onde ocorreu o erro profissional entre 2000 a 2013. Serão sujeitos do estudo os gestores das unidades; as trabalhadoras de enfermagem que responderam a processos éticos sobre a ocorrência de erros

profissionais e que atuavam ou atuam em serviços de saúde da rede SUS estadual na Bahia e que aceitem participar voluntariamente do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: analisar a ocorrência dos erros profissionais e sua relação com a precarização do trabalho em enfermagem

Objetivo Secundário:

-Caracterizar e analisar a ocorrência dos erros profissionais no trabalho em enfermagem.

- Caracterizar a precarização do trabalho em enfermagem.

- Identificar quais as variáveis da precarização do trabalho em enfermagem.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepec.ufba@ufba.br

ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

(continuação)

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 832.501

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram definidos como riscos: "Aqueles relacionados à realização das entrevistas e à exposição dos sujeitos. Com vistas a minimizar este risco, será assegurado ao participante o total sigilo, a garantia da desistência em qualquer fase da pesquisa. As entrevistas serão agendadas de acordo com a disponibilidade do participante, em local por ele escolhido, em horário previamente agendado. Para que as garantias éticas sejam devidamente cumpridas, será assinado o TCLE.

E como benefícios: "Mediante a Portaria n. 529/GM de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, estudar a ocorrência de erros e sua relação com a precarização do trabalho justifica-se pela produção do conhecimento que poderá subsidiar as organizações de saúde do SUS estadual, acerca da necessidade do desenvolvimento de uma abordagem para a prevenção, detecção e notificação do erro ao diminuir ou eliminar as práticas de precarização do trabalho, conseqüentemente melhorando a qualidade da assistência prestada no SUS".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é bastante relevante, factível e respeita os preceitos éticos emanados na resolução 466/2012

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: TCLE, declaração de Concordância com o Desenvolvimento do Projeto de Pesquisa, carta de anuência da Instituição, Termo de compromisso dos pesquisadores, Termo de autorização da instituição proponente e Termo de confidencialidade

Recomendações:

não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado homologa o parecer de APROVAÇÃO do relator.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

(conclusão)

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 822.901

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram definidos como riscos: "Aqueles relacionados à realização das entrevistas e à exposição dos sujeitos. Com vistas a minimizar este risco, será assegurado ao participante o total sigilo, a garantia da desistência em qualquer fase da pesquisa. As entrevistas serão agendadas de acordo com a disponibilidade do participante, em local por ele escolhido, em horário previamente agendado. Para que as garantias éticas sejam devidamente cumpridas, será assinado o TCLE.

E como benefícios: "Mediante a Portaria n. 529/GM de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, estudar a ocorrência de erros e sua relação com a precarização do trabalho justifica-se pela produção do conhecimento que poderá subsidiar as organizações de saúde do SUS estadual, acerca da necessidade do desenvolvimento de uma abordagem para a prevenção, detecção e notificação do erro ao diminuir ou eliminar as práticas de precarização do trabalho, conseqüentemente melhorando a qualidade da assistência prestada no SUS".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é bastante relevante, factível e respeita os preceitos éticos emanados na resolução 486/2012

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: TCLE, declaração de Concordância com o Desenvolvimento do Projeto de Pesquisa, carta de anuência da Instituição, Termo de compromisso dos pesquisadores, Termo de autorização da instituição proponente e Termo de confidencialidade

Recomendações:

não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado homologa o parecer de APROVAÇÃO do relator.

Endereço: Rua Augusto Vianna S/N 3º Andar
 Bairro: Canela CEP: 41.110-060
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br