



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DANIELY OLIVEIRA NUNES GAMA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE ERRO E CONDIÇÕES DE TRABALHO EM
ENFERMAGEM**

SALVADOR

2023

DANIELY OLIVEIRA NUNES GAMA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE ERRO E CONDIÇÕES DE TRABALHO EM
ENFERMAGEM**

Tese 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 doutora 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.

Orientador(a): Profa. Dra. Tatiane Araújo dos Santos

Coorientador(a): Profa. Dra. Cristina Maria Meira de Melo

SALVADOR

2023

G184 Gama, Daniely Oliveira Nunes

Associação entre erro e condições de trabalho em enfermagem/
Daniely Oliveira Nunes Gama. – Salvador, 2023.

120 f.: il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Tatiane Araújo dos Santos; Coorientadora:
Prof^a. Dr^a. Cristina Maria Meira de Melo.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2023.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Erros de medicação. 2. Condições de trabalho. 3. Cuidados de
enfermagem. 4. Enfermagem. 5. Segurança do paciente. I. Santos, Tatiane
Araújo dos. II. Melo, Cristina Maria Meira de. III. Universidade Federal
da Bahia. IV. Título.

CDU 616-083

DANIELY OLIVEIRA NUNES GAMA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE ERRO E CONDIÇÕES DE TRABALHO EM
ENFERMAGEM**

Tese 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 doutora 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 26 de abril de 2023

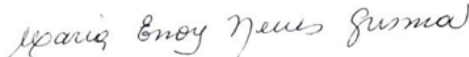
BANCA EXAMINADORA

Tatiane Araújo dos Santos 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Elaine Cristina Novatzki Forte 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal de Santa Catarina

Jonas Sâmí Albuquerque de Oliveira 
Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Cláudia Geovana da Silva Pires 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Maria Enoy Neves Gusmão 
Doutora em Saúde Coletiva e Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Às trabalhadoras do campo da Enfermagem, que lutam todos os dias para promover cuidado à sociedade.

AGRADECIMENTOS

À Deus por sua proteção e por me conceber sabedoria, coragem e força para que eu pudesse realizar a conquista desse grande sonho.

Aos meus pais, Elizabette e Dionesio, por todo amor, carinhos, dedicação, esforços, incentivos, ajudas e lutas para que eu trilhasse os caminhos do conhecimento.

À minha filha, Isabela Nancy, por sua existência nessa caminhada da vida, por ser meu combustível para o enfrentamento de todos os desafios, por todo amor.

À minha irmã Diane, pelo incentivo, apoio, carinho e diálogos em momentos difíceis, desafiadores e, também, alegres.

À professora Dra. Tatiane Araújo, pela sua acolhida, desde o primeiro dia que iniciei a batalha para essa conquista, sempre foi meu porto seguro. É a pessoa por quem tenho admiração pela força, sabedoria e empatia com o outro. Suas contribuições vão além do delinear de uma tese, contribuíram para fortalecer a minha formação profissional e pessoal.

À professora Dra. Cristina Melo, por me permitir ter sonhado, oportunizado e contribuído de forma ímpar para a realização desse sonho, acreditando na minha capacidade de aprendizado. Sua sabedoria, experiência, dedicação e compromisso com a vida e com o outro é um exemplo que me instiga a buscar ser uma pessoa melhor.

À professora Dra. Enoy Gusmão, por todo incentivo dado à minha formação e contribuições na construção desta tese.

Às professoras e aos professores Dra. Elaine Forte, Dra. Cláudia Pires, Dra. Enoy Gusmão, Dra. Ednir Assis, Dr. Jonas Sami e Dr. Handerson Santos, pela disponibilidade em colaborar com a minha formação acadêmica através das contribuições no exame de qualificação e na defesa desta tese.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, no qual tenho orgulho de fazer parte do corpo discente.

A todos/as docentes e discentes do Núcleo de Pesquisa em Políticas, Gestão, Trabalho e Recursos Humanos em Enfermagem e Saúde Coletiva (GERIR), da Universidade Federal da Bahia, pelas honrosas contribuições no meu processo de formação.

Aos Conselhos Regionais de Enfermagem participantes da pesquisa, por terem autorizado a realização do estudo.

Ao Centro Universitário do Rio São Francisco – UNIRIOS, na pessoa do Reitor, Jacson Gomes de Oliveira, pelo apoio financeiro, por todo o incentivo, por acreditar que a educação é necessária para o ser humano e para a sociedade.

À querida amiga e companheira de curso, Dhuliane Damascena, pelo acolhimento, troca de experiências, conhecimentos e afetos.

Às minhas amigas da vida, Lúcia Helena, Maria Sideny, Socorro, Maria Luísa e Kátia Cilene pelo carinho e vibrações positivas.

À querida amiga, Brenda Carolina, por toda ajuda, por não medir esforços em estar ao meu lado nos momentos que necessitei, por todo carinho e apoio.

A todas as pessoas que torceram por esta conquista tão importante em minha vida.

AGRADECIMENTOS AO ÓRGÃO DE FOMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

À Fundação de Amparo à Pesquisa da Bahia (FAPESB), pelo financiamento que permitiu a execução desta pesquisa.

RESUMO

GAMA, Daniely Oliveira Nunes. **Associação entre erro e condições de trabalho em enfermagem**. 2023. 120f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2023.

Esta pesquisa tem como objetivo verificar a associação entre a ocorrência de erro e condições de trabalho em enfermagem. Trata-se de estudo epidemiológico exploratório, analítico, do tipo corte transversal. A amostra da pesquisa matriz é composta por Processos Éticos Disciplinares tramitados e julgados nos Conselhos Regionais de Enfermagem da Região Nordeste participantes da pesquisa. Foram incluídos no estudo todos os processos ético-disciplinares tramitados, julgados e arquivados no período de 2000 a 2018, que tem como objeto de denúncia o erro cometido por trabalhadoras/es em enfermagem. Para a realização das análises estatísticas, foi utilizado o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher para verificar a relação entre variáveis de condições de trabalho e erro, e análise multivariada com modelo de regressão logística múltipla para estimar a medida de associação *odds ratio*, com intervalo de confiança de 95% ($p < 0,20$) para todas as análises estatísticas. Os resultados do estudo evidenciam que as condições de trabalho podem interferir na ocorrência de erro, não importando o tipo de serviço em que este ocorre. Verifica-se que aumenta a chance de ocorrer erro “sem consequência” para o paciente em condições de trabalho ruim/muito ruim. Os erros mais graves, “com consequência irreversível” para o paciente, só ocorrem a partir de condições de trabalho mais adversas. Verifica-se que há proteção de 52% (OR= 0,48% [0,16; 11,80]; (1-0,48)) na ocorrência de erro ao se comparar a ocorrência deste em péssimas condições de trabalho com baixas condições de trabalho. Conclui-se que existem evidências de associação entre ocorrência de erro e condições precárias de trabalho. Erros mais graves, com consequência irreversível para o paciente, ocorrem a partir de condições de trabalho tipificadas como ruim/muito ruim/péssima.

Palavras-chave: Erros de medicação. Condições de trabalho. Cuidados de enfermagem. Enfermagem. Segurança do paciente.

ABSTRACT

GAMA, Daniely Oliveira Nunes. **Association between error and working conditions in nursing**. 2023. 120f. Thesis (Doctorate in Nursing and Health) – School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, Bahia, 2023.

This research aims to verify the association between the occurrence of errors and working conditions in nursing. This is an exploratory, analytical, cross-sectional epidemiological study. The sample of the matrix research is composed of Ethical Disciplinary Processes processed and judged in the Regional Nursing Councils of the Northeast Region that participated in the research. All ethical-disciplinary processes processed, judged and filed in the period from 2000 to 2018, which have as object of denunciation the error committed by workers in nursing were included in the study. To carry out the statistical analyses, the chi-square test or Fisher's exact test were used to verify the relationship between variables of working conditions and error, and multivariate analysis with a multiple logistic regression model to estimate the measure of association *odds ratio*, with a confidence interval of 95% ($p < 0,20$) for all statistical analyzes. The results of the study show that working conditions can interfere with the occurrence of errors, regardless of the type of service in which the error occurs. It is verified that the chance of an error occurring “without consequence” for the patient in bad/very bad working conditions increases. The most serious errors, “with irreversible consequences” for the patient, only occur from the most adverse working conditions. Check that there is protection from 52% (OR= 0,48% [0,16; 11,80]; (1-0,48)) in the occurrence of error when comparing the occurrence of this in poor working conditions with poor working conditions. It is concluded that there is evidence of an association between the occurrence of errors and precarious working conditions. More serious errors, with irreversible consequences for the patient, occur from working conditions typified as bad/very bad/terrible.

Keywords: Medication errors. Work conditions. Nursing care. Nursing. Patient safety.

RESUMEN

GAMA, Daniely Oliveira Nunes. **Asociación entre error y condiciones de trabajo en enfermería**. 2023. 120f. Tesis (Doctorado en Enfermería y Salud) – Escuela de Enfermería. Universidad Federal de Bahía, Salvador, Bahia, 2023.

Esta investigación tiene como objetivo verificar la asociación entre la ocurrencia de errores y las condiciones de trabajo en enfermería. Se trata de un estudio epidemiológico exploratorio, analítico, transversal. La muestra matriz de la investigación está compuesta por Procesos Éticos Disciplinarios procesados y juzgados en los Consejos Regionales de Enfermería de la Región Nordeste participantes de la investigación. Se incluyeron en el estudio todos los procesos ético-disciplinarios procesados, juzgados y archivados en el período de 2000 a 2018, que tienen como objeto de denuncia el error cometido por los trabajadores de enfermería. Para realizar los análisis estadísticos se utilizó la prueba de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher para verificar la relación entre las variables de condiciones de trabajo y el error, y análisis multivariado con un modelo de regresión logística múltiple para estimar la medida de asociación *odds ratio*, con un Intervalo de confianza del 95 % ($p < 0,20$) para todos los análisis estadísticos. Los resultados del estudio muestran que las condiciones de trabajo pueden interferir en la ocurrencia de errores, independientemente del tipo de servicio en el que se produzca el error. Se comprueba que la posibilidad de un error “sin consecuencias” para el paciente aumenta en malas/muy malas condiciones de trabajo. Los errores más graves, “con consecuencias irreversibles” para el paciente, sólo se producen en las condiciones de trabajo más adversas. Se verifica que existe una protección del 52% (OR= 0,48% [0,16; 11,80]; (1-0,48)) en la ocurrencia de error al comparar la ocurrencia de este en pésimas condiciones de trabajo con bajas condiciones de trabajo. Se concluye que existe evidencia de una asociación entre la ocurrencia de errores y las condiciones precarias de trabajo. Los errores más graves, con consecuencias irreversibles para el paciente, se producen por las condiciones de trabajo tipificadas como malas/muy malas/pésimas.

Palabras clave: Errores de medicación. Condiciones de trabajo. Cuidado de enfermera. Enfermería. Seguridad del paciente.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Generic Error-Modelling System – GEMS	24
Figura 2 - O queijo suíço - analogia à trajetória do acidente.....	28
Quadro 1 - Total de processos e quantidade de processos de erro por estado da Região Nordeste	38
Quadro 2 - Tipologia do erro	42
Quadro 3 - Matriz de variáveis de condições de trabalho de trabalhadoras e trabalhadores do campo de trabalho em enfermagem.....	43
Quadro 4 - Tipologia das condições de trabalho.....	44

ARTIGO 1

Figura 1 – Identificação, seleção e o processo de inclusão e exclusão dos artigos.....	53
---	----

ARTIGO 2

Quadro 1 – Códigos de ética de diferentes países que fazem parte do corpus documental da pesquisa segundo país, ano e órgão regulamentador.....	71
--	----

ARTIGO 3

Quadro 1 – Distribuição percentual de processos tramitados e julgados e processos de erro, segundo estados da Região Nordeste, de 2000 a 2018. Salvador, BA, Brasil, 2023. (n=19)...	83
---	----

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 – Evidências baseadas em estudo descritivo ou qualitativo.....	54
Tabela 2 – Tipo de abordagem e elementos do contexto da ocorrência do erro.....	57

ARTIGO 3

Tabela 1 – Caracterização dos processos ético-disciplinares que envolvem erro em enfermagem, tramitados, julgados e arquivados nos Corens da Região Nordeste, de 2000 a 2018. Salvador, BA, Brasil, 2023. (n=19).....	86
Tabela 2 – Associação entre condições de trabalho e tipo de erro cometido por trabalhadoras/es em enfermagem. Salvador, BA, Brasil, 2023. (n=19).....	88
Tabela 3 – Associação entre condições de trabalho e tipo de erro cometido por trabalhadoras/es em enfermagem. Salvador, BA, Brasil, 2023. (n=19).....	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEPE	Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
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
OMS	Organização Mundial da Saúde
PED	Processo Ético-Disciplinar
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
SRK	<i>Skill-Rule-Knowledge</i>
STJ	Superior Tribunal de Justiça

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL.....	24
2.1 ERRO HUMANO	24
2.2 CONDIÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE.....	33
3 MÉTODO	39
3.1 DESENHO DO ESTUDO	39
3.2 LOCAL DO ESTUDO	39
3.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	39
3.4 COLETA DE DADOS	40
3.4.1 Processo Ético Disciplinar (PED).....	41
3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO	43
3.5.1 Tipologia do erro	43
3.5.2 Tipologia de condições de trabalho.....	44
3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	46
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	46
3.8 LIMITES DO ESTUDO.....	47
4 RESULTADOS	48
4.1 ARTIGO 1 - CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE ERRO NO TRABALHO EM SAÚDE.....	49
4.2 ARTIGO 2 - ANÁLISE DE CÓDIGOS DE ÉTICA EM ENFERMAGEM EM DIFERENTES PAÍSES	68
4.3 ARTIGO 3 - ASSOCIAÇÃO ENTRE ERRO E CONDIÇÕES DE TRABALHO EM ENFERMAGEM	80
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
REFERÊNCIAS	100
APÊNDICE A – Instrumento de coleta	114

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	117
--	------------

1 INTRODUÇÃO

O erro é considerado um ato não intencional, quando a ação planejada não alcança o resultado desejado (REASON, 2009). O erro humano impacta na confiabilidade das organizações, e com isso tem despertado o interesse de estudiosos de diversas áreas de conhecimento, como no campo da segurança, da aviação, transporte marítimo e produção de energia nuclear, bem como por pesquisadores da psicologia e economia, com foco na segurança do trabalhador e na obtenção de melhores resultados (ZHOU *et al.*, 2017; SILVA-SANTOS, 2018).

Na área da saúde, o erro se tornou destaque nas discussões ocorridas em vários países após a publicação do relatório “To Err is Human”, em 1999, pelo Institute of Medicine, dos Estados Unidos da América (EUA). Este relatório revela que 44.000 a 98.000 americanos morriam a cada ano em decorrência de erros médicos evitáveis e mais da metade dos erros que resultaram em danos e mortes aos pacientes poderiam ter sido evitados (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Antes mesmo da publicação do relatório, pesquisadores já assumiam o erro como objeto de estudo. No levantamento realizado em 30.195 prontuários hospitalares nos EUA, utilizando o método de revisão retrospectiva, constatou-se que 3,7% da amostra revelava algum tipo de evento adverso¹, permitindo analisar a relação de eventos adversos e erro cometido por trabalhadoras/es da saúde (LEAPE *et al.*, 1991).

Na China, um estudo de monitoramento de incidentes evidenciou que as ocorrências relacionadas ao erro de medicação durante a anestesia representaram mais de 65% de todos os erros (ZHANG *et al.*, 2013). Outros estudos evidenciaram que erros cometidos por equipes de saúde são a terceira maior causa de morte entre os americanos do norte, levando este a ser reconhecido como desafio global para a saúde pública (OMS, 2017; VALLE; CRUZ; SANTOS, 2017).

Em países de baixa e média renda, as evidências disponíveis sugerem que anualmente 134 milhões de erros ocorram em hospitais, contribuindo para a ocorrência de 2,6 milhões de mortes (OPAS, 2019). No Brasil, cerca de 148 pessoas morrem por dia devido a erro em hospitais públicos e privados, de acordo com o 2º Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil (COUTO *et al.*, 2018).

¹ Nesta tese, a autora não adotará o termo evento adverso, embora este seja amplamente utilizado na literatura. Autora e orientadoras compreendem que o conceito de evento adverso (incidente que resultou em dano à saúde, conforme definição da Anvisa) causa o apagamento linguístico do termo erro em saúde, revelando que este permanece como um tabu nas organizações, nas pesquisas e nos documentos oficiais.

Em estudo, realizado por Faustino e colaboradores (2018), foi possível identificar que, no Brasil, no período de 2014 a 2017, foram notificados ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária 75.088 ocorrências de erros e 649 óbitos relacionados a erros resultantes da assistência à saúde nos serviços de saúde. No entanto, os autores reconhecem que há subnotificação significativa da ocorrência de erros nos serviços e a necessidade de implementação de medidas preventivas para mitigá-los.

A quantidade de erros que ocorrem nos sistemas de saúde de todo o mundo tem gerado consequências econômicas e sociais, tais como elevação dos custos, repercussão na imagem e confiabilidade organizacional, sequelas e mortes de pacientes. O impacto social é de tal grandeza que proporcionou o desencadeamento de adoção de medidas de controle e prevenção pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em diversos países como EUA, Reino Unido e Brasil (FORTE *et al.*, 2017; SILVA-SANTOS *et al.*, 2018).

No Brasil, em 2013 foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pela Portaria Nº 529 do Ministério da Saúde, visando contribuir com a redução da incidência de erros e qualificação do cuidado nos serviços de saúde (BRASIL, 2013). No entanto, apesar das intervenções e incentivos das organizações de saúde quanto à eficiência operacional, segurança de pacientes e de trabalhadoras/es, verifica-se que é preocupante a incidência e a gravidade de erros cometidos. Dados apresentados pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) revelaram que os casos de processos por erro médico aumentaram 1.600%, no período de 2000 a 2014 (FERRAZ, 2015). No campo de trabalho em enfermagem, o crescimento de denúncias de erros junto ao Conselho Regional de Enfermagem (Coren) de São Paulo, entre 2011 e 2012, foi de 220% (LENHARO, 2013).

No trabalho em enfermagem o erro, geralmente, é decorrente de um trabalho executado em um sistema complexo e precarizado, o sistema de saúde (SILVA-SANTOS, 2018). Assim, para compreender o erro em enfermagem é necessário considerar as características de variabilidade e simultaneidade entre produção e consumo desse trabalho (PIRES, 2000), somando-as às condições de trabalho as quais trabalhadoras/es são submetidas, às peculiaridades das diferentes profissões e às formas de organização do processo de trabalho em enfermagem.

Condições de trabalho são “um conjunto de variáveis que influenciam a atividade, o trabalho e a vida do trabalhador”, e estão relacionadas a “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” (COSTA-DA-SILVA, 2016, p. 19). As condições de trabalho são determinadas por

fatores econômicos, sociais, culturais, organizacionais, afetivo-emocionais, psicológicos, ambientais, entre outros (BATISTA, 2008).

Nesse contexto, compreende-se que as condições de trabalho estão relacionadas a fatores inseridos direta ou indiretamente na realização de uma tarefa (trabalho prescrito/planejado) ou atividade (ação realizada), que podem refletir no trabalho, sendo tidas como condições produtoras de erro e, quando consideradas precárias, podem ampliar o potencial do dano (CARNEIRO, 2012; SILVA-SANTOS *et al.*, 2018). No campo de trabalho em enfermagem, essas condições são consideradas fatores condicionantes para a qualidade da assistência prestada pelas trabalhadoras/es, independentemente do local de trabalho em que a atividade é executada (FORTE; PIRES, 2020; PIMENTA *et al.*, 2018).

As condições de trabalho no campo da enfermagem e sua relação com a ocorrência do erro nos serviços de saúde guarda relação com a forma peculiar de organização desse trabalho. No Brasil, o processo de trabalho em enfermagem é executado por distintas trabalhadoras/es (enfermeiras/os, técnicas/os e auxiliares de enfermagem), que possuem diferentes formações e processos de trabalho díspares, o que proporciona uma organização centrada na divisão técnica do trabalho, ocasionando fragmentação e hierarquização do processo de trabalho em enfermagem (MELO; SANTOS; LEAL, 2015).

A divisão técnica do trabalho no campo da enfermagem determina relações de poder, em decorrência não só da organização do processo de trabalho, como pelas diferentes atividades desenvolvidas, referenciada a cada profissional, mas também pelas consequências ocasionadas pela fragmentação do trabalho, como a diferença salarial, com o trabalho assumindo significados diferentes e valores distintos para cada categoria profissional (MELO; SANTOS; LEAL, 2015), potencializando a precarização do trabalho no campo da enfermagem, o que pode contribuir para a ocorrência de erros na execução da assistência (ARAÚJO-DOS-SANTOS *et al.*, 2018).

Desta maneira, compreende-se que a divisão técnica do trabalho contribui na acentuação de conflitos entre trabalhadoras(es) em enfermagem, tornando-as(os) mais expostas(os) à ocorrência de erro e propicia a manutenção da abordagem individual diante do erro no campo de trabalho em enfermagem. Entretanto, também é válido destacar que, a fragmentação do trabalho proporcionada pela divisão técnica leva a um menor controle sobre o processo de trabalho, comprometendo a reflexão sobre suas ações, ou seja, quanto mais o trabalho se aproxima da divisão técnica, maior é o impacto sobre o raciocínio na realização da tarefa/atividade.

Ao se analisar o erro sob a perspectiva da regulação do trabalho em enfermagem no Brasil, verifica-se que esta contém elementos, como a regulação de procedimentos técnicos-assistenciais para cada categoria de trabalhadora(or), que contribuem para a legitimação da fragmentação do processo de trabalho em enfermagem. Além disso, a regulação do trabalho em enfermagem ocasiona a manutenção da abordagem individual do erro nas organizações de saúde, haja vista que o tipo de abordagem, que pode ser individual ou sistêmica, é considerado um problema comum em relação ao erro. No entanto, para compreender a abordagem do erro mediante a perspectiva da regulação do trabalho em enfermagem no país faz-se necessário abordar a conformação do modelo regulatório deste campo de trabalho.

Na área da saúde, a regulação do trabalho é definida pela OMS como sendo uma função do Estado para organizar as relações de produção e distribuição de recursos, bens e serviços, disponibilizados pelo mercado (WHO, 2000). A regulação profissional tem como objetivo garantir proteção aos indivíduos de más práticas profissionais (SILVA-SANTOS, 2018).

A regulação profissional no Brasil é competência da União. Esta adota o modelo de autorregulação e tem o poder de legislar sobre a organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício profissional, possuindo também o dever de fiscalização do exercício profissional (BRASIL, 2005).

No Brasil, a regulação do trabalho em enfermagem é feita de modo delegado pelo Estado às enfermeiras/os na autarquia pública, Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e Coren. O modo de regulação é por meio de fiscalizações nos serviços com foco nas(os) trabalhadoras(es) e na promulgação de normas técnicas com foco em procedimentos técnicos-assistenciais (SILVA-SANTOS, 2018).

A lei N° 7.498, de 25 de Junho de 1986 regulamenta o Exercício Profissional da Enfermagem que, de acordo com Lorenzetti (1987, p. 169), deveria ter sido criada para “reafirmar o princípio de democratização interna do trabalho para uma adequada assistência de enfermagem e ter como preocupação central a garantia das condições externas e determinantes de pleno exercício profissional”. Contudo, a lei em vigor, além de fortalecer a divisão técnica, garante amparo legal contra atos caracterizados como imprudência, negligência e imperícia cometidas por trabalhadoras(es), sem considerar o contexto do trabalho.

A elaboração de normas regulatórias e de fiscalização do campo do trabalho em enfermagem continuam reafirmando a abordagem individual do erro, como pode ser observado no artigo 51, do novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), ao preconizar que as(os) trabalhadoras(es) do campo de trabalho em enfermagem devem “responsabilizar-se

por falta cometida em suas atividades profissionais, independentemente de ter sido praticada individual ou em equipe” (COFEN, 2017).

No Brasil, seguindo a linha da abordagem individual, a regulação do trabalho no campo da enfermagem compreende o erro como uma infração ética a partir de uma ação, omissão ou conivência que venha a resultar no descumprimento das normas do CEPE (SIDON *et al.*, 2012). E, mesmo sendo considerado um ato não intencional (REASON, 2009), o erro cometido pelas trabalhadoras(es) do campo de trabalho em enfermagem é passível de ser considerado como negligência, imperícia ou imprudência, sempre sob a ótica individual.

Como consequência para a(o) trabalhadora(or) que comete o erro é instaurado o Processo Ético Disciplinar (PED) junto ao Coren. Este visa apurar, investigar, analisar e julgar infrações cometidas por trabalhadoras(es) em enfermagem, onde o ato punitivo finaliza em si mesmo. Desse modo, considera-se que a abordagem adotada pelo atual modelo de regulação do trabalho ampara-se na lei para construir socialmente a abordagem e aceitação de que o erro será evitado com a punição da(o) trabalhadora(or) (SILVA-SANTOS, 2018).

Em estudo realizado por Barbosa (2020), que visou analisar as características de erro que desencadearam a abertura de PEDs, permitiu verificar que 86% das(os) trabalhadoras(es) em enfermagem submetidas à PEDs tiveram como desfecho algum tipo de penalidade e, apenas um processo (14%) prescreveu. Em pesquisa realizada por Schneider e Ramos (2012), os resultados evidenciaram que nenhum PED, instaurado no Coren de Santa Catarina, no período de 1999 a 2007, que tinha como ocorrência o erro, resultou em absolvição da(o) trabalhadora(or), sendo os principais desfechos o arquivamento (37,5%), advertência verbal (29,5%) e censura (15,4%). Os achados desses estudos reforçam a existência da cultura da abordagem individual por parte da esfera reguladora e fiscalizadora do trabalho, evidenciando que na análise e julgamento dos PEDs não são levadas em consideração as condições de trabalho e sua relação com a ocorrência do erro.

No Reino Unido, o Código de Ética que rege as categorias profissionais do campo do trabalho em enfermagem estabelece padrões comuns de conduta e comportamento para as(os) trabalhadoras(es) habilitados ao exercício profissional. No entanto, diferentemente do Brasil, quando se trata de potencial de dano relacionado à prática profissional, este não considera apenas fatores humanos na ocorrência do erro, mas também as falhas no sistema de saúde (NMC, 2015). Esse modelo de regulação do trabalho em enfermagem, demonstra ser possível que instituições reguladoras possam além de estabelecer normas para garantir a proteção dos indivíduos contra atos praticados por trabalhadoras(es) e a integridade das profissões, atuar na responsabilização das instituições pela ocorrência desses atos, a partir de análise sistêmica.

É nesse contexto de condições, organização e regulação do trabalho em enfermagem que trabalhadoras(es) desse campo desenvolvem seu processo de trabalho. E é diante dessa estruturação que o erro ocorre. Uma estruturação que na ocorrência de erro nega a existência da natureza humana e das relações sociais onde o trabalho é executado, corroborando com a manutenção da abordagem individual, que responsabiliza e pune trabalhadoras(es) por qualquer ato falho em decorrência do trabalho. Essa estruturação desconsidera o contexto da precarização do trabalho em saúde e em enfermagem, o contexto particular onde acontece o erro, a especificidade da organização do trabalho em enfermagem, a natureza coletiva do trabalho em saúde, a responsabilidade das instituições sobre as condições de trabalho e sobre a educação permanente dessas(es) trabalhadoras(es), ou seja, uma estruturação que nega as razões determinantes e condicionantes na produção do erro.

Também é válido destacar, diante deste contexto de trabalho, a perda de direitos do trabalho promovida pela Reforma Trabalhista e pela recessão econômica, que favoreceram a extensão das várias formas de precarização e flexibilização do trabalho em enfermagem (FERREIRA *et al.*, 2022), impactando diretamente nas condições de trabalho e de vida dessas(es) trabalhadoras(es) e, conseqüentemente, no desenvolvimento de suas tarefas/atividades laborais.

Assim, ao se afirmar o erro no campo de trabalho em enfermagem como falha estrutural de um sistema complexo - o sistema de serviços de saúde - deve-se considerá-lo como parte de um processo que envolve múltiplas causas, e não apenas como uma ação individualizada, portanto resultado de práticas sociais ordenadas no tempo e no espaço (GIDDENS, 2009).

No entanto, o erro no trabalho em enfermagem não é compreendido diante da sua multicausalidade. A abordagem individual, adotada principalmente pelas instituições de saúde e pelo Estado, que tem como peculiaridade responsabilizar trabalhadoras(es) pela ocorrência do erro, é empregada de forma habitual no discurso e em estudos sobre o erro (SILVA-SANTOS, 2018).

É possível verificar, a partir da produção científica, que trabalhadoras(es) em enfermagem incorporam o discurso da abordagem individual estabelecido pelas organizações de saúde, revelando um problema existente neste campo de trabalho diante das situações de erro, a perpetuação do medo e de medidas punitivas. Esta compreensão é revelada no estudo de Santi *et al.* (2014), dado que foi demonstrado que trabalhadoras(es) em enfermagem associam o erro de medicação a fatores individuais. Corroborando com o mesmo resultado, a pesquisa realizada por Siqueira *et al.* (2015), evidenciou ser comum a não comunicação de erros de medicação por temor da abordagem punitiva adotada pelas instituições de saúde.

Ao se analisar estudos brasileiros que tratam do erro na perspectiva individual percebe-se que estes seguem a tendência posta pela gestão dos serviços de saúde e pelo Estado, não considerando as condições de trabalho para sua ocorrência. Ou seja, o erro é analisado fora do contexto em que ocorre (MELO; PEDREIRA, 2005; CAMERINI; SILVA, 2011; SILVA; CAMERINI, 2012; DALMOLIN; ROTTA; GOLDIM, 2013; MENDES *et al.*, 2013; PARANAGUÁ *et al.*, 2014; SANTI *et al.*, 2014; LESSA *et al.*, 2018). Essa mesma percepção foi encontrada no estudo de Seki e Yamazaki (2006), ao relatarem que, no Japão, diversas medidas de prevenção de erro humano nos serviços de saúde adotam propostas centradas na atividade executada, ignorando as condições de trabalho.

Diante deste contexto, verifica-se que a ocorrência do erro na área da saúde é um desafio a ser enfrentado, pois as condições de precarização nos serviços de saúde e, conseqüentemente, no campo de trabalho em enfermagem, somando-se às características da profissão – com profunda divisão social e técnica do trabalho e objeto de trabalho compartilhado, tornam as trabalhadoras(es) desse campo ainda mais expostas(os) a ocorrência de erros (SANTOS, 2001).

Contudo, é importante ressaltar que, mesmo diante das melhores condições de trabalho, trabalhadoras(es) do campo da enfermagem sempre estarão expostas ao erro nos serviços de saúde, pois este é inerente à natureza humana. Assim, compreende-se que o desenvolvimento do processo de trabalho em condições adequadas poderá contribuir para a redução da ocorrência e gravidade do erro nos serviços de saúde.

A partir de tais considerações, é formulada a pergunta de partida do estudo: Existe associação entre erro cometido por trabalhadoras(es) em enfermagem e condições de trabalho? Assim, este estudo tem como objetivo geral verificar a associação entre a ocorrência do erro e as condições de trabalho em enfermagem.

Parte-se da hipótese que a ocorrência do erro cometido por trabalhadoras(es) do campo da enfermagem nos serviços de saúde possui associação com as condições de trabalho as quais são submetidas(os), pois a ocorrência do erro é um fenômeno estrutural que está relacionado com o contexto de trabalho, com as formas de regulamentação e organização do trabalho, com o processo de trabalho, com a variabilidade e multiplicidade das tarefas e com as atividades executadas pelas diferentes categorias de trabalhadoras(es) do campo da enfermagem.

Esta pesquisa traz o conhecimento sobre o erro em uma perspectiva que vai além da identificação, caracterização e análise de fatos e infrações imputadas às(aos) trabalhadoras(es) da enfermagem, conforme revela a produção científica nacional, trazendo uma produção científica original sobre a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem.

Destaca-se que as trabalhadoras(es) em enfermagem representam mais da metade da força de trabalho em saúde do mundo (WHO, 2020). Contudo, como se pretende delimitar o campo do estudo à Região Nordeste do Brasil, cabe informar que nesta região estão inscritas como aptas ao trabalho, 662.658 trabalhadoras(es), correspondendo a aproximadamente 25% das(os) trabalhadoras(es) da enfermagem inscritas no Cofen (COFEN, 2022). Desta maneira, a abrangência deste estudo poderá revelar e generalizar uma possível associação entre a ocorrência do erro e condições de trabalho, servindo para que gestores compreendam que condições de trabalho adequadas podem contribuir para a redução da ocorrência de erros nos serviços de saúde.

Do mesmo modo, o estudo visa contribuir para discussões nas instâncias de regulação do trabalho em enfermagem, para que se possa propor formas de julgamento que não leve em consideração o erro na perspectiva individual da(o) trabalhadora(or), mas que considere os aspectos da condição do processo de trabalho em saúde e em enfermagem, no julgamento dos PEDs e nas ações de prevenção da ocorrência de erro nos serviços de saúde. As informações produzidas na pesquisa também podem servir para redirecionar as normas em vigor e a forma de responsabilização individual de trabalhadoras(es) quando são julgadas(os) no Sistema Cofen e Corens, Autarquia Pública responsável pela regulação do trabalho em Enfermagem no Brasil.

2 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

2.1 ERRO HUMANO

Os impactos na humanidade das consequências do erro humano são também decorrentes da maior complexidade e capacidade dos sistemas de produção de serviços, e tem demandado aprofundamento de conhecimento sobre o assunto. As áreas da aviação e saúde exigiram estudos específicos e revelaram que o erro humano é fortemente influenciado pela cultura organizacional dos sistemas (SHAPPELL; WIEGMANN, 2000; REASON, 2009).

O avanço no conhecimento sobre o erro humano nos sistemas de saúde tem demonstrado que este coloca em risco a vida de pacientes e afeta a vida de trabalhadoras(es) dessa área, revelando a importância da compreensão dos fatores organizacionais na ocorrência do erro humano em sistemas complexos, tal qual os sistemas de saúde.

Reason (2009) considera o erro um ato não intencional, inerente à natureza humana, originado de circunstâncias em que ações planejadas não alcançam o resultado desejado, sem que a falha possa ser atribuída ao acaso. Para o autor, trabalhadoras(es) estão expostas(os) constantemente a situações propensas à ocorrência de erro, contudo, são situações que podem ser modificadas para que defesas sejam implantadas no sistema (REASON, 2012).

De acordo com Dekker (2001), explicar as falhas humanas é importante no sentido de possibilitar a compreensão da ocorrência de ações que levam a resultados indesejados, visando desenvolver ações de prevenção para ocorrência de erro humano.

A ocorrência do erro está relacionada ao momento do ato inseguro, quando entra em evidência uma falha ativa. No entanto, por trás desse ato existe uma cadeia de falhas latentes e de defesas que não surtiram efeitos esperados (REASON, 2009). As falhas ativas referem-se a erros ou violações que têm efeito imediato, geralmente estão associadas à execução de atividades realizadas pelas(os) trabalhadoras(es) da linha de frente. As falhas latentes são intrínsecas às organizações, e estão relacionadas às decisões ou ações de consequências danosas. Geralmente, tornam-se evidentes quando combinadas com outros fatores, são duradouras e estão presentes durante todo o tempo (REASON, 2009). No entanto, para se compreender a causalidade do erro é necessário analisar as variedades da conduta intencional, haja vista que estas ocorrem devido a falhas na execução e falhas no planejamento (SILVA-SANTOS, 2018).

As falhas na execução, conceituadas como deslizos e lapsos, ocorrem em uma sequência de ações na busca do alcance dos resultados, impedindo que as ações sigam de acordo com a

intenção pretendida. Os deslizes são observados como ações que não foram planejadas e o lapso é de difícil identificação, tendo em vista que não se manifesta sob a forma de comportamento, principalmente quando envolve falha de memória, sendo evidente apenas para os que cometem o erro. Este é reconhecido como um grande perigo, pois pode passar despercebido por um longo período de tempo (REASON, 2009).

As falhas no planejamento ocorrem na execução de ações planejadas para o alcance dos resultados, e podem também ser definidas como enganos. As falhas no planejamento acontecem independentemente de as ações ocorrerem ou não de acordo com o planejado, tornando-as difíceis de serem detectadas (REASON, 2009). Ainda de acordo com o autor, para realizar a categorização do erro numa determinada ação é necessário identificar se houve intenção prévia, se estas ocorreram de acordo com o que estava planejado e se resultaram na finalidade pretendida.

As modelagens dos erros humanos propostas por James Reason, têm como base o estudo de Rasmussen, que apresenta uma taxonomia para o desempenho do indivíduo em instalações industriais e evidencia a interação com o ambiente no modelo *Skill-Rule-Knowledge* (SRK) (RASMUSSEN, 2003; REASON, 2009).

Para Rasmussen (2003), o ser humano adota três níveis de comportamento de acordo com as demandas do trabalho. No primeiro nível, chamado de “nível da habilidade”, o desempenho humano está atrelado às ações do sistema motor e sensorial. Este é conduzido por estabelecimento de instruções padronizadas e os erros estão relacionados com a variabilidade da coordenação de força, espaço e tempo, sendo um modo de executar atividades de maneira rápida e precisa.

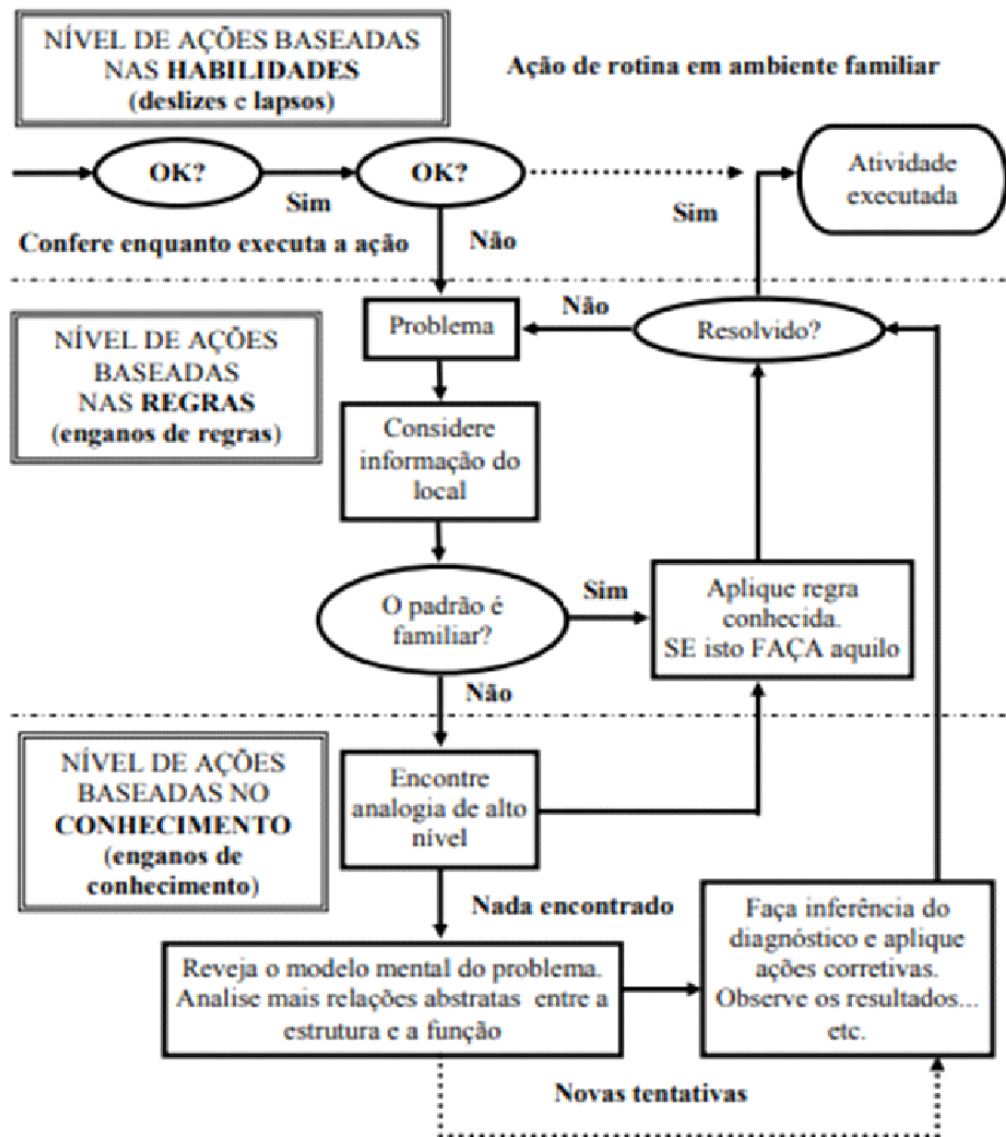
O segundo nível, o “nível das regras”, requer a observância das regras de produção estabelecidas, manuais e/ou conhecimento implícito tornando a atuação mais lenta. Nesse nível, os erros estão relacionados com a aplicação de regras equivocadas ou a incorreta lembrança dos procedimentos.

O terceiro nível é o “nível do conhecimento”. Neste nível o desempenho depende da capacidade em lidar com situações nunca vivenciadas, que requerem o planejamento das ações em tempo real, usando processos analíticos e conhecimentos, tendo em vista que os erros derivam da racionalidade limitada e de déficit de conhecimentos.

Reason (2009) baseou-se na classificação proposta por Rasmussen para desenvolver o *Generic Error-Modelling System* (GEMS), um sistema que tem como objetivo delimitar as origens dos tipos básicos de erro humano e apresentar uma imagem integrada e dinâmica dos

mecanismos do erro que operam nos três níveis de funcionamento – nível de habilidades, nível de regras e nível de conhecimento, conforme apresentado na figura 1.

Figura 1 - Generic Error-Modelling System – GEMS



Fonte: Adaptado de Reason (2009).

O GEMS permite identificar os tipos de erro que podem ocorrer em cada nível: deslizes e lapsos com base na habilidade, engano com base nas regras e engano com base no conhecimento, conforme representado na figura 1. Suas operações são divididas de acordo com o nível de funcionamento aplicado na execução da atividade, nas atividades que precedem e que resultam na detecção do problema, e mostra as questões que o ser humano responde, de maneira instintiva, durante a execução de uma atividade (REASON, 2009).

Os deslizes e lapsos com base nas habilidades geralmente são categorizados como falhas no monitoramento da rotina de uma ação. Estes são ocasionados por desatenção, excessiva concentração ou esquecimento. O deslize compreende características que envolvem questões de atenção e ação inconsciente em atividades corriqueiras de rotina; o lapso está ligado a fatores da memória (REASON, 2009).

Os enganos baseados em regras e conhecimentos são considerados falhas gerais na resolução de problemas. Quando ocorrem são situações que requerem revisão da ação planejada, que está baseada em normas e conhecimentos relativos à sua execução (REASON, 2009).

O engano baseado em regras, envolve a aplicação de rotinas memorizadas ou escritas diante de uma situação conhecida. Este é dividido em duas subcategorias: a primeira está relacionada com a aplicação errônea das regras boas (regras com valor comprovado); a segunda categoria é a aplicação das regras ruins (REASON, 2009). Para o autor, a frequência relativa de execuções bem-sucedidas acaba considerando as regras errôneas/ruins como regras fortes, assim, o erro pode estar relacionado com a dificuldade na decodificação do problema, quando a composição da norma não é tão evidente.

O engano baseado no conhecimento compreende o envolvimento de situação nova ou imprevista que requer julgamentos e avaliações. Quando não há indicação para solução adequada para enfrentamento do problema com base nas normas, deve-se então, iniciar o processo de formulação e experimentação das possibilidades com base no conhecimento. Este está consolidado em dois aspectos da cognição humana, na racionalidade limitada devido ao raciocínio consciente lento, sequencial, laborioso e de recursos limitados frente a resolução dos problemas; e no fato de que o conhecimento para a resolução dos problemas é, na maioria das vezes, incompleto e impreciso (REASON, 2009).

Para compreender o engano baseado no conhecimento é necessário distinguir as principais configurações do problema, sendo elas: a condição estática, esta independe de ações empregadas para resolver o problema; configurações de dinâmica reativa, com as configurações do problema mudando como consequência direta das ações daqueles que intervêm; e configurações dinâmica-múltiplas. Nestas pode existir a combinação tanto como consequência das atividades de quem tenta revolvê-las espontaneamente, como devido a fatores de situação do sistema de caráter independente. Assim, reconhecer as diferentes configurações do problema possibilita o emprego de diferentes estratégias e evidencia erros de raciocínio dos seres humanos no enfrentamento dos problemas (REASON, 2009).

Desta maneira, com base na Teoria do Erro Humano, elaborada por James Reason, que tem nos processos cognitivos a base para situações que predisõem a ocorrência do erro humano, identifica-se o enfoque individual para esta ocorrência, haja vista que os processos cognitivos estão atrelados a processos mentais e habilidades, conhecimentos e regras empregadas na execução das atividades no âmbito das organizações. No entanto, esta teoria coloca no centro de sua análise a relação entre processos cognitivos e fatores provenientes da organização e de fatores ambientais ou sistêmicos para a ocorrência do erro, ou seja, compreende a determinação do erro como a junção de fatores humanos e sistêmicos.

Em sua obra “El error humano”, Reason (2009) demonstra preocupação para que sua teoria tenha aplicabilidade prática, e atue na prevenção e desenho de medidas direcionadas à segurança e diminuição de riscos para ocorrência de erros nos sistemas complexos.

A abordagem sistêmica do erro contribuiu para mudanças no paradigma de compreensão e abordagem do erro para além do âmbito individual. Além de considerar o erro como oportunidade para o desenvolvimento de aprendizagem, a Teoria do Erro Humano também busca proporcionar o distanciamento da abordagem individual que responsabiliza e pune trabalhadoras(es) pela ocorrência do erro nas organizações, inclusive nos sistemas de saúde.

Reason (2009) compreende que o erro humano pode ser visto de dois modos: como abordagem individual ou como abordagem sistêmica. Cada abordagem possui um modelo denexo causal, o que leva a diferentes modos no gerenciamento do erro. A compreensão dos tipos de abordagem possibilita o entendimento do paradigma do sistema de abordagem do erro e o direcionamento das ações de gerenciamento deste, necessários para o enfrentamento de problemas em sistemas complexos.

Nos sistemas de saúde há uma propagação da abordagem do erro centrada nas falhas ativas cometidas por profissionais que atuam na linha de frente, dentre eles estão as(os) trabalhadoras(es) do campo da enfermagem. Nesse tipo de abordagem há negação da complexidade do comportamento humano diante do erro, sendo originado de “processos mentais aberrantes, tais como esquecimento, desatenção, falta de motivação, falta de cuidado, negligência e imprudência” (REASON, 2000, p. 768).

Na abordagem individual, o erro existe porque há pessoas de baixa ou pequena confiabilidade atuando em sistemas seguros, é a chamada “Teoria da Maçã Podre”. As providências adotadas na ocorrência do erro estão atreladas a medidas corretivas do comportamento humano, ou seja, há um apelo para sensação de medo, que ocorre através de medidas disciplinares, ameaça de processo jurídico, tratando-o como fato moral, culpando e envergonhando os envolvidos (REASON, 2000). Este tipo de abordagem lida com o erro como

um fenômeno moral, relacionando o acontecimento de coisas ruins a pessoas ruins (REASON, 2000). Desta forma, além da responsabilidade civil de cometer o erro, resta à trabalhadora(or) o peso da culpa (SILVA-SANTOS *et al.*, 2018).

Sob outra perspectiva, na concepção da abordagem sistêmica, compreende-se que o erro ocorre mediante a articulação entre vários fatores e entre diferentes níveis da organização, e não apenas no âmbito individual (REASON, 2009). De acordo com Reason (2009), a ocorrência do erro tem origem na junção de falhas ativas e condições latentes, compreendendo, desta maneira, a necessidade de mudança de paradigma sobre a abordagem do erro; da abordagem apenas individual para a aceitação da sua inevitabilidade. O desenvolvimento da aprendizagem a partir dos eventos permite o afastamento de uma política centrada na culpa e na punição. Para isso, o autor entende que é necessária a inclusão de medidas de segurança que funcionem como bloqueios para a ocorrência do erro e que levem em consideração um sistema complexo na sua integralidade.

As falhas ativas e condições latentes propiciam a ocorrência de erro até mesmo em ambientes organizacionais considerados seguros. O trabalho na área da saúde possui particularidades próprias, caracterizado por Reason (2012) como um trabalho de contato próximo, prático, pessoal, sempre apressado e pressionado, com pacientes chegando a todo tempo, em que há incerteza e conhecimento incompleto, tornando-o um trabalho com mais oportunidades para a ocorrência do erro.

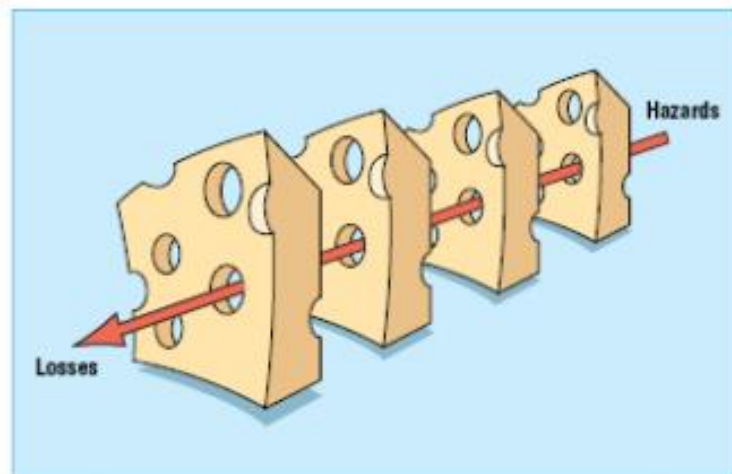
As falhas ativas são consideradas atos inseguros do trabalhador. Na área da saúde, e no campo de trabalho em enfermagem, estas são cometidas por trabalhadoras(es) que atuam na linha de frente dos serviços de saúde, na assistência ao paciente e são consideradas falhas que causam impacto direto na integridade das defesas dos pacientes. As falhas ativas, nos serviços de saúde, são compreendidas como descuidos, esquecimentos, erros, deslizos e violação de procedimentos (SILVA, 2010; SILVA-SANTOS, 2018).

As condições latentes são condições intrínsecas aos sistemas organizacionais, e estão associadas às decisões de políticas da organização, tomadas por aqueles que gerenciam os sistemas. As condições latentes podem permanecer por longos períodos de tempo presentes nos sistemas e, quando há a combinação com outros fatores (as falhas ativas) geram a oportunidade para a ocorrência do erro (REASON, 2009). Para o autor, as falhas ativas são de difícil previsibilidade, tendo pouca importância para a prevenção de acidentes e, por sua vez, a correção das condições latentes é apontada como fundamental para a prevenção de erros humanos.

Visando analisar a ocorrência do erro em sistemas complexos, Reason (2009) elaborou o “modelo do queijo suíço” no sistema de acidentes. Este demonstra a trajetória da oportunidade de acontecer o acidente, expondo a natureza potencialmente porosa das defesas, com a quebra de diversas barreiras devido à complexa interação entre as falhas ativas nas situações locais, somadas às condições latentes, no momento em que ocorre o ato inseguro.

Assim, para esse modelo, os sistemas são compostos por várias camadas defensivas: algumas funcionam como alarmes, outras estão relacionadas aos indivíduos que atuam na linha de frente dos serviços e outras estão atreladas a procedimentos e controles administrativos. As camadas defensivas têm como função proteger potenciais vítimas e situações do risco de acidentes. O “modelo do queijo suíço no sistema de acidentes” mostra a trajetória do acidente, atravessando as defesas, barreiras e salvaguardas, que neste modelo são representadas por fatias de queijo suíço, com muitos furos, em que seu trajeto inicia nos perigos e culmina com perdas. Essa situação ocorre quando há um alinhamento entre os “furos”, nas várias camadas defensivas, estando momentaneamente em uma mesma linha, permitindo que a trajetória do acidente ocorra, conforme representado na figura 2.

Figura 2 - O queijo suíço - analogia à trajetória do acidente



Fonte: Reason (2000).

O modelo do queijo suíço foi desenvolvido para demonstrar a trajetória do acidente considerando as premissas do modelo sistêmico. Apesar da difusão mundial, visando explicar a trajetória do erro em sistemas complexos. As interpretações sobre esse modelo são diversas e heterogêneas.

Turjanski (2016) compreende que a leitura linear e sequencial do modelo parece simplificar o nexo de causalidade, o que favorece, em determinadas situações, a consolidação do

enfoque individual na explicação da origem dos problemas de segurança. Segundo Artimage (2009), Sidney Dekker apresentou críticas ao modelo do queijo suíço, tomando também como base a estrutura linear e sequencial do modelo que em sua interpretação sugere uma trajetória unilateral de exemplo de causas.

Apesar dos estudos de Reason terem avançado tecnicamente, através do enfoque nos processos cognitivos em combinação com sistemas organizacionais na compreensão da ocorrência do erro, ampliando o debate sobre a responsabilidade das organizações, compreende-se que há uma limitação ao situar as organizações em um modelo de funcionamento ideal, sem considerar o contexto social, econômico e político, que se modifica constantemente. Esta concepção também não é abordada por críticos da Teoria do Erro Humano, ou seja, estes não se aproximam do entendimento sobre erro para além de uma compreensão estática de trabalhadoras(es) e sistemas, mediante contextos socioeconômicos e políticos, em determinado momento da história.

Defendendo o avanço de um modelo sistemático alternativo, Dekker, compreende que o erro surge de um contexto sociotécnico, que considera a representação do comportamento humano no contexto do trabalho, e não apenas centrado em umnexo de causa linear ou nos erros das trabalhadoras(es) (HUDSON *et al.*, 1994; HOLLNAGEL; WOODS; LEVESON, 2006). Esta concepção é também defendida por Woods e Cook (2013), quando propõem o modelo sistêmico conhecido como Novo Olhar sobre o erro, no qual não centra a origem do erro no comportamento, mas nas condições que podem gerar erros, a partir dos contextos de trabalho, nas mudanças das estruturas organizacionais e na variabilidade de tarefas desenvolvidas. No trabalho em enfermagem, caracterizado por profunda divisão social e técnica do trabalho, essas condições podem ser traduzidas como sobrecarga de trabalho, intensidade da jornada de trabalho e subdimensionamento de trabalhadoras/es (SILVA-SANTOS *et al.*, 2018).

Desta maneira, compreende-se que o emprego da abordagem sistêmica no gerenciamento do erro permite questionar a concepção difundida sobre o comportamento humano como causa de erros e, conseqüentemente, o gerenciamento por meio de abordagens excludentes e que acarretem punição à(ao) trabalhadora(or). O Novo Olhar considera a inevitabilidade de erros em sistemas complexos, apontando a necessidade de identificar as condições que contribuem para a sua ocorrência, criação de defesas compatíveis com as atividades desenvolvidas e oportunidade para reestruturação das estratégias organizacionais na busca de mitigar o erro.

Entende-se que a Teoria do Erro Humano e a abordagem apresentada pelo Novo Olhar possibilitam a compreensão do erro humano para além da abordagem individual, considerando

sua origem a partir da natureza humana e das condições de trabalho nos sistemas organizacionais. A nova abordagem revela a necessidade de identificação de elementos do processo e do ambiente de trabalho que podem favorecer o desencadeamento do erro, onde, no campo de trabalho em Enfermagem, podem estar associados a precárias condições de trabalho e às características próprias da organização do processo de trabalho em Enfermagem.

2.2 CONDIÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE

Configurando-se como um processo de transformação, o trabalho é realizado pelo ser humano para atender suas necessidades constituídas social e historicamente (MENDES-GONÇALVES, 1992). Para Marx (2013), o trabalho é próprio da condição humana, independentemente da forma de sociedade, e este é considerado uma necessidade natural entre homem e natureza, marcado pela intencionalidade e pela sociabilidade, em que a imaginação/desenho do produto precede à etapa final. Ao longo da história, a organização do trabalho assumiu diferentes formas a partir da organização social dos seres humanos, sendo realizado de diversas maneiras e em diversas condições no modo de produção capitalista.

A ação dos indivíduos reunidos em coletividade é compreendida como o ato de promover a criação da produção da vida material a partir das necessidades e satisfações pelo próprio ser humano (MARX; ENGELS, 2009). Neves e colaboradores (2008, p. 3) destacam o papel do trabalho na vida social, partindo da concepção “de que para o materialismo dialético o homem é o sujeito objetivo, que através dos materiais da natureza e do conhecimento de suas leis é capaz de criar uma nova realidade, a realidade social humana”. Assim, o trabalho não é posto apenas como uma mercadoria, com valor econômico e/ou instrumental, mas também como valor cultural e alicerce na vida dos indivíduos (SILVA; BORGES, 2015).

A compreensão do trabalho perpassa pela abordagem às condições de trabalho, dado que essas estabelecem como, onde, por quem e para quê a mercadoria (material ou imaterial) será produzida. Na sociedade capitalista, é o empregador que determina as condições de trabalho.

As condições de trabalho foi objeto de estudos para diversos teóricos. Frederic Taylor (TAYLOR, 1990) considerava as condições de trabalho como algo que pudesse tornar a produção mais ágil. A sua teoria, a Teoria da Administração Científica, fundamenta-se na aplicação do método científico para organizar a execução do trabalho, através da introdução do controle de tempo e movimento, e definição de padrão de produtividade, com o estabelecimento de rotinas, de relações baseadas na hierarquia, da supervisão do trabalho e da execução da tarefa de forma coletiva, mantendo-se os princípios da divisão social do trabalho. Este teórico acreditava que a elevação do ganho salarial proporcionaria motivação do trabalhador para aumentar a produção.

A organização do trabalho em torno do tempo proposta por Taylor foi aprimorada por Ford ao implantar a esteira, passando a determinar o ritmo de trabalho do trabalhador. Taylor e Ford não tinham preocupação com o bem-estar da classe trabalhadora, mas com o aumento da

produção de cada trabalhador. Estes se preocupavam com a realização da tarefa no menor tempo possível, acreditando que o aumento da produtividade estava atrelado à diminuição da fadiga física. Assim, garantiram destaque para o planejamento e parcelamento da tarefa, treinamento da equipe e adequação de instrumentos e métodos de trabalho (BRAVERMAN, 1981; CHIAVENATO, 1999).

Diante deste contexto, percebe-se que há uma abordagem transversal sobre condições de trabalho ao longo da história, com um olhar sistêmico para relações entre indivíduo e trabalho. Verifica-se também que a organização das condições e processos de trabalho na sociedade capitalista giram em torno da acumulação da mais valia, mas é importante destacar que para que ocorra produção eficiente por parte do trabalhador é necessário compreender que as condições de trabalho vão além do ambiente laboral, e que estas englobam diversas variáveis que necessitam estar em harmonia para garantir qualidade de vida e, conseqüentemente, de trabalho.

Tiffin e McCormick (1959), propõem uma das primeiras tipologias sobre condições de trabalho, reconhecendo que o trabalho humano depende de diversas circunstâncias, dentre elas estão a atitude, interesse, instrução, além de estímulos oriundos da condição laboral, sugerindo que as condições de trabalho devam ser analisadas a partir das condições ambientais, compreendendo as condições atmosféricas, iluminação, ruído, tempo (incluindo horas de trabalho e descanso) e sua organização (MUCHINSKY, 1994).

Os autores Ramos, Peiró e Ripoll (2002), conceituam condições de trabalho como sendo as circunstâncias em que as atividades de trabalho são produzidas, considerando os fatores físicos, as circunstâncias temporais e as condições sobre as quais trabalhadoras(es) executam seu trabalho.

Outra taxonomia de condições de trabalho foi proposta por Peiró e Prieto (2002). Nesta são contempladas condições de emprego, condições ambientais e de segurança, características da tarefa e do processo de trabalho, além das condições sociais ou organizacionais do trabalho. Estes autores consideram que mudanças nas condições de trabalho podem conferir significados diferentes a uma mesma experiência laboral, pois estas são refletidas no cotidiano dos indivíduos, família e sociedade.

Blanch (2003) remete a condições de trabalho com enfoque na dimensão e divisão social do trabalho. Além dos aspectos relacionados ao clima organizacional, relaciona os riscos psicossociais à higiene e a segurança no trabalho. Este autor também corrobora com Ramos, Peiró e Ripoll (2002) e Peiró e Prieto (2002), quando considera que as condições de trabalho geram reflexo na vida do trabalhador, dentro e fora do seu contexto laboral.

Diante deste contexto, compreende-se que condições de trabalho podem ser consideradas um fenômeno complexo e que as tipologias criadas representam o esforço em organizar os diversos componentes relacionados às condições de trabalho (BORGES *et al.*, 2013). Recentemente, Borges *et al.* (2013) construíram uma síntese das tipologias encontradas na literatura. Estas foram organizadas em quatro categorias: condições contratuais e jurídicas; condições físicas e materiais; processos e características da atividade; condições do ambiente sociogerencial.

Costa da Silva (2016), corrobora com os autores supracitados quanto ao conceito das condições de trabalho. No entanto, esta autora amplia essa definição considerando também as características do panorama atual frente as mudanças no mundo do trabalho e conceitua condições de trabalho como sendo 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 (COSTA-DA-SILVA, 2016, p. 24).

A definição de condições de trabalho é imprescindível para a proteção do trabalhador, tendo em vista que a tipologia permeia a regulamentação, a partir da legislação, de condições adequadas para o desenvolvimento das atividades laborais que devem ser garantidas pelo empregador.

O trabalho em saúde integra esse mundo do trabalho, e é imprescindível para a vida humana. Este é um trabalho pertencente ao setor de serviços, à esfera de produção não material, onde o processo e o produto são indissociáveis (PIRES, 2000).

Mendes-Gonçalves (1992) destaca o trabalho em saúde como sendo um trabalho diferente daquele desenvolvido nos setores de base, mas de relevância social, por ter como objeto de intervenção o homem em sociedade. Para o autor, este se constitui em trabalho por possuir um objeto a ser transformado em algo pensado, utilizando-se, necessariamente, de um “conjunto de qualidades humanas naturais que podem ser ativadas para obter transformações”, além da utilização de tecnologias materiais e não materiais para promover a aproximação e, conseqüentemente, a transformação do objeto (MENDES-GONÇALVES, 1992, p. 9).

Ainda para o autor supracitado, o trabalho em saúde possui objeto de trabalho complexo, o corpo humano biológico associado à sua existência social, ou seja, um objeto natural com marcas individuais e coletivas de existência.

Souza e colaboradores (2010) apontam que o trabalho em saúde deve ser entendido como um trabalho coletivo, por ser parte de um conjunto de conhecimentos e práticas específicas, de profissionais diversos, que resulta na assistência à saúde dos indivíduos, caracterizando-se por divisão de tarefas interdependentes e complementares.

O processo de trabalho em saúde está organizado, geralmente, em um sistema de saúde institucionalizado, que organiza seu processo de produção e funcionamento dentro de determinadas sociedades e sob influências diversas. Essa organização do sistema de saúde e, conseqüentemente, do processo de trabalho são fortemente influenciadas por regras políticas no dado momento, modelos administrativo-gerenciais hegemônicos adotados pelo modelo econômico vigente, disponibilização e aplicabilidade de tecnologia na área, o paradigma hegemônico de produção de conhecimentos científicos, características intrínsecas ao processo específico de produção do ato assistencial em saúde, além do tipo de instituição a qual a organização de saúde pertence, seja essa pública ou privada, e sua forma de financiamento (PIRES, 2000).

As condições de trabalho na saúde estão atreladas a diversos fatores; às formas de organização do sistema, ao modelo econômico vigente, às leis vigentes, a organização política das(os) trabalhadoras(es), e às necessidades de saúde dos indivíduos – que possibilitam condições para o desenvolvimento do trabalho e, como consequência, além do produto final, produz também impactos na vida de trabalhadoras e trabalhadores da área da saúde.

A introdução de políticas neoliberais, reveladas na globalização financeira e reestruturação produtiva como modelo de produção capitalista têm influenciado as condições para o desenvolvimento do trabalho em todos os setores sociais, inclusive nos serviços de saúde e, conseqüentemente, no trabalho em Enfermagem, resultando em um contexto de precarização das condições de trabalho e exploração de trabalhadoras(es) desse campo (NEVES *et al.*, 2008; DRUCK, 2011).

Esta situação é revelada pela terceirização, intensificação da jornada de trabalho, demandas por aperfeiçoamento e adaptação ao avanço tecnológico inserido nos ambientes de trabalho, entre outras (LEAL, 2016; ARAÚJO-DOS-SANTOS, 2018). A Reforma Trabalhista oficializada no Brasil através da Lei 13.467, de 13 de Julho de 2017, concretizou um debate de pelo menos duas décadas travadas por diferentes esferas da sociedade, garantindo a flexibilização das relações de trabalho, sendo considerada pelas entidades sindicais, a legitimação da precarização nas relações de trabalho (BRASIL, 2017; FERREIRA *et al.*, 2022).

Essas mudanças levaram à precarização do mercado de trabalho da área da saúde e do campo de trabalho em enfermagem do setor privado e no âmbito do Estado brasileiro. Em um

dado período de tempo, o Estado que ofertava estabilidade e possibilidades para seguir uma carreira, passou a adotar prerrogativas neoliberais que levou à precarização do serviço público, ocasionando o desmonte das carreiras, rebaixamento de salários, diversificação das formas de ingresso, dentre outros aspectos (ARAÚJO-DOS-SANTOS, 2018).

A precarização do trabalho em enfermagem vai além dos aspectos encontrados em outros estudos - salário, jornada, saúde do trabalhador, subdimensionamento e intensidade, condições ambientais, disponibilização de insumos, equipamentos e novas tecnologias, dentre outros. Esse campo de trabalho é explicado pelo conceito geral de trabalho precarizado, que remete à luta de classe e ao jogo de força política entre capital e trabalho, tendo como algumas de suas características o recuo do papel do Estado como regulador do mercado de trabalho e da proteção social; inovações da legislação trabalhista e previdenciária, reduzindo os direitos conquistados (ARAÚJO-DOS-SANTOS, 2018).

Somando-se a esse contexto de precarização, a forma peculiar de organização do campo de trabalho em Enfermagem também possui relação com a estruturação das condições de trabalho e, conseqüentemente, com a ocorrência do erro. Este é exercido por indivíduos com diferentes formações (enfermeiras(os), técnicas(os) e auxiliares em enfermagem), estruturado a partir de distintos processos de trabalho e divisão técnica do trabalho que fraciona e hierarquiza esse processo (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; MELO; SANTOS; LEAL, 2015; THOFEHRN *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2016).

Na divisão social e técnica do trabalho, a enfermeira/o ocupa a coordenação do processo de trabalho em enfermagem e a articulação do processo de trabalho em saúde, e as(os) auxiliares e técnicas(os) em enfermagem são designados para execução das atividades assistenciais (MELO; SANTOS; LEAL, 2015).

A posição na linha de frente da execução do trabalho assistencial e o lugar ocupado na divisão técnica do trabalho, com organização hierárquica das atividades e fragmentação do processo de trabalho, coloca as auxiliares e técnicas em enfermagem como as trabalhadoras/es que mais erram nos serviços de saúde. Além disso, o subdimensionamento no número de trabalhadoras/es, e as tarefas exercidas pela(o) enfermeira(o) têm sido obstáculos no cotidiano dos serviços e dificultado a supervisão sobre o trabalho das(os) auxiliares e técnicas(os), conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional em Enfermagem, contribuindo para a ocorrência de erros (SILVA-SANTOS, 2018).

Para Santos (2001), as características do processo de trabalho nesse campo, como vigilância permanente sobre o paciente atendido e a continuidade das ações, são fatores que podem estar relacionados ao erro. Estas características permitem compreender que as

trabalhadoras(es) desse campo estão entre as mais expostas à precarização do trabalho e à ocorrência de erros nos serviços de saúde.

A intensificação do ritmo de trabalho, o acúmulo de tarefas e atividades que as trabalhadoras(es) enfermeiras(os) são obrigadas a aceitar diante do número insuficiente de profissionais para as demandas do serviço (MAURO *et al.*, 2010; GONÇALVES *et al.*, 2013), ambientes laborais inadequados, que demandam das trabalhadoras/es a improvisação para superar as deficiências materiais do serviço (SOUZA *et al.*, 2010) são consideradas exemplos de condições favoráveis à ocorrência do erro no campo de trabalho em Enfermagem.

Por outro lado, o erro em serviços de saúde também tem repercutido na saúde de trabalhadoras(es) desse campo, provocando manifestações e reações de sentimento de culpa e sofrimento (SANTOS *et al.*, 2007).

Estudo realizado por Pugh (2009), revelou que enfermeiras australianas denunciadas por erro na *Nurse Regulatory Authority* vivenciaram sentimentos desagradáveis, estresse, ansiedade, depressão, isolamento social, dores de cabeça, ideações e tentativas suicidas. Foi diante do contexto, do impacto psicossocial entre trabalhadoras(es) de saúde, que Wu (2000) passou a considerá-las(os) a segunda vítima diante da ocorrência do erro, permitindo identificar a necessidade de oferta de serviços de apoio às(aos) trabalhadoras(es).

Assim, compreende-se que as características do processo de trabalho, o modo de organização do trabalho e as relações de poder no campo de trabalho em enfermagem revelam a complexidade do erro humano neste campo, sendo necessário compreendê-lo a partir de seus múltiplos fatores, políticos, sistêmicos e individuais, com destaque para o contexto da precarização do trabalho.

3 MÉTODO

Este estudo integra o macroprojeto de pesquisa Erro Profissional em Enfermagem, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), que tem como objetivo geral revelar o que se registra como erro nos processos éticos tramitados em Corens da Região Nordeste. Este projeto é coordenado pelo Núcleo de Pesquisa em Políticas, Gestão, Trabalho e Recursos Humanos em Enfermagem e Saúde Coletiva (GERIR), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Toda a descrição sobre coleta, local de estudo, população e cálculo amostral referem-se à pesquisa matriz em curso. Para a construção da tese, foi utilizado o banco de dados oriundo da pesquisa matriz.

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa documental com delineamento exploratório e analítico do tipo corte transversal.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O local do estudo são as sedes dos Corens da Região Nordeste do país (Quadro 1). Esta região possui nove estados. É a região com a segunda maior população e o terceiro maior território do Brasil (IBGE, 2020). Em relação ao quantitativo de trabalhadoras(es) em enfermagem, considerando as três categorias do campo, é a segunda região do país com o maior número de trabalhadoras(es), mais de 660 mil profissionais inscritas(os) e ativas(os) no Confen (COFEN, 2022).

Com a exceção do Coren do Maranhão, que estava sob intervenção do Cofen, até a finalização do procedimento de contactar os Corens - dezembro de 2020, todos os Corens do Nordeste foram contatados para o consentimento de participação na pesquisa. O Coren do Ceará recusou a participação e também o Coren da Paraíba, que não se manifestou. Registre-se que, mesmo com a obtenção do consentimento dos Corens dos estados de Pernambuco e Piauí, não foi possível fazer a coleta de dados devido à pandemia causada pelo do novo coronavírus.

São locais de pesquisa os Corens de Alagoas, Bahia, Rio Grande do Norte e Sergipe.

3.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA

A amostra da pesquisa matriz é composta por PEDs tramitados e julgados nos Corens da Região Nordeste participantes da Pesquisa. Foram incluídos no estudo todos os PEDs tramitados, julgados e arquivados no período de 2000 a 2018, que tem como objeto de denúncia, o erro cometido por trabalhadoras(es) em enfermagem. Vale ressaltar que o recorte do período dos processos foi determinado a partir da disponibilidade dos processos nos Corens participantes da pesquisa.

Como critérios de exclusão da pesquisa matriz foram considerados os processos que não envolvem erro; processos que não possuem informações suficientes para contribuir com o estudo e processos sem conclusão.

A amostra do estudo é constituída pelo *corpus* documental da pesquisa matriz, o qual é composto por documentos coletados nos Corens, conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1 - Total de processos e quantidade de processos de erro por estado da Região Nordeste de 2000 a 2018

REGIONAL	QUANTIDADE DE PROCESSOS TRAMITADOS E JULGADOS	TOTAL DE PROCESSOS SOBRE ERRO
Alagoas	42	03
Bahia	160	11
Rio Grande do Norte	07	03
Sergipe	70	02

Fonte: Dados da pesquisa matriz (2020).

3.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados nos PEDs que envolvem erros cometidos por trabalhadoras(es) do campo de trabalho em enfermagem que fazem parte do *corpus* documental da pesquisa matriz. As análises foram realizadas a partir da leitura dos processos na íntegra. A coleta de dados ocorreu no período janeiro a novembro de 2019 e foram armazenados em um *hard disk* (HD) externo, em posse e de acesso restrito no Gerir. E para a operacionalização da coleta, a pesquisa matriz dispôs de equipes nos estados da Bahia, Rio Grande do Norte e Alagoas.

A pesquisa foi operacionalizada com formulário estruturado (Apêndice A), no qual contém as seguintes dimensões: I Informações gerais – identificação da pesquisadora, identificação do processo, ano e origem do processo; caracterização dos processos – objeto de denúncia, tipo de denúncia, categoria profissional, idade, sexo, tempo de trabalho na instituição, tempo de atuação profissional, objeto de denúncia, tipo de serviço de ocorrência, unidade de

produção do serviço, tipo de paciente, natureza da organização; II Identificação das variáveis sobre condições de trabalho; IV Classificação do erro de acordo com a tipologia definida – sem consequência, com consequência reversível, com consequência irreversível; V Impressões da pesquisadora – observações gerais da pesquisadora.

O PED, documento utilizado como fonte para esta pesquisa, é um processo que visa apurar, averiguar e aplicar as penalidades cabíveis para infração ética, prevista no CEPE, cometida por trabalhadores(as) em enfermagem. As normas e procedimentos que devem ser aplicados na apuração e decisão dos PEDs em todos os Corens estão previstos no CEPE (COFEN, 2022). Os PEDs que fazem parte do *corpus* documental deste estudo foram estabelecidos a partir das regras e procedimentos do Código de Processo Ético-Disciplinar, aprovado pelas resoluções Cofen Nº 252/2001 e Nº 370/2010 (COFEN, 2001; COFEN, 2010). As regras e procedimentos estabelecidos pela Resolução Cofen 370/2010 estão descritos a seguir.

3.4.1 Processo Ético Disciplinar (PED)

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.

A admissibilidade do PED ocorre a partir de ofício ou denúncia. Inicia-se de ofício quando o Presidente do Conselho vier a saber, através de auto de infração, ou por qualquer meio idôneo, de fato que tenha característica de infração ética. Quando se trata da denúncia, que é o ato pelo qual se atribui a alguém a prática de infração ética ou disciplinar de caráter irretratável, pode ser apresentada por escrito ou verbal, em caso de denúncia verbal esta deve ser reduzida a termo por servidor ou Conselheiro e dirigida ao Coren ou Cofen, conforme o caso.

Após o recebimento do relatório circunstanciado, quando apresentada por ofício ou denúncia, o Presidente do Conselho, no prazo de 5 (cinco) dias, determinará a juntada de certidão de situação cadastral, financeira e de antecedentes éticos, e designará Conselheiro Relator para emitir, no prazo de 10 (dez) dias, parecer fundamentado, esclarecendo se o fato tem indícios de infração ética ou disciplinar e indicando os artigos supostamente infringidos do Código de Ética, ou de outras normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais, bem como se preenche as condições de admissibilidade. Após isso o parecer será submetido à deliberação do

Plenário para decisão de prosseguir com o ato de instauração do processo ou arquivamento do mesmo.

Havendo deliberação pela instauração do PED, cabe ao Presidente do Conselho designar Comissão de Instrução, por portaria, para apuração dos fatos. 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 compor a comissão os trabalhadores que estejam respondendo a PED e inadimplentes com suas obrigações junto ao Coren.

Cabe a Comissão de Instrução organizar e instruir o PED, seguindo os seguintes procedimentos: ouvir as partes e as testemunhas; determinar oitiva de outras pessoas que estejam envolvidas; colher todas as provas necessárias para o esclarecimento dos fatos e suas circunstâncias; 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 instauração do PED e nomeação do Presidente da Comissão de Instrução pelo Plenário, determina-se a citação do denunciado/a para apresentar defesa prévia. Na defesa prévia, o denunciado poderá arguir preliminares e alegar tudo o que interesse à sua defesa, expondo as razões de fato e de direito; oferecer documentos e justificações; especificar as provas pretendidas e arrolar até três testemunhas, qualificando-as e requerendo sua intimação, quando necessário.

Após a finalização deste procedimento, intima-se as partes para apresentação das alegações finais. Finalizada 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. Recebido o processo da Comissão de Instrução, o Presidente do Conselho designará um Conselheiro Relator para a emissão de parecer conclusivo.

Após recebimento do parecer conclusivo, 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 e iniciado o julgamento, o Conselheiro Relator apresentará o seu parecer, sem emitir voto, em seguida, cada parte ou seu procurador poderá produzir sustentação oral por 10 (dez) minutos. Cumpridas as disposições do artigo anterior, os Conselheiros poderão pedir a palavra para esclarecer dúvidas, requerer e especificar diligências e ter vista dos autos.

Caso não haja determinação de diligência na sessão, o Conselheiro Relator emitirá seu voto, em seguida, será franqueada a palavra aos demais Conselheiros para emitirem seus votos. Cabe ao Presidente do Conselho o voto de desempate.

Em caso de condenação, o Plenário também deverá fixar a pena. A deliberação do Plenário deverá ser redigida, no prazo de 5 (cinco) dias, pelo Conselheiro Relator ou pelo Conselheiro condutor do voto vencedor sob forma de decisão, que a assinará juntamente com o Presidente do Conselho.

Em caso de indicação de pena de cassação, o julgamento será suspenso e os autos remetidos ao Conselho Federal para julgamento. Na hipótese de o Conselho Federal discordar da pena máxima proposta pelo Conselho Regional, serão os autos devolvidos ao Regional de origem, para aplicação de outra penalidade. Concordando o Conselho Federal com a proposta de cassação, proferirá decisão, sob forma de acórdão, a ser redigido pelo Conselheiro Relator ou Conselheiro condutor do voto vencedor, que o assinará junto ao Presidente.

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. Quando a penalidade imposta for a cassação, o Conselho Federal fará publicar o Acórdão, ressalvado ao Conselho Regional o direito de dar publicidade ao mesmo.

Vale ressaltar que em 2023 entrou em vigor o novo Código de Processo Ético do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, aprovado pela resolução Cofen 706/2022 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2022), no qual são reformuladas as regras e procedimentos determinados para instauração de PEDs.

3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

3.5.1 Tipologia do erro

A construção da tipologia do erro foi realizada a partir de revisão de literatura e busca de informações em documentos oficiais para levantamento e análise de conceitos de erro humano. Tomou-se como base a definição estabelecida pela OMS (2011, p. 15) em que o erro é definido como “falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano”.

Em oficina, realizada com orientanda e orientadoras, foi estabelecido que a tipologia do erro seria definida a partir do tipo de dano causado ao paciente (Quadro 2). Para essa definição foi utilizada a palavra *sequela*, escolhida a partir de consulta sobre seu significado em diversos dicionários da língua portuguesa, e conceituada como “consequência, efeito, sucessão” (FERNANDES, 1996).

Quadro 2 - Tipologia do erro

TIPOLOGIA DO ERRO	CARACTERÍSTICA
Sem consequência	Ausência de sequela no paciente
Consequência reversível	Sequela passageira
Consequência irreversível	Morte ou sequela permanente

Fonte: Elaboração própria (2020).

3.5.2 Tipologia de condições de trabalho

Para a construção da tipologia de condições de trabalho foram elaboradas variáveis sobre condições de trabalho em enfermagem. A discussão para a elaboração das variáveis ocorreu em oficina realizada entre orientanda e orientadoras, que tomaram como base as variáveis definidas por Araújo-dos-Santos (2018), a revisão de literatura sobre a precarização do trabalho em geral e no campo de trabalho em enfermagem, além da leitura dos PEDs (*corpus* documental da pesquisa). As variáveis definidas estão apresentadas no quadro 3.

Quadro 3 - Matriz de variáveis de condições de trabalho de trabalhadoras e trabalhadores do campo de trabalho em enfermagem

Nº	VARIÁVEIS
1	Estrutura física adequada
2	Existência e disponibilidade de EPI
3	Existência e disponibilidade de equipamentos e mobiliário adequado
4	Existência e disponibilidade de Protocolo Operacional Padrão
5	Existência e disponibilidade de Protocolo Assistencial Padrão
6	Participação da trabalhadora ou trabalhador em reuniões para orientação sobre o processo de trabalho
7	Satisfação com o trabalho
8	Participação da trabalhadora em atividades de Educação Permanente
9	Conhecimento da trabalhadora sobre o resultado da assistência prestada
10	Reconhecimento interno da organização sobre o desempenho da trabalhadora
11	Quantidade insuficiente de trabalhadoras para prestação da assistência
12	Supervisão do trabalho da auxiliar/técnica pela enfermeira
13	Interrupção na execução de tarefa e atividade
14	Pressão de tempo no trabalho
15	Pausa durante a jornada de trabalho
16	Sobrecarga na execução de tarefa e atividade
17	Execução do trabalho em mais de um setor durante a jornada de trabalho
18	Pressão para cumprimento de metas
19	Conflito no trabalho
20	Discriminação no trabalho
21	Violência no trabalho
22	Constrangimento no trabalho
23	Múltiplos vínculos de trabalho
24	Cerceamento de direitos trabalhistas pela organização
25	Adoecimento pela trabalhadora
26	Supervisão do trabalho da enfermeira/auxiliar/técnica pela coordenação de enfermagem

Fonte: Adaptado de Araújo-dos-Santos (2018).

A definição da tipologia de condições de trabalho foi construída a partir da transformação das variáveis qualitativas em variáveis quantitativas, ou seja, em variáveis dicotômicas, a partir da “existência” ou “não existência” de condições de trabalho precárias, enunciadas pela trabalhadora/trabalhador nos PEDs. Para tanto, definiu-se a seguinte classificação: 1- Sim (existe); 2 – Não (não existe). Essa classificação foi realizada na análise qualitativa dos PEDs, visando identificar, no corpus documental, elementos textuais que demonstrem a existência das variáveis elencadas.

A tipologia de condições de trabalho foi definida como condição de trabalho com baixa precarização, condição de trabalho com intermediária precarização e condição de trabalho com elevada precarização (Quadro 4), tomando como base os conceitos de condições de trabalho disponíveis na literatura. A definição dos escores de classificação foi realizada a partir do

cálculo de tercil em relação ao número de variáveis existentes em cada processo. O ponto de corte para cada escore de classificação foi estabelecido após a construção do banco de dados e análises das frequências das variáveis da pesquisa.

Quadro 4 - Tipologia das condições de trabalho

TIPOLOGIA	ESCORE DE CLASSIFICAÇÃO
Condição de trabalho com baixa precarização	De 01 a 04
Condição de trabalho com intermediária precarização	>4 a <10
Condição de trabalho com elevada precarização	>=10 a 13

Fonte: Elaboração própria (2020).

3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para esse estudo foi utilizado como variável dependente a tipologia de erro, variável resposta, e como variável independente, variável causa, utilizou-se a tipologia de condições de trabalho.

Os dados foram examinados quanto à normalidade de distribuição e homogeneidade de variância. Foram feitas análises descritivas para todas as variáveis, com cálculo de frequências absolutas (n). Para as análises bivariadas foi utilizado o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher. Para estimar a medida de associação entre condições de trabalho e categorias gerais (período de ocorrência, tipo de denúncia, número de trabalhadoras(es) envolvidos, tipo de serviço, unidade de produção de serviço de saúde e paciente), e entre condições de trabalho e tipo de erro, foi realizada a análise multivariada com modelo de regressão logística múltipla, estimando-se as *odds ratio* (OR), com intervalo de confiança a 95% ($p < 0,20$). Para a tabulação e análise dos dados foi usado o software *Statistics 22 win*.

Para a obtenção de resultados mais precisos, agregou-se a variável condições de trabalho ruim/muito ruim com a variável condições de trabalho péssima para a análise de associação entre erro e as categorias gerais. Para a associação entre erro e condições de trabalho também agregou-se as categorias tipo de erro “com consequência reversível” e tipo de erro “com consequência irreversível” na categoria tipo de erro “com consequência”.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa está vinculada ao projeto matriz Erro Profissional em Enfermagem, financiado pela FAPESB, edital PPSUS/BA n. 030/2013. O projeto matriz foi submetido e tem

aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, parecer nº 632.501 e CAAE nº 28046914.7.0000.5531 (Anexo 1), atendendo todos os preceitos preconizados pela Resolução 466/2012. Também obteve o consentimento da direção dos Corens para acesso aos arquivos.

3.8 LIMITES DO ESTUDO

O limite desse estudo é a utilização de dados secundários de documentos estruturados, os PEDs, dado que no contexto da ocorrência do erro humano há muito mais elementos que não são possíveis de serem captados nesses documentos devido à estrutura processual definida a partir de uma tipologia e de um fluxo de processos estabelecidos pela autarquia pública Cofen. Além disso, o conteúdo dos PEDs revela escassez e falta de cuidado na descrição das informações e, até mesmo, ausência de informações consideradas importantes para o julgamento do caso-erro, tanto nos relatórios de instruções, quanto nos registros dos depoimentos das partes envolvidas.

O número reduzido da amostra também é considerado um limite para este estudo, pois impossibilita mensurar com precisão estatística a associação entre ocorrência de erro e condições de trabalho, mesmo sendo utilizado todos os eventos registrados nos Corens da Região Nordeste participantes da pesquisa, a amostra estudada pode ter implicado à redução da significância estatística das associações estudadas.

4 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa estão dispostos nos seguintes artigos: Artigo 1 - Caracterização da produção científica sobre erro no trabalho em saúde, artigo publicado na Revista Acta Paulista de Enfermagem; Artigo 2 - Análise de Códigos de Ética em Enfermagem em diferentes países, artigo submetido na Revista da Escola de Enfermagem da USP; Artigo 3 - Associação entre erro e condições de trabalho em enfermagem.

4.1 ARTIGO 1 - CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE ERRO NO TRABALHO EM SAÚDE

Caracterização da produção científica sobre erro no trabalho em saúde

Characterization of scientific production on errors in health work

Caracterización de la producción científica sobre error en el trabajo en salud

Daniely Oliveira Nunes Gama

Dhuliane Macêdo Damascena

Tatiane Araújo dos Santos

Handerson Silva Santos

Cristina Maria Meira de Melo

Tatiane Cunha Florentino

Laís de Oliveira Conceição

Ednir Assis de Souza

Resumo

Objetivo: Caracterizar a produção científica nacional e internacional sobre erro no trabalho em saúde no período de 2000 a 2020.

Métodos: Trata-se de revisão integrativa de literatura, de estudos nacionais e internacionais, realizada nas bases MEDLINE, LILACS/BIREME, PubMed e SciELO. Foram encontrados 4164 estudos, sendo 148 incluídos e submetidos a análise de conteúdo temática. As buscas foram realizadas no período de janeiro a março de 2020 e abril de 2021. Os resultados foram sistematizados em três categorias temáticas.

Resultados: Na categoria Características dos estudos sobre erros, evidenciou-se que as categorias profissionais mais frequentes na ocorrência do erro são enfermeiras(os), médicos e farmacêuticos; quanto à Características do erro no trabalho em saúde, os tipos mais relatados são erro de medicação, de diagnóstico e na assistência de enfermagem, incluindo queda de pacientes, flebites decorrentes de cateteres venosos periféricos, ocorrência de úlceras por

pressão e extubação de drenos, cateteres e sondas; e no Contexto para a ocorrência do erro, foram identificados elementos individuais e do contexto do trabalho, destacando-se este último.

Conclusão: Evidenciou-se que a ocorrência de erros no trabalho em saúde ocorre em um contexto de precarização do trabalho, com processos de trabalho marcados pela heterogeneidade. A partir da compreensão de que os trabalhadores da saúde erram e que a precarização do trabalho potencializa a ocorrência de erros, faz-se necessário a reorganização dos sistemas de saúde para que sejam reduzidas as oportunidades para o acontecimento de erros e que sejam promovidos os aprendizados quando estes ocorrerem.

Descritores: Segurança do paciente; Erros de medicação; Erros médicos; Cuidados de enfermagem; Condições de trabalho.

Abstract

Objective: To characterize the national and international scientific production on errors in health work from 2000 to 2020.

Methods: This is an integrative literature review of national and international studies, carried out in the MEDLINE, LILACS/BIREME, PubMed and SciELO databases. A total of 4164 studies were found, 148 of which were included and submitted to thematic content analysis. The searches were carried out from January to March 2020 and April 2021. The results were systematized into three thematic categories.

Results: In the category Characteristics of studies on errors, it was evidenced that the most frequent professional categories in error occurrence are nurses, physicians and pharmacists; regarding Characteristics of error in health work, the most reported types are medication, diagnosis and nursing care errors, including patient falls., phlebitis resulting from peripheral venous catheters, occurrence of pressure ulcers and extubation of drains, catheters and probes;

and in Context for error occurrence, individual elements and work context were identified, highlighting the latter.

Conclusion: It was evident that error in health work occurs in a context of precarious work, with work processes marked by heterogeneity. From the understanding that health workers make mistakes and that the precariousness of work enhances error occurrence, it is necessary to reorganize health systems so that the opportunities for errors to occur are reduced and that learning is promoted when they occur.

Keywords: Patient safety; Medication errors; Medical errors; Nursing care; Working conditions.

Resumen

Objetivo: Caracterizar la producción científica nacional e internacional sobre el error en el trabajo en salud en el período de 2000 a 2020.

Métodos: Se trata de una revisión integrativa de literatura, de estudios nacionales e internacionales, realizada en las bases MEDLINE, LILACS/BIREME, PubMed y SciELO. Se encontraron 4164 estudios y 148 fueron incluidos y sometidos a un análisis temático de contenido. Las búsquedas se realizaron en el período de enero a marzo de 2020 y abril de 2021. Los resultados fueron sistematizados en tres categorías temáticas.

Resultados: En la categoría Características de los estudios sobre errores, se evidenció que las categorías profesionales más frecuentes en la ocurrencia del error son enfermeras(os), médicos y farmacéuticos; con relación a las Características del error en el trabajo en salud, los tipos más relacionados son error de medicación, de diagnóstico y en la asistencia de enfermería, incluyendo la caída de pacientes, flebitis resultantes de catéteres venosos periféricos, y ocurrencia de úlceras por presión y extubación de drenaje, catéteres y sondas; y en el Contexto para la

ocurrencia del error, se identificaron elementos individuales y del contexto del trabajo, destacándose este último.

Conclusión: Se evidenció que la ocurrencia de errores en el trabajo en salud se da en un contexto de precarización del trabajo, con procesos de trabajo marcados por la heterogeneidad. A partir del entendimiento de que los trabajadores de la salud cometen errores y que la precarización del trabajo potencia la ocurrencia de errores, se hace necesario reorganizar los sistemas de salud para que se reduzcan las oportunidades de que los errores ocurran y que se promuevan los aprendizajes cuando estos ocurran.

Descriptor: Seguridad del paciente; Erros de medicación; Errores médicos; Cuidados de enfermeira; Condiciones de trabajo.

Introdução

Erro, de acordo com a Teoria do erro humano, é compreendido como um ato não intencional, próprio da natureza humana, abrangendo todas as ocasiões em que as ações planejadas e executadas não atingem o resultado esperado.⁽¹⁾

Ainda de acordo com essa teoria, o erro é um fenômeno que se associa, comumente, a realização de tarefas em sistemas complexos e pouco controlado. Ao considerar que o trabalho em saúde se estrutura como um sistema complexo e dinâmico caracterizado pelo consumo de diferentes níveis de tecnologias e por uma intensa relação e interação entre trabalhadores e usuários, determinados contextos podem tornar-se passíveis à ocorrência de erros.

No trabalho em saúde, a ocorrência de erros repercute na imagem e confiabilidade da organização de saúde, eleva os custos dos serviços de saúde e coloca em risco a integridade física e emocional dos pacientes, podendo causar-lhes danos temporários, permanentes e, em situações mais graves, o óbito. Para os trabalhadores da saúde, o erro indica a vulnerabilidade no trabalho precarizado, a depreciação profissional e está frequentemente relacionado a

sentimentos de vergonha e culpa, dada a abordagem punitiva adotada pelas organizações e autarquias que regulam o exercício profissional.^(2,3)

Cabe destacar, que no contexto da produção dos serviços de saúde, a segurança do paciente e dos trabalhadores e o desenvolvimento do trabalho, em ambiente e em condições seguras, são confrontados com pressões econômicas, pressão de tempo e de produtividade, da concorrência, do tipo de serviço prestado e da política de trabalho da organização. Associam-se, ainda, à pressão provocada pela elevada carga de serviço e pela rígida estrutura hierárquica do processo de trabalho em saúde.^(4,5) Deve-se, tendo em vista que o erro no trabalho em saúde deve ser considerado um fenômeno estrutural, este ser examinado com base no contexto de trabalho, nas modificações das estratégias organizacionais, na variabilidade e na multiplicidade de atividades desenvolvidas.

Diante dessa problemática, questiona-se: “O que a produção científica nacional e internacional revela sobre o erro no trabalho em saúde?”. O objetivo do artigo é caracterizar a produção científica nacional e internacional sobre erro no trabalho em saúde no período de 2000 a 2020. A caracterização sobre o erro em saúde pode contribuir para revelar a ocorrência do erro como um fenômeno complexo, sistêmico e questionar a abordagem individual e moral, ainda hegemônica nos serviços de saúde.

Métodos

Trata-se de revisão integrativa da literatura elaborada com base nas seis etapas recomendadas pelo método⁽⁶⁾ e obedecendo um protocolo de busca de artigos estruturados pelos autores com os seguintes passos: elaboração da pergunta norteadora; definição dos critérios de inclusão e exclusão dos manuscritos científicos; análise criteriosa dos resumos dos estudos encontrados; leitura e avaliação dos manuscritos selecionados utilizando o *checklist Critical Appraisal Checklist For Interpretive & Critical Research (JBI-QARI)*; análise e interpretação dos dados encontrados; categorização dos dados e síntese dos estudos.

Os critérios de inclusão foram manuscritos completos, em formato de artigo original, que abordavam o erro no trabalho em saúde, publicados no período de 2000 a 2020 e que apresentassem o resumo em inglês. A delimitação do período de publicação, como critério de inclusão, considerou a publicação do marco científico sobre a temática, o relatório “*The is error human*”, do Instituto Americano de Medicina, no ano 2000. Foram excluídos manuscritos de revisão de literatura, revisão sistemática e repetidos nas bases de dados. A busca nas bases de dados foi realizada por dois autores, simultaneamente, sendo o período de busca de janeiro a março de 2020 e abril de 2021, incluindo as bases *Comprehensive Medline* (MEDLINE), *Web of Science*, *Scopus* e *Literatura Latinoamericana y del Caribe de Información en Ciencias de La Salud* (LILACS/BIREME), *National Center for Biotechnology Formation* (PubMed) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

A estratégia de busca foi composta pela combinação dos descritores Patient safety AND Medication errors OR Medical error. Os descritores estavam disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH) no idioma inglês. A busca foi realizada com os termos em inglês, pois, independentemente da língua em que os artigos foram escritos originalmente todos continham resumos em inglês.

O levantamento identificou 4.164 publicações, sendo o corpus do estudo constituído por 148 artigos (Apêndice 1) contidos nas bases de dados MEDLINE, Web of Science, Scopus, LILACS/ BIREME, SciELO. O processo de seleção foi constituído por duas etapas. Etapa 1: foram excluídas 165 publicações duplicadas e, após a leitura dos títulos e dos resumos por duas avaliadoras independentes, foram eliminados 3.064 artigos por não apresentarem elementos de associação entre o erro e o trabalho em saúde. Etapa 2: procedeu-se à leitura dos artigos na íntegra com a exclusão de 784 estudos por não atenderem à pergunta norteadora.

A figura 1 mostra a identificação, seleção e o processo de inclusão e exclusão dos artigos nesta revisão.

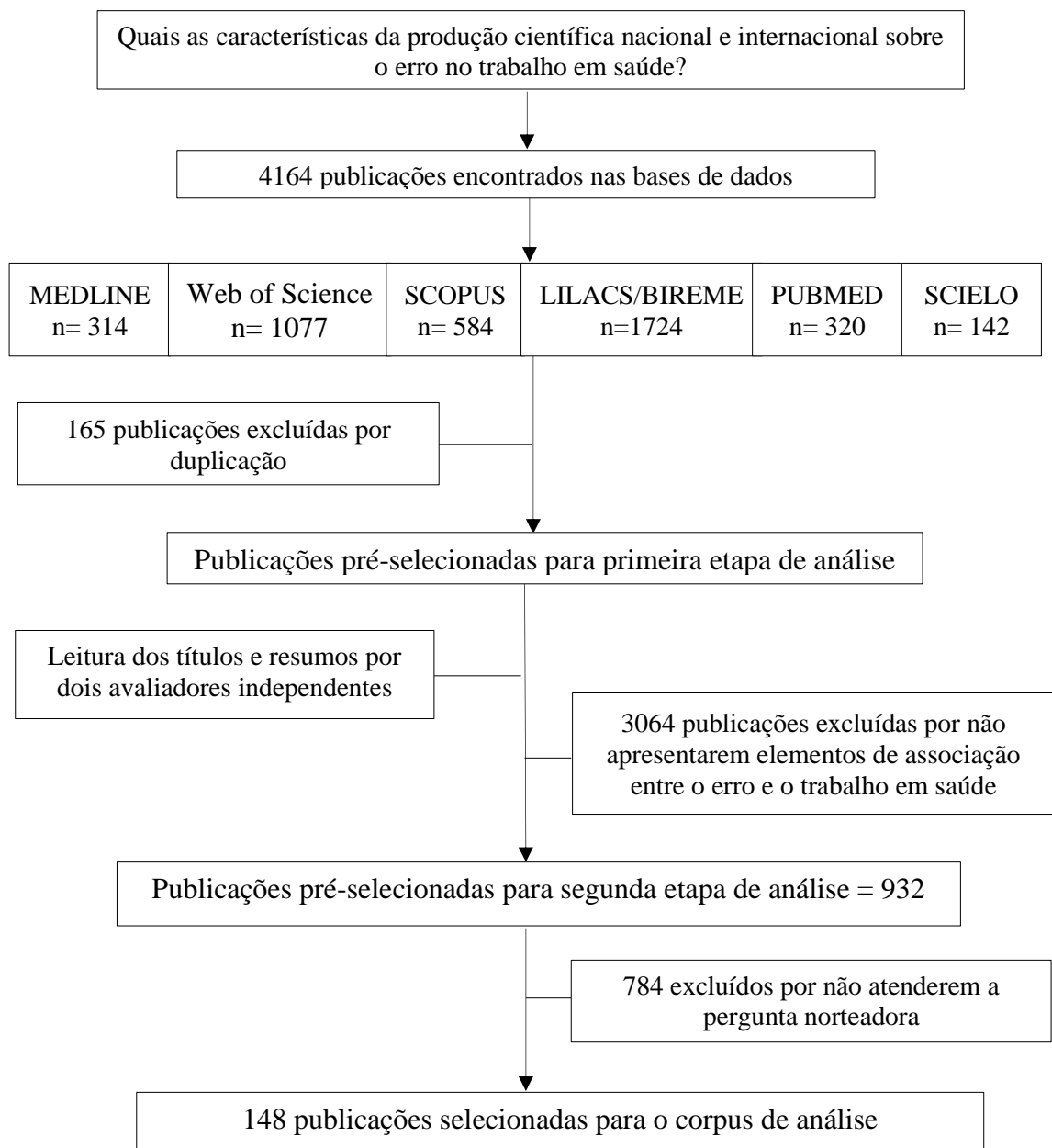


Figura 1. Identificação, seleção e o processo de inclusão e exclusão dos artigos

Adotou-se, tendo em vista a análise crítica dos estudos elegíveis, a classificação dos níveis de evidência científica da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), que abrange seis níveis: (I) evidências resultantes de metanálise e revisão sistemática; (II) evidências obtidas em ensaios clínicos com randomização; (III) evidências obtidas em ensaios clínicos sem randomização; (IV) evidências de estudos de coorte e de caso-controle; (V)

evidências oriundas de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; (VI) evidências baseadas em estudo descritivo ou qualitativo,⁽⁷⁾ conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1. Evidências baseadas em estudo descritivo ou qualitativo

Níveis de Evidência Científica	Artigos Nº/%
I - Evidências resultantes de metanálise e revisão sistemática	0(0)
II - Evidências obtidas em ensaios clínicos com randomização	1(0,7)
III - Evidências obtidas em ensaios clínicos sem randomização	1(0,7)
IV- Evidências de estudos de coorte e de caso-controle	15(10,1)
V- Evidências oriundas de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos	0(0)
VI - Evidências baseadas em estudo descritivo ou qualitativo	131(88,5)
Total	148(100)

Fonte: Dados da pesquisa

Nos artigos selecionados, conforme demonstrado na tabela 1, apenas um (0,7%) apresentou o nível de evidência científica II e um (0,7%) artigo apresentou o nível de evidência científica III; 15 (10,10%) artigos apresentaram o nível de evidência científica IV e 131 (88,50%) artigos apresentaram o nível VI. Não foram identificados artigos com nível de evidência I e V.

Após a análise, os achados nos estudos foram organizados em três categorias: Características dos estudos sobre erros, Características do erro no trabalho em saúde e Contexto para a ocorrência do erro. Para a análise dos artigos, foram seguidos os passos da revisão integrativa e, como método, a Análise de Conteúdo Temática. Os dados encontrados foram discutidos com base na literatura científica e na Teoria do Erro Humano proposta por James Reason, respeitando-se os direitos autorais e a integridade das ideias contidas nos artigos.

Resultados

As características dos estudos sobre erros evidenciaram que os artigos foram produzidos em 36 países, sendo o Brasil o país com maior número de publicações (39,19%), seguido dos EUA (10,81%), Irã e Inglaterra, com 5,40% cada um. A América do Sul produziu 43,24% dos estudos nacionais e internacionais identificados na revisão. Os países do continente asiático foram

responsáveis por 20,27%, seguido da Europa e países da América do Norte, com 14,87% cada, 5,40% pelos países do continente africano, e 1,35% por países da Oceania.

Destaca-se que 70% dos artigos foram publicados no idioma inglês, 23% na língua portuguesa e 7% em espanhol. A maioria dos artigos sobre erro no trabalho em saúde foram publicados na Revista Brasileira de Enfermagem (nove artigos), na Revista LatinoAmericana de Enfermagem (oito artigos), na ACTA Paulista de Enfermagem (sete artigos) e International Journal for Quality in Health Care (cinco artigos), Texto & Contexto Enfermagem e BMC Health Services Research (quatro artigos cada). Quanto ao período de publicação, verificou-se que o tema obteve destaque nas publicações a partir de 2011, sendo 85,13% publicados no período de 2011 a 2020. O ano de 2020 registrou o maior número de produção científica sobre erro no trabalho em saúde, 25%.

A abordagem predominante foi quantitativa (56,75%) e descritiva (37,16%); acerca do método de análise, 68,24% dos artigos utilizaram análises estatísticas e, quanto à origem dos dados, 29,72% utilizaram documentos como fonte secundária.

Na categoria erro no trabalho em saúde, verificou-se que os lócus de estudo foram hospitais (82,43%), unidades de Atenção Primária à Saúde (6,75%) e ambulatórios (1,35%). O percentual usado como fonte de dados mídia foi 1,35% e os que não tiveram local definido somam 3,78%.

As categorias profissionais predominantes foram enfermeiras(os), que representaram 27,7%, seguidas de médicos (26,8%) e farmacêuticos (9,45%). Dos 148 artigos, quatorze (9,45%) não citaram quais as categorias profissionais participantes dos estudos.

Quanto ao tipo de erro investigado, os mais frequentes foram erros de medicação (89,18%), erros de diagnóstico (5,40%) e erros na assistência de enfermagem (5,40%), que incluem, além de erros relacionados à medicação, queda de pacientes, flebites decorrentes de

cateteres venosos periféricos, ocorrência de úlceras por pressão e extubação de drenos, cateteres e sondas. Apenas um artigo teve como foco de análise erro em procedimento cirúrgico.

Em 51,3% dos estudos, os autores levaram em consideração a abordagem individual e/ou sistêmica diante da ocorrência do erro no trabalho em saúde. A abordagem individual e sistêmica esteve presente, concomitantemente, em 16,2% dos artigos. A abordagem individual foi identificada em 18,2% dos artigos analisados e a abordagem sistêmica em 16,8% dos estudos incluídos na revisão, conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2. Tipo de abordagem e elementos do contexto da ocorrência do erro

Tipo de abordagem		
Tipo	N/%	
Individual	27(18,2)	
Sistêmica	25(16,9)	
Individual + Sistêmica	24(16,2)	
Não cita	72(48,7)	
Elementos do contexto da ocorrência do erro		
Tipo de erro	Individual	Sistêmico
Erro de medicação	Paciente com mesmo nome na mesma unidade de internação; Prescrições ilegíveis, abreviaturas e itens omissos; Inexperiência da equipe de saúde; Tempo de formação inferior a 02 anos; Déficit no conhecimento; Distração; Estresse; Profissionais de saúde jovens.	Subdimensionamento de trabalhadores da saúde; Falha de comunicação entre a equipe de saúde e entre equipe de saúde e pacientes; Horas excessivas de trabalho; Supervisão inadequada das trabalhadoras da enfermagem; Falhas tecnológicas; Interrupções; Pressão de tempo; Ausência de rotinas e padrões institucionais; Ausência de recursos materiais; Medicamentos com nomes ou rótulos semelhantes; Duplo vínculo de trabalho; Baixa adesão aos programas de Educação Permanente; Estrutura inadequada das unidades de saúde; Fatores ambientais (umidade, ruídos, temperatura, iluminação).
Erro de diagnóstico	Déficit no conhecimento; Déficit nas habilidades clínicas; Não seguir o protocolo ou diretriz clínica.	Não identificado.
Erro na assistência de enfermagem	Descuido por parte das trabalhadoras da enfermagem; Omissão por parte das trabalhadoras da enfermagem.	Não identificado.
Erro em procedimento cirúrgico	Não identificado.	Não identificado.

Fonte: Dados da pesquisa.

Sobre os elementos que indicam o tipo de abordagem do erro, os estudos que abordaram o erro de medicação (89,18%) indicavam a abordagem individual e/ou sistêmica e os estudos

sobre erro de diagnóstico e erro na assistência de enfermagem apresentavam somente elementos da abordagem individual.

Na categoria contexto para a ocorrência do erro, destacou-se elementos de contexto individuais e sistêmicos, a partir do tipo de erro cometido. Quanto à ocorrência de erros no âmbito individual destaca-se, principalmente, inexperiência da equipe, formação recente, déficit no conhecimento. Já no âmbito sistêmico, o contexto para a ocorrência evidencia os elementos da precarização do trabalho em saúde, ausência de protocolos institucionais e baixa adesão e a implantação de programas de educação permanente.

Nos tipos de erro de diagnóstico, e erro na assistência de enfermagem foram identificados nos estudos apenas os elementos individuais para a ocorrência dos referidos erros, respectivamente, déficit no conhecimento, déficit nas habilidades clínicas, não seguir o protocolo ou diretriz clínica; e, o descuido e omissão por parte das(os) trabalhadoras(es) em enfermagem. Nos erros em procedimentos cirúrgicos não foram identificados os elementos de contexto individuais e sistêmicos.

Discussão

Os estudos concentram-se em quantificar, descrever e estimar a frequência e tipos de erros, decorrentes do cuidado em saúde. Essa abordagem predominante nos artigos, pode indicar que o erro no trabalho em saúde é um objeto difícil de ser investigado, com imersão na prática dos trabalhadores da saúde e no seu cotidiano de trabalho. Um argumento, para tanto, pode ser a predominância da abordagem individual do erro no trabalho, o que torna este fenômeno um tabu nas organizações de saúde, considerando que a cultura de aprender com o erro ainda não tem registro.

Os erros de medicação, nos serviços de saúde, são objeto de preocupação em diversos países. Estudo realizado para identificar e analisar eventos adversos na assistência de enfermagem verificou que 44% dos relatórios de notificação de incidentes ocorridos no local

da pesquisa foram erros de medicação.⁽⁸⁾ Isto pode ser atribuído ao fato de esses erros serem mais facilmente identificados e, também por apresentarem potencial de danos imediatos ao paciente, sendo mais frequentemente relatados pelos trabalhadores de saúde. Vale destacar que, embora representem um dos tipos de erros habituais nos serviços de saúde, as evidências apontam para a causalidade complexa e multifatorial.⁽⁹⁾ Ressaltase, também, que os erros na terapia medicamentosa incluem diferentes etapas: erros de dispensação, prescrição, transcrição, preparação e administração, o que envolvem diversos profissionais da equipe de saúde e, dentre eles, estão as(os) trabalhadoras(es) em enfermagem, médicos e farmacêuticos.⁽¹⁰⁾

Observou-se, em estudos produzidos, que o erro mais frequente cometido por trabalhadoras(es) da enfermagem é o erro de medicação envolvendo o processo de administração de medicamentos.⁽¹¹⁻¹⁶⁾ No entanto, queda do paciente, seguida de erro de medicação, também prevaleceu como incidentes ocorridos nas unidades hospitalares.⁽¹⁷⁾

Dentre os erros na terapia medicamentosa, a dosagem incorreta prescrita por médico (28%) e a não administração de medicamento pela(o) enfermeira(o) (29%) foram as etapas citadas como erro mais frequente em unidades de terapia intensiva neonatal.⁽¹⁸⁾ Em estudo realizado em um hospital universitário francês e em uma unidade de terapia intensiva nos EUA, identificou-se que os erros de prescrição de medicamentos, cometidos por médicos, estão entre os que mais ocorrem nos serviços de saúde e são considerados graves.^(19,20)

De modo geral, as pesquisas sobre erro no trabalho em saúde ocorreram em hospitais. 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. Outro aspecto é que 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 são poucos e iniciais os estudos que analisaram erros no trabalho em saúde fora do ambiente hospitalar.

Destaca-se também a cultura punitiva frente à ocorrência de erro como tipo de abordagem registrado nos artigos. Um estudo identificou a adoção da abordagem punitiva para as(os) trabalhadoras(es) da enfermagem que erram.⁽²¹⁾ Contudo, as considerações das autoras são direcionadas apenas para a segurança do paciente, sem mencionar a necessidade de reorganização estrutural dos serviços de saúde, já que a punição imputada não considera o contexto do trabalho ao qual as(os) trabalhadoras(es) são submetidas(os). Esse tipo de abordagem estimula a sensação de medo da punição e a imposição de culpa nos profissionais envolvidos, sendo, em geral, as contramedidas adotadas para a adequação do comportamento humano.⁽²²⁾

Entretanto, ressaltam-se alguns estudos que apresentaram abordagem mista (individual e sistêmica) no gerenciamento do erro.^(23,24) Isso pode representar um avanço para a mudança de paradigma quando da ocorrência de erros no trabalho em saúde. A cultura punitiva encontra-se em transição, ao passo que os trabalhadores da saúde percebem a finalidade não punitiva da notificação do erro.⁽²⁵⁾ É importante ressaltar que a busca por culpados e a punição dos trabalhadores não têm impacto na redução dos erros e na implantação de estratégias para preveni-los.

Quanto aos elementos do contexto para a ocorrência do erro, destaca-se a inexperiência da equipe de saúde, registro ilegível de prescrições, uso de abreviaturas, tempo de formação profissional inferior a dois anos, déficit no conhecimento, estresse, distração e profissionais mais jovens, sendo estes fatores relativos a características individuais dos profissionais.^(18,25-29)

Já em outros estudos,⁽³⁰⁻³³⁾ revelou-se a precarização do trabalho. A precarização do trabalho é um sistema político que visa à dominação e à disseminação do medo, criando um contexto de insegurança permanente no trabalhador, submetendo-o à exploração.⁽²⁸⁾ O processo de trabalho em saúde desenvolve-se em um contexto de precarização, independentemente das

particularidades do contexto de cada país, de cada tempo e do lugar. Embora disseminada, a precarização do trabalho não atinge todos os países e todos os trabalhadores do mesmo modo.

Um cenário que revela a influência da precarização na ocorrência do erro foi apontado em estudo, realizado em 44 hospitais psiquiátricos japoneses, que evidenciou que a administração incorreta de medicamentos era comum em unidades com menos enfermeiros(as).⁽¹⁵⁾ Em estudo sobre experiências com erro e suas possíveis causas, em dois hospitais de ensino, foi evidenciado que a causa mais frequente para a ocorrência de erro foi o excesso de horas de trabalho (19%).⁽³¹⁾

Acrescenta-se também um estudo realizado em um hospital brasileiro, que demonstrou que as ocorrências de eventos adversos foram atribuídas à sobrecarga de trabalho, aumentando o número de dias de internação do paciente e o risco de óbito.^(32,33)

Os elementos de contexto para a ocorrência do erro podem ainda ter relação com a organização do processo de trabalho em saúde e em enfermagem. A ausência de rotinas e de padrões institucionais permite que a assistência aos pacientes se produza de modo heterogêneo, deixando para cada trabalhador a decisão sobre o que considera adequado e melhor para cada paciente, o que pode condicionar a ocorrência de erros.

A supervisão inadequada das(os) trabalhadoras(es) em enfermagem é um problema apontado. Deve-se considerar que o trabalho em enfermagem se organiza de forma distinta para as diferentes categorias e que a natureza gerencial-assistencial do trabalho da(o) enfermeira(o) é uma característica singular do seu processo de trabalho que, no cotidiano dos serviços de saúde, produz sobrecarga de atividades, dificultando que a enfermeira exerça a supervisão sobre o trabalho da equipe de auxiliares e técnicos em enfermagem.⁽²⁾

Outro fator que deve ser considerado é a baixa adesão aos programas de educação permanente nas organizações de saúde. Essa baixa adesão associa-se ao cenário de precarização

do trabalho devido a inadequação da estrutura física, dificuldade de compreensão da metodologia e as múltiplas jornadas de trabalho dos trabalhadores.⁽³⁴⁾

Nos erros de diagnóstico e erros na assistência em enfermagem, foram registrados, nos artigos analisados, apenas elementos de contexto centrados no indivíduo e nas falhas humanas. Nos erros em procedimentos cirúrgicos, não foram referidos fatores individuais e sistêmicos.

A análise aponta ainda a manutenção, na produção científica sobre o erro no trabalho em saúde, do paradigma da abordagem individual, com frágil abordagem sobre aspectos sistêmicos que incidem para a sua ocorrência, considerando a heterogeneidade e complexidade do trabalho e da produção dos serviços de saúde em diferentes contextos.

O limite do estudo refere-se às publicações disponíveis. Sabe-se que o erro em saúde ainda se constitui como um tabu nas organizações de saúde, o que pode limitar a quantidade de pesquisas realizadas.

Os resultados deste estudo podem contribuir para que os elementos de contexto sejam considerados e investigados nas pesquisas sobre erros e, também, oferecer subsídios para que o uso da abordagem sistêmica na ocorrência do erro supere a abordagem punitiva, dando sentido à cultura de segurança nos serviços de saúde.

Conclusão

O estudo demonstra que a ocorrência de erros no trabalho em saúde insere-se em um contexto de precarização do trabalho, com processos de trabalho distintos e marcados pela heterogeneidade, com instrumentos de trabalho insuficientes e déficit nos processos de gestão do trabalho e na formação para o trabalho. Assim, na abordagem do erro no trabalho em saúde, deve-se focar menos em aperfeiçoamento do comportamento individual e sim em abordagens sistêmicas. A incipiência no desenvolvimento de pesquisas sobre associação de erro e condições de trabalho indica que o investimento deve ser direcionado ao conhecimento das causas e determinantes do erro visando subsidiar as organizações de saúde que assumem a segurança do

paciente e dos trabalhadores e trabalhadoras como temas estratégicos para o alcance dos seus objetivos.

Referências

1. Reason, J. El error humano. 1a Ed. Madrid: Modus Laborandi, 2009.
2. Santos HS. Análise do discurso sobre erro no trabalho em enfermagem. 2018. 139 f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.
3. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. [Internet]. 2000. [cited 2020 Jun 12]; 320(7237): 768–70.
4. World Health Organization. Conceptual framework for the international classification for patient safety. Final Technical Report. Lisboa, 2009. Available from: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.
5. Silva-Santos H, Araújo-dos-Santos T, Alves AS, Silva MN, Costa HOG, Melo CMM. Error producing conditions in nursing staff work. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2020 July 12]; 71(4):1858-64.
6. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nur* [Internet]. 2005 [cited 2020 July 12]; 52(5):543-53.
7. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097.
8. Lima Neto AV, Antunes da Silva F, Brito GMOL, Elias TMN, Sena BAC, Oliveira RM. Análisis de las notificaciones de eventos adversos en un hospital privado. *Enfermería Global*. [Internet]. 2019 [cited 2020 July 12]; 18 (3):314-43. Available from: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/325571>. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325571>.
9. Santos PRA, Rocha FLR, Sampaio CSJC. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. *Rev. Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2019 [cited 2020 July 12]; 40(spe):e20180347.
10. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. About Medication Errors | NCC MERP [Internet]. New York, NY: National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. 2019. Available from: <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors>.
11. Souza VS, Inoue KC, Oliveira JLC, Freitas GF, Barlem JGT, Marcon SS, et al. Desdobramentos judiciais do erro na enfermagem. *Acta paul. enferm*. [Internet]. 2019 [cited 2020 July 12]; 32(6):700-706. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000600700&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900096>.

12. Hoffmeister LV, Moura GMSS, Macedo APMC. Learning from mistakes: analyzing incidents in a neonatal care unit. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2019 [cited 2020 July 12]; 27:e3121. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100314&lng=en. Epub Feb 04, 2019. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2795.3121>.
13. Campos CEK, Feldman LB, D’Innocenzo M. Use of the Conceptual Framework of the International Classification on Patient Safety in Nursing Ethical-Disciplinary Processes. *Enferm. glob.* [Internet]. 2017 [cited 2020 July 09]; 16(48):151-184. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n48/pt_1695-6141-eg-16-48-00151.pdf. <https://10.6018/eglobal.16.3.250761>.
14. Sulistiadi W, Purwadi AG, Asyary A. Addressing the Medical Errors in the Re-Organized Healthcare in Indonesia. *Ann Ig.* 2020;32(5):567-76.
15. Lessa SRO, Bezerra JNM, Barbosa SMC, Luz GOA, Borba AKOT. Prevalência e fatores associados para a ocorrência de eventos adversos no serviço de hemodiálise. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2020 July 12]; 27(3):e3830017.
16. Ito H, Yamazumi S. Common types of medication errors on long-term psychiatric care units. *Int J Qual Health Care.* [Internet]. 2003 [cited 2020 July 11]; 15(3):207-12.
17. Lorenzini E, Santi JAR, Bão ACP. Patient safety: analysis of the incidents notified in a hospital, in south of Brazil. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2014 [cited 2020 July 11]; 35(2):121-7.
18. Eslami K, Aletayeb F, Aletayeb SMH, Kouti L, Hardani AK. Identifying medication errors in neonatal intensive care units: a two-center study. *BMC Pediatr.* [Internet]. 2019 [cited 2020 July 12]; 19(1):365. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31638939/>. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1748-4>.
19. Ranchon F, Salles G, Späth HM, et al. Chemotherapeutic errors in hospitalised cancer patients: attributable damage and extra costs. *BMC Cancer.* [Internet]. 2011 [cited 2020 July 02]; 11:478.
20. Rothschild JM, Landrigan CP, Cronin JW, Kaushal R, Lockley SW, Burdick E, Stone PH, Lilly CM, Katz JT, Czeisler CA, Bates DW. The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. *Crit Care Med.* [Internet]. 2005 [cited 2020 July 12]; 33(8):1694-700.
21. Carvalho VT, Cassiani SHB. Erros na medicação e consequências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2002 [cited 2020 July 12]; 10(4):523-29.
22. Marchito M. El error humano y la gestión de seguridad: la perspectiva sistémica en las obras de James Reason. *Laboreal, Granada.* [Internet]. 2011 [cited 2020 May 16]; 7(2) :56-64, 2011.

23. Mekonen EG, Gebrie MH, Jemberie SM. Magnitude and associated factors of medication administration error among nurses working in Amhara Region Referral Hospitals, Northwest Ethiopia. *J Drug Assess*. 2020;9(1):151-8.
24. Heneka, N, Shaw T, Rowett D, Lapkin S, Phillips JL. Exploring factors contributing to medication errors with opioids in Australian specialist palliative care inpatient services: a multi-incident analysis. *J Palliat Med*. 2018;21(6):825-35.
25. Paiva MC, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DM, Lima SA, Juliani CM. The reasons of the nursing staff to notify adverse events. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(5):747-54.
26. Miasso AI, Oliveira RC, Silva AE, Lyra Junior DP, Gimenes FR, Fakh FT, et al. Prescription errors in Brazilian hospitals: a multi-centre exploratory survey. *Cad Saude Publica*. 2009;25(2):313-20.
27. Beckett RD, Sheehan AH, Reddan JG. Factors Associated with reported preventable adverse drug events: a retrospective, case-control study. *Ann Pharmacother*. 2012;46(5):634-41.
28. Ashcroft DM, Lewis PJ, Tully MP, Farragher TM, Taylor D, Wass V, et al. Prevalence, nature, severity and risk factors for prescribing errors in hospital inpatients: prospective study in 20 UK Hospitals. *Drug Safety*. 2015;38(9):833-43.
29. Ibrahim OM, Ibrahim RM, Meslamani AZ, Mazrouei NA. Dispensing errors in community pharmacies in the United Arab Emirates: investigating incidence, types, severity, and causes. *Pharmacy Pract (Granada)*. 2020;18(4):2111.csq
30. Slight SP, Howard R, Ghaleb M, Barber N, Franklin BD, Avery AJ. The causes of prescribing errors in English general practices: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2013;63(615):e713-20.
31. Bourdieu P. *Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal*. Rio de Janeiro: Zahar; 1998.
32. Jagsi R, Kitch BT, Weinstein DF, Campbell EG, Hutter M, Weissman JS. Residents report on adverse events and their causes. *Arch Intern Med*. 2005;165(22):2607-13.
33. Novaretti MC, Santos EV, Quitério LM, Daud-Gallotti RM. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(5):692-9.
34. D'Ávila LS, Assis LN, Melo MB, Brant LC. Adherence to the Ongoing Education Program for family doctors in a southeastern Brazilian state. *Cienc. Saude Colet*. 2014;19(2):401-16.

4.2 ARTIGO 2 - ANÁLISE DE CÓDIGOS DE ÉTICA EM ENFERMAGEM EM DIFERENTES PAÍSES

Análise de Códigos de Ética em Enfermagem em diferentes países

Tatiane Cunha Florentino

Daniely Oliveira Nunes Gama

Tatiane Araújo dos Santos

Handerson Silva Santos

Ithana Queila Borges Pizzani Ferreira

Camila Lima Silva

Victória da Silva Almeida

RESUMO

Objetivo: Analisar a abordagem do erro em enfermagem nos Códigos de Ética à luz da Teoria do Erro Humano. **Método:** Estudo de abordagem qualitativa, do tipo documental. Foram utilizados Códigos de Ética de Enfermagem de diferentes países. Os dados foram coletados no período de agosto a novembro de 2020. Foram selecionados nove documentos para compor o *corpus* do estudo. Os dados foram interpretados com base na Teoria do Erro Humano proposta por James Reason. **Resultados:** Verificou-se que os erros são explorados majoritariamente a partir da infração cometida pela trabalhadora individualmente, além do apagamento do termo erro na legislação consultada. **Conclusão:** Evidenciou-se que a abordagem individual do erro é predominante nos códigos de ética do campo da enfermagem. Destaca-se a multiplicidade de termos utilizados para referir-se ao erro, denotando um apagamento sobre sua ocorrência. Assim, compreende-se que há necessidade que Conselhos e Ordens, ao reformular seus códigos de ética e estatutos, estejam atentos a corresponsabilizar as organizações de saúde pela ocorrência do erro, quando da não garantia de condições e processos de trabalho seguros.

DESCRITORES: Códigos de Ética; Enfermagem; Erro em saúde; Serviços de saúde; Precarização do trabalho.

INTRODUÇÃO

O erro humano, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é definido como falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto

de um plano⁽¹⁾. Vale destacar que o erro não ocorre intencionalmente e que fatores do contexto e as condições de trabalho são elementos determinantes para a ocorrência deste.

Na área da saúde, o erro humano ganhou notoriedade após a divulgação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health Care System* em 1999. Embora estratégias para a segurança do paciente tenham sido implementadas como prioridade internacional, estudos realizados no Reino Unido demonstraram que, em média, um erro é reportado a cada 35 segundos. Na Europa, a estimativa é que um em cada 10 usuários sejam acometidos por um erro durante o cuidado hospitalar, sendo 50% destes evitáveis⁽²⁾. Em hospitais portugueses e ingleses a incidência de erros é de aproximadamente 11%⁽³⁾.

No mundo, dentre as trabalhadoras que compõem as equipes de saúde destacam-se as trabalhadoras em enfermagem, representando a maior força de trabalho da área da saúde, ocupando 59% dos postos de trabalho⁽⁴⁾. Essas trabalhadoras são as que desenvolvem o serviço assistencial e gerencial e prestam, com mais frequência, o cuidado direto aos pacientes, em jornadas de trabalho de seis, 12 ou até 24 horas^(5,6).

Cabe enfatizar que, as trabalhadoras em enfermagem estão inseridas no contexto do trabalho em saúde, exercendo suas tarefas/atividades de forma simultânea, em uma área de atuação demarcada pela divisão técnica e social do trabalho, executada por diferentes trabalhadoras e articulado por meio de hierarquia⁽⁷⁾. Assim, o campo da enfermagem possui organização peculiar própria, é exercido por sujeitos com diferentes graus e tempo de formação e estrutura-se a partir de distintos processos de trabalho, que se resultam fracionados, o que corrobora para o desenvolvimento de erros no cuidado prestado⁽⁶⁻⁹⁾.

De acordo com a Teoria do Erro Humano proposta por James Reason, existem fatores individuais e do sistema de trabalho que coadunam para a ocorrência do erro, revelando que a trabalhadora nunca erra sozinha⁽¹⁰⁾. Em geral, elementos do contexto do trabalho, como a intensificação, sobrecarga, polivalência, inadequação e insuficiência de insumos e má condições de trabalho são variáveis da assistência à saúde que potencializam a vulnerabilidade ao erro⁽¹¹⁾.

A Teoria do Erro Humano apresenta duas formas de abordagem ao erro – individual e sistêmica. Na abordagem individual, compreende-se que o erro foi resultado de um processo de desatenção, esquecimento ou negligência da trabalhadora, responsabilizando-a isoladamente, sem considerar a influência do contexto de trabalho. Na abordagem sistêmica, o erro é resultado da junção de fatores humanos e sistêmicos, ou seja, se origina da relação entre processos cognitivos, de fatores provenientes da organização e de fatores ambientais ou sistêmicos⁽¹⁰⁾.

A Teoria do Erro Humano compreende o erro como oportunidade para aprendizagem e busca proporcionar o distanciamento da abordagem individual, que responsabiliza e pune trabalhadoras pela ocorrência do erro nas organizações⁽¹⁰⁾, dentre elas, os sistemas de saúde. Assim, a compreensão dos tipos de abordagem ao erro possibilita o entendimento do paradigma do sistema de abordagem e de gerenciamento necessários para o enfrentamento de problemas em sistemas complexos.

Considerando que a assistência à saúde propõe a prestação de um serviço livre de danos e compreendendo a necessidade de proteger a sociedade de atos inseguros que possam ser realizados por pessoas sem formação profissional, é que o trabalho em enfermagem, nos diversos países, é determinado por lei e regido por um código de ética, que compreende um conjunto de diretrizes pautadas em princípios fundamentais de um campo profissional, que inclui direitos, deveres e proibições que servem de guia para orientar o exercício profissional⁽¹²⁾.

Desta maneira, é com base no código de ética que, internacionalmente, os órgãos regulamentadores da profissão averiguam e julgam os erros em enfermagem e decidem sobre a aplicação de medidas disciplinares. Neste sentido, este artigo tem por objetivo analisar a abordagem do erro em enfermagem nos códigos de ética de diferentes países à luz da Teoria do Erro Humano proposta por James Reason. E tem como pergunta norteadora: Como é abordado o erro em enfermagem nos códigos de ética de diferentes países?

MÉTODO

Tipo de Estudo

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, do tipo documental. Foram utilizados códigos de ética de Enfermagem de diferentes países.

Coleta, Análise e Tratamento dos Dados

Os dados foram coletados no período de agosto a novembro de 2020, em sites oficiais de órgãos regulamentadores do exercício profissional da enfermagem em países em que os códigos de ética se encontravam com acesso aberto, obedecendo à perspectiva de localização de um documento por continente. No entanto, não foram encontrados códigos de ética com livre acesso na Ásia, o que possibilitou se considerar a inserção de mais de um documento de um mesmo continente.

Os critérios de inclusão dos documentos no estudo foram a diversidade geográfica, disponibilidade do documento na íntegra e documentos de acesso público. O critério de exclusão foi indisponibilidade em domínio público dos documentos oficiais.

A busca em sites oficiais resultou em nove documentos elegíveis para compor o *corpus* do estudo, sendo documentos dos seguintes países: Argentina, Austrália, Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos da América – Estado do Texas, Inglaterra, Portugal, Moçambique, conforme Quadro 1. Vale ressaltar que nos Estados Unidos da América cada estado apresenta um Código de Ética de Enfermagem próprio, e para este estudo foi selecionado o documento do estado do Texas, por ser o segundo maior Estado em termos de população e por atender aos critérios de inclusão estabelecidos. Na África, Moçambique foi o único país cujo documento oficial - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros - estava disponível. Este documento aborda as medidas disciplinares para as trabalhadoras devido à ausência do Código de Deontologia de Enfermagem no país africano.

Quadro 1 – Códigos de Ética de diferentes países que fazem parte do corpus documental da pesquisa segundo país, ano e órgão regulamentador – Salvador, BA, Brasil, 2023.

PAÍS	ANO	ÓRGÃO REGULAMENTADOR	DOCUMENTO
Argentina	1993	Subsecretaria de Salud	Leyes Reglamentaciones y Normas de Enfermería ⁽¹³⁾
Austrália	2010	Australian Nursing & Midwifery Accreditation Council	Code of Ethics for Nurses in Australia ⁽¹⁴⁾
Brasil	2017	Conselho Federal de Enfermagem	Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem ⁽¹⁵⁾
Canadá	2017	Canadian Nurses Association	Code of Ethics for Registered Nurses ⁽¹⁶⁾
Chile	2008	Subsecretaría de Salud	Código de Ética Enfermeras Universitarias de Chile ⁽¹⁷⁾
EUA – Estado do Texas	2019	Texas Board of Nursing	Texas Occupations Code and Rules Regulating the Practice of Nursing ⁽¹⁸⁾
Inglaterra	2015	The Nursing Midwifery Council	The Nursing and Midwifery Order 2001 ⁽¹⁹⁾
Portugal	1996	Ordem dos Enfermeiros de Portugal	Estatuto da Ordem dos Enfermeiros ⁽²⁰⁾
Moçambique	2016	Ordem dos Enfermeiros de Moçambique	Estatuto da Ordem dos Enfermeiros de Moçambique ⁽²¹⁾

Os documentos selecionados foram analisados por duas autoras que não estavam envolvidas no processo de busca, sendo a análise direcionada em responder a pergunta norteadora desse estudo e atendendo as seguintes etapas: 1) leitura dos Códigos de Ética; 2) coleta de informações sobre caracterização da infração disciplinar no código de ética, evidência

sobre a abordagem ao erro humano, tipo de abordagem ao erro humano, corresponsabilização da organização de trabalho frente ao erro humano, penalidades e sanções disciplinares, fatores agravantes e atenuantes das penalidades; 3) interpretação e categorização dos dados encontrados.

Os dados foram interpretados com base na Teoria do Erro Humano e organizados em categorias.

Aspectos Éticos

Este estudo não foi submetido à aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, visto que a pesquisa não envolveu a participação de seres humanos, sendo utilizado apenas documentos de domínio público.

RESULTADOS

O *corpus* do estudo é composto por nove documentos, códigos de ética de diferentes países.

Os resultados foram organizados em duas categorias a partir de evidências encontradas: Abordagem da legislação ao erro humano e Uso do termo erro nos códigos de ética.

Evidência 1 – Abordagem da legislação ao erro humano

Nos códigos de ética analisados, os erros são abordados majoritariamente a partir da infração cometida pela trabalhadora individualmente, sendo classificados quanto a sua gravidade, conforme o dano causado ao usuário do serviço de saúde, mas, quase sempre, sem considerar o contexto em que se desenvolve a atividade de trabalho.

O Código de Ética de Portugal é o único que apresenta a definição de infração disciplinar em seu documento, considerando-a uma violação, portanto um ato intencional.

Os códigos do Canadá, Austrália e Texas (EUA) apresentam características da abordagem sistêmica ao estimular as trabalhadoras a denunciarem situações de insegurança e condições desfavoráveis de trabalho, além de proteger as trabalhadoras denunciantes e, também, ao reconhecerem que estas são vulneráveis a erros humanos dentro dos ambientes de cuidado de saúde.

A Argentina destaca que as condições de trabalho favorecem o cometimento de erros, não penalizando as trabalhadoras em casos de erros em que sejam reveladas más condições de trabalho.

No Canadá e no Brasil, as organizações de saúde não são corresponsabilizadas pelos erros no trabalho em enfermagem, entretanto, são direitos das trabalhadoras receber

informações completas e verdadeiras acerca das condições materiais e os riscos para o cumprimento do trabalho e de suspender suas atividades quando não houver condições seguras.

O Código de Ética do Chile e o estatuto da Ordem dos Enfermeiros de Moçambique responsabilizam individualmente as enfermeiras pelo resultado da assistência prestada. Nos documentos da Inglaterra e do Chile a competência é enfatizada como fator que garante o cuidado seguro.

Evidência 2 - Uso termo Erro nos códigos de ética

Nesta categoria, pode-se afirmar o apagamento do termo erro na legislação consultada. Isso se fundamenta na identificação de termos como infração disciplinar, transgressão, negligência, omissão, incidente de segurança do paciente, violação, acidente, falha em cuidar e ato nocivo sendo utilizados para o julgamento de ações disciplinares, sejam elas constituídas com base no erro no trabalho em enfermagem, que são atos não intencionais, ou em atos deliberados e, portanto, intencionais, embora possam resultar em erro.

Dentre os países estudados, o estado do Texas (EUA), Inglaterra e Austrália citam o termo erro em seus Códigos de Ética de Enfermagem, ainda que de maneira superficial e ancorando a responsabilidade de prevenção dos erros às trabalhadoras.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem brasileiro, embora apresente uma versão atualizada da legislação, aborda o termo erro apenas para apontar como um dever profissional que as trabalhadoras possam recusar a executar uma prescrição de enfermagem e/ou médica caso seja identificado erro. Portanto, essa legislação faz consideração apenas ao erro em que houve o funcionamento de uma barreira: a identificação do quase-erro, da enfermeira ou do médico, e o impedimento de sua ocorrência em razão do dever da recusa de sua execução.

Encontrou-se ênfase à segurança do paciente no Código de Ética de Enfermagem do Canadá. No entanto, é com base no termo incidente de segurança do paciente, proposto pelo *Canadian Patient Safety Institute*, que os eventos relacionados a erros na assistência em enfermagem são analisados. Esta nomenclatura atende aos termos e definições adotados pela OMS por meio da Classificação Internacional para Segurança do Paciente.

DISCUSSÃO

A análise dos documentos oficiais evidenciou que embora os diferentes Códigos de Ética dos Profissionais de Enfermagem tenham como objetivo, além da proteção da sociedade, a proteção de trabalhadoras em enfermagem, acerca do erro humano no trabalho em enfermagem é predominantemente com base na abordagem individual que as legislações se

estruturam. Desse modo, preveem sanções e penalidades à trabalhadora que erra, sem considerar o ambiente em que o trabalho é executado.

As penalidades previstas são balizadas pela gravidade do dano causado ao usuário, sem mecanismos de (co)responsabilização das organizações de saúde quando o erro envolve contexto inseguro do trabalho⁽¹¹⁾ e sem direcionamento sobre a necessidade de melhorias e estratégias para mitigação de erros futuros da mesma natureza. Assim, na perspectiva dos órgãos que regulam o trabalho no campo da enfermagem, o erro é compreendido como conduta a ser corrigida por meio de punição.

No Brasil, um estudo revelou a abordagem punitiva e a gestão pelo medo como centrais na abordagem do erro pelo sistema de regulação das profissões da enfermagem e pela organização de saúde, respectivamente, com destaque para o funcionamento do erro como um antivisor, adotando o uso moral do ato de errar, ou seja, uma forma de manipulação subjetiva que, em última análise, colabora para a manutenção da precarização e da insegurança no trabalho em enfermagem⁽¹¹⁾.

Destaca-se que o sistema de autorregulação do trabalho em enfermagem recai apenas sobre as trabalhadoras jurisdicionadas e não sobre os seus empregadores. Assim, situações de precarização do trabalho para serem superadas, favorecendo a criação de barreiras para a mitigação do erro, demandaria fiscalização do Estado sobre o ambiente de trabalho e uma política de Estado sobre a segurança de paciente, para além de uma ação programática do Ministério da Saúde que sem indicadores, metas a serem alcançadas e uma direção de implantação a seguir, torna-se cumprimento burocrático.

Faz-se necessário compreender que erro no contexto contemporâneo está relacionado à precarização do trabalho⁽¹¹⁾ e considerando que o trabalho em saúde e em enfermagem constitui-se em um trabalho vivo e consumido em ato, é possível refletir que a vulnerabilidade ao erro se molda no ambiente onde se produz o trabalho. Assim, compreende-se que as condições de trabalho são um conjunto de variáveis que influenciam a atividade, o trabalho, a vida do trabalhador^(11,12) e que são determinadas pela organização de saúde, é possível inferir que os erros humanos no trabalho em enfermagem relacionam-se com os modelos de organização e de gestão dos serviços de saúde.

Chama a atenção que no Código de Ética do Canadá estejam previstas medidas para proteção ao emprego de trabalhadoras denunciadoras de más condições de trabalho produtos da crescente tendência de flexibilização e precarização do trabalho⁽¹⁶⁾. Isso porque na lógica da precarização do trabalho, a insegurança em virtude das relações precárias de trabalho e emprego

faz com que parte das trabalhadoras tenha medo de denunciar as condições de trabalho e/ou de notificar administrativamente erros para os sistemas de segurança do paciente⁽²²⁻²⁴⁾.

A ocorrência de erros em enfermagem quase sempre resulta em demissões, remanejamentos de setor de trabalho e processos administrativos⁽²⁵⁾. Tais desdobramentos individuais acontecem mesmo quando fica evidenciado que o erro resultou da insuficiência de recursos financeiros, estruturais e humanos para o efetivo planejamento e ação da assistência à saúde⁽²⁶⁾. Assim, mesmo sendo de amplo conhecimento que a provisão das condições de trabalho é responsabilidade das organizações de saúde, às mesmas não são imputadas medidas legais e disciplinares quando da ocorrência do erro ou exposição ao risco de erro e, desse modo, naturaliza-se como hegemônica a abordagem individual e punitiva do erro humano do trabalho em enfermagem.

Compreende-se que a previsão dessas medidas possa ser um modelo a ser adotado pelos demais países visando garantir a segurança do paciente e prevenção de erros. Sob essa perspectiva, entende-se que garantias legais de emprego e trabalho são meios para viabilizar a construção de uma cultura de segurança e de um horizonte no qual o erro seja reconhecido como um problema sistêmico e complexo.

Quando se trata do fortalecimento da segurança para os pacientes, trabalhadores e sociedade é requerido que o conceito do termo erro em saúde torne-se explícito e amplamente compreendido. Entretanto, observa-se que em todos os códigos de ética de enfermagem analisados há ocultação do termo erro com frequente substituição por sinônimos.

Não se trata de apenas ter o termo “erro” nos códigos, como algo vazio de sentido, mas sobre a compreensão do erro, como ato não intencional e condicionado por condições latentes e falhas ativas, e sobre qual o sistema de abordagem e gerenciamento do erro se pautará a regulação do trabalho enfermagem, compreendendo-o como um fenômeno sistêmico ou individual.

A censura identificada sobre erro em boa parte dos documentos oficiais analisados neste estudo é prenhe de sentido⁽²⁷⁾, ou seja, é um modo de não reconhecer e encará-lo conforme sua complexidade exige. Com isso, em boa medida, os sistemas de regulação e fiscalização do trabalho em enfermagem decidem politicamente a adotarem acerca do fenômeno do erro no trabalho a abordagem individual-moral-punitiva.

No que tange as nomenclaturas utilizadas para referenciar o erro, a *International Classification for Patient Safety* utiliza quatro termos: 1) incidente – evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente; 2) incidente sem lesão

- quando atingiu o paciente, mas não causou dano; 3) *near miss* - quando o incidente não atingiu o paciente; e 4) evento adverso - incidente que resulta em dano ao paciente⁽²⁸⁾.

A partir destas definições, pode-se afirmar que os próprios conceitos sobrepõem o sentido do termo erro atrelado a ideia de causar prejuízo, dano ou lesão. Também ocultam as circunstâncias envolvidas na ocorrência do erro como um fator que pode potencializar tais eventos, mantendo, ainda que de modo velado, a ideia de culpabilizar quem erra.

Esse modo de interpretação do erro, ora confundido como ética profissional, ora apagando os determinantes e condicionantes do trabalho para a sua ocorrência, sendo de fato uma derivação do controle do comportamento e dos corpos das trabalhadoras, nega o campo das relações socioambientais onde o trabalho é executado.

Embora, as nomenclaturas que perfazem os Códigos de Ética das trabalhadoras em enfermagem sejam para designar erro, além de mascará-lo demonstram que o termo ainda é tabu. Outras consequências, da ocultação do termo erro nos códigos de ética é o reforço a abordagem individual por meio do julgamento prévio do erro como um ato de negligência, imperícia e imprudência que são modalidades de culpabilização. Uma consequência disso é expressa quando há o afastamento das trabalhadoras que comentem erro e o enrijecimento de medidas de controle sobre o processo de trabalho por meio de padronizações e protocolos⁽²⁹⁾.

Mesmo os Códigos de Ética mais atuais, como o da Inglaterra, atribuem as trabalhadoras em enfermagem a responsabilidade da identificação dos riscos presentes no contexto de trabalho para a ocorrência do erro. Assim, reforçam que é uma competência da enfermeira tomar todas as medidas razoáveis para proteger as pessoas que são vulneráveis ou estão em risco de dano, negligência ou abuso, sem co-responsabilizar a organização de saúde.

Em um cenário mundial de avanço da precarização do trabalho, não reconhecer o erro como fenômeno multifatorial e correlacionado ao contexto, ocultar o termo erro na legislação regulamentadora ao ponto de conduzir a interpretação do erro como um ato intencional, revela que usuários e trabalhadoras estão, antagonicamente, desprotegidos pela legislação em enfermagem.

CONCLUSÃO

A análise dos códigos de ética e estatuto de ordem de distintos países revelou que a abordagem individual do erro é predominante no campo da enfermagem. Assim, as trabalhadoras em enfermagem são responsabilizadas tanto pela ocorrência do erro quanto pelo controle de condições de trabalho que podem ocasionar o erro, mas que devem ser providas de forma segura por seu empregador.

Destaca-se ainda a multiplicidade de termos utilizados nos códigos de ética e estatutos para referir-se ao erro, o que denota um apagamento sobre a ocorrência deste. Reconhecer e adotar o termo erro pode ajudar não somente a desmistificar a ideologia de que no trabalho em enfermagem não se pode errar, como também na adoção de barreiras de segurança mais eficazes.

Por fim, no mundo globalizado onde a precarização do trabalho atinge a todos e se apresenta cada vez mais acirrada, é preciso que Conselhos e Ordens, ao reformular seus códigos de ética e estatutos, estejam atentos a corresponsabilizar as organizações de saúde pela ocorrência do erro quando não garante condições e processos de trabalho seguros.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Conceptual framework for the international classification for patient safety: version 1.1 final technical report. 2021[cited 2021 Jan 24]. Available from: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
2. World Health Organization. Patient safety: making health care safer. 2021[cited 2021 Feb 24]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-%20eng.pdf;jsessionid=C5AFF23EF64F8F7696F80A6A18EF536A?sequence=1>
3. Correia TSP, Martins MMFPS, Forte ECN. Processes developed by nurse managers regarding the error. *Rev. Enf. Ref.* 2017;4(12):75-84. doi: 10.1590/1983-1447.2021.20200193.
4. World Health Organization. State of the word is nursing: investing in education, jobs and leadership. 2020 [cited 2021 Abr 14]. Available from: https://www.icn.ch/system/files/2021-07/WHO-SoWN-English%20Report-0402-WEB-LOW%20RES_2020.pdf
5. Bordin V, Almeida ML, Zilly A, Justino ET, Silva NDV, Faller JW. Liderança em enferma-gem na perspectiva de enfermeiros assistenciais de um hospital público da tríplice fronteira. *Rev Adm Saúde.* 2018;18(71). doi: 10.23973/ras.71.107.
6. Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. (Orgs.). *Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade.* Brasília: Editora Aben; 2022.
7. Leal JAL, Melo CMM. The nurses work process in different countries: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2018; 27(3):441-52. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0468.
8. Santos TA, Melo CMM. *Valor do trabalho da enfermeira.* Salvador: Edufba; 2019.
9. Leal JAL, Melo CMM. *Processo de trabalho da enfermeira.* Rio de Janeiro: APPRIS; 2021.
10. Reason J. *El error humano.* Madrid: Modus Laborandi; 2009.

11. Silva-Santos H, Araújo-dos-Santos T, Alves AS, Silva MN, Costa HOG, Melo CMM. Error producing conditions in nursing staff work. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(4):1858-64. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0192.
12. Oguisso T, Takashi MH, Freitas GF, Bonini BB, Silva TA. First International Code of Ethics for Nurses. *Texto Contexto Enferm.* 2019; 28:e20180140. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2018-0140.
13. Leyes Reglamentaciones y Normas de Enfermería, ATSA: Buenos Aires Conducción Celeste y Blanca, 1993 [cited 2022 mar 14]. Available from: <https://www.atsa.org.ar/uploads/pdfs/ley-de%20enfermeria.pdf>.
14. Nursing and Midwifery Board of Australia, Australian Nursing Federation. Code of Ethics for Nurses in Australia. Australia, 2008[cited 2022 mar 14]. Available from: https://www.anmfvic.asn.au/~media/files/anmf/codes%20of%20conduct/6_new-code-of-professional-conduct-for-nurses-august-2008-1-.pdf?la=en.
15. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen no 0564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF, 2017[cited 2023 jan 28]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html.
16. Code of Ethics for Registered Nurses, Canadian Nurses Association. Canadá, 2017 [cited 2022 mar 15]. Available from: <https://www.cna-aiic.ca/en/nursing/regulated-nursing-in-canada/nursing-ethics>.
17. Código de Ética Enfermeras Universitarias de Chile, Federação Panamericano de Profissionais de Enfermagem [Subsecretaría de Salud], Chile, 1991[cited 2022 mar 15]. Available from: <https://colegiodeenfermeras.cl/>.
18. Texas Occupations Code and Rules Regulating the Practice of Nursing, Texas Board of Nursing. Austin – Texas, 2019[cited 2022 mar 15]. Available from: <https://www.bon.texas.gov>.
19. The Nursing Midwifery Council. The Nursing and Midwifery Order 2001. UK Statutory Instruments, 2002 [cited 2022 jan 21]. Available from: <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2002/253/contents/made>.
20. Ordem dos Enfermeiros de Portugal. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros – aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei nº 156/2015, de 16 de setembro. Portugal, 2015[cited 2022 fev 17]. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt>.
21. Ordem dos Enfermeiros de Moçambique. Assembleia da República, Lei n.º 2/2016, de 11 de janeiro de 2016. Aprova o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros de Moçambique. Moçambique, 2016[cited 2022 fev 17]. Available from: <https://gazettes.africa/archive/mz/2016/mz-government-gazette-series-i-dated-2016-01-11-no-4.pdf>.

22. Gama DO, Damascena DM, Santos TA, Santos HS, Melo CM, Florentino TC, et al. Caracterização da produção científica sobre erro no trabalho em saúde. *Acta Paul Enferm.* 2022; 33:1-8. doi: 10.37689/acta-ape/2022AR03563.
23. Alsulami SL, Sardidi HO, Almuzaini RS, Alsaif MA, Almuzaini HS, Moukaddem AK, Kharal MS. Knowledge, attitude and practice on medication error reporting among health practitioners in a tertiary care setting in Saudi Arabia. *Saudi Med J.* 2019;40(3):246-251. doi: 10.15537/smj.2019.3.23960.
24. Dyab EA, Elkalmi RM, Bux SH, Jamshed SQ. Exploration of Nurses' Knowledge, Attitudes, and Perceived Barriers towards Medication Error Reporting in a Tertiary Health Care Facility: A Qualitative Approach. *Pharmacy (Basel).* 2018;6(4):120. doi: 10.3390/pharmacy6040120.
25. Morrudo EQ, Figueiredo PP, Silveira RS, Barlem JGT, Oliveira SG, Ramos FC. Errors in medicinal therapy and the consequences for nursing. *Rev Pesq Cuid Fundam.* 2019;11(1):88-96. doi: 10.9789/2175-5361.2019.v11i1.88-96.
26. Souza VS, Matsuda LM, Freitas GF, Marcon SS, Costa MAR. The hidden experience of nursing professionals sued for error. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e03668. doi: 10.1590/S1980-220X2019036703668.
27. Orlandi EP. *Discurso e texto: Formação e circulação dos sentidos.* Campinas: Pontes; 2008.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
29. Mangilli DC, Assunção MT, Zanini MTB, Dagostin VS, Soratto MT. Ethical role nurses face with medication errors. *Enferm Foco.* 2017; 8(1):62-6. doi: 10.21675/2357-707X.2017.v8.n1.878.

4.3 ARTIGO 3 - ASSOCIAÇÃO ENTRE ERRO E CONDIÇÕES DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

ASSOCIAÇÃO ENTRE ERRO E CONDIÇÕES DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

Daniely Oliveira Nunes Gama

Tatiane Araújo dos Santos

Cristina Maria Meira de Melo

Handerson Silva Santos

Maria Enoy Neves Gusmão

RESUMO

Objetivo: verificar a associação entre a ocorrência de erro e as condições de trabalho em enfermagem.

Método: estudo epidemiológico exploratório, analítico, do tipo corte transversal, incluindo o total de 19 processos ético-disciplinares tramitados, julgados e arquivados nos Conselhos Regionais de Enfermagem da Região Nordeste, no período de 2000 a 2018, cujo objeto de denúncia é o erro cometido por trabalhadores/as em enfermagem. Foi utilizado o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher para verificar a relação entre variáveis de condições de trabalho e erro e análise multivariada com modelo de regressão logística múltipla para estimar a medida de associação *odds ratio*, com intervalo de confiança de 95% ($p < 0,20$) para todas as análises estatísticas.

Resultados: as análises evidenciam que as condições de trabalho podem interferir na ocorrência de erro, não importando o tipo de serviço em que o erro ocorre. Verifica-se que aumenta a chance de ocorrer erro “sem consequência” para o paciente em condições de trabalho ruim/muito ruim. Os erros mais graves, “com consequência irreversível” para o paciente, só ocorrem a partir de condições de trabalho mais adversas. Verifica-se que há proteção de 52% (OR= 0,48% [0,16; 11,80]; (1-0,48)) na ocorrência de erro ao se comparar a ocorrência deste em péssimas condições de trabalho com baixas condições de trabalho.

Conclusão: existem evidências de associação entre ocorrência de erro e condições precárias de trabalho. Erros mais graves, com consequência irreversível para o paciente, ocorrem a partir de condições de trabalho tipificadas como ruim/muito ruim/péssima.

DESCRITORES

Erros de medicação. Condições de trabalho. Cuidados de enfermagem. Enfermagem. Segurança do paciente.

INTRODUÇÃO

A Teoria do Erro Humano o compreende como um ato não intencional, próprio da natureza humana, que decorre de uma ação planejada na qual o resultado não alcança o esperado. Em sistemas com maior complexidade e pouco controlados, o erro é considerado um fenômeno associado à realização do trabalho.¹

Os sistemas de saúde do mundo, considerados sistemas complexos e dinâmicos, são cenários para a ocorrência de erro humano, o que coloca em risco a vida de pacientes, além de afetar a vida de trabalhadoras(es) dessa área, gerando consequências econômicas e sociais, tais como elevação dos custos dos serviços de saúde, repercussão na imagem e confiabilidade organizacional, sequelas e mortes de pacientes.²

No campo do trabalho em enfermagem, a ocorrência do erro humano se relaciona com o local de produção desse trabalho, os serviços de saúde, e com as características próprias desse campo, sobretudo com a variabilidade e a simultaneidade entre produção e consumo desse trabalho; com as condições de trabalho as quais trabalhadoras(es) são submetidas(os) e com as peculiaridades das diferentes profissões que atuam nesse campo de trabalho e às formas de organização do processo de trabalho em enfermagem.³

Assim, compreende-se que as condições de trabalho estão relacionadas a fatores que direta ou indiretamente interferem na realização de uma tarefa (trabalho prescrito/ planejado) ou atividade (ação realizada), e são consideradas condições latentes produtoras de erro. Quando as condições de trabalho são precárias podem ampliar o potencial do dano.³

A divisão técnica do trabalho no campo da enfermagem reflete as relações de poder, em decorrência não só da organização do processo de trabalho em saúde, como pelas diferentes atividades desenvolvidas correlatas a cada profissional (enfermeiras(os), técnicas(os) e auxiliares) e pelos salários diferentes, mas também pelas consequências ocasionadas pela fragmentação do processo de trabalho em enfermagem. No campo da enfermagem o trabalho assume significados diferentes e valores distintos para cada categoria profissional, potencializando a precarização do

trabalho, o que pode contribuir para a ocorrência de erros na execução da assistência.⁴

Na perspectiva da regulação do trabalho em enfermagem no Brasil, verifica-se que esta regulação é direcionada para cada procedimento técnico-assistencial e, assim, para cada trabalhadora(or), o que contribui para acentuar a fragmentação do processo de trabalho em enfermagem e manter o foco das organizações de saúde na abordagem individual do erro.

É nesse contexto de organização do processo de trabalho, regulação e condições de trabalho em enfermagem que trabalhadoras(es) desse campo desenvolvem seu processo de trabalho e registra-se a ocorrência de erros. Essa estruturação desconsidera o contexto da precarização do trabalho em saúde e em enfermagem, o contexto particular da unidade de produção de serviços de saúde onde acontece o erro, da especificidade da organização do trabalho em enfermagem, a natureza coletiva do trabalho em saúde, a responsabilidade das instituições sobre as condições de trabalho e sobre a educação permanente dessas trabalhadoras(es). Ou seja, uma estruturação que nega as razões determinantes e condicionantes na produção do erro no trabalho em enfermagem.

Assim, ao se afirmar o erro no campo de trabalho em enfermagem como falha estrutural de um sistema complexo - o sistema de serviços de saúde - deve-se considerá-lo como parte de um processo que envolve múltiplas causas, e não apenas como uma consequência da ação individualizada, portanto resultado de práticas sociais ordenadas no tempo e no espaço.⁵ Contudo, mesmo diante das melhores condições de trabalho, trabalhadoras(es) do campo da enfermagem sempre estarão expostas ao erro, pois este é inerente à natureza humana.

Desta maneira, verifica-se que a ocorrência do erro no trabalho em saúde é um desafio a ser enfrentado, pois as condições de precarização nos serviços de saúde e, conseqüentemente, no campo de trabalho em enfermagem, somando-se às características singulares de cada profissão – com profunda divisão social e técnica do trabalho e objeto de trabalho compartilhado, tornam as trabalhadoras/es desse campo ainda mais expostos(as) a ocorrência de erros.³

A partir de tais considerações iniciais, questiona-se: “Existe associação entre erro cometido por trabalhadoras(es) em enfermagem e condições de trabalho?” O objetivo do artigo é verificar a existência de associação entre a ocorrência do erro e as condições de trabalho em enfermagem.

Tal objetivo pode produzir informações relevantes para que gestores compreendam que condições de trabalho adequadas podem contribuir para a redução da ocorrência de erros nos serviços de saúde, bem como subsidiar discussões nas instâncias de regulação do trabalho em enfermagem, para que se possa propor formas de intervenção que considerem o erro na perspectiva da organização do processo de trabalho em saúde e em enfermagem, adotando-se medidas de prevenção da ocorrência de erro nos serviços de saúde. Essas informações também podem servir para redirecionar as normas em vigor e a forma de responsabilização individual das trabalhadoras e trabalhadores quando são julgadas no Sistema Conselho Federal de Enfermagem e Conselhos Regionais de Enfermagem, Autarquia Pública responsável pela regulação do trabalho em enfermagem no Brasil.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa documental com delineamento exploratório e analítico do tipo corte transversal. Foi incluído no estudo o total de eventos existentes em 19 processos ético-disciplinares (PEDs) tramitados, julgados e arquivados nos Conselhos Regionais de Enfermagem (Corens) da Região Nordeste (Quadro 1), no período de 2000 a 2018, em que o objeto de denúncia é o erro cometido por trabalhadoras/es em enfermagem.

Quadro 1. Distribuição percentual de processos tramitados e julgados e processos de erro, segundo estados da Região Nordeste, de 2000 a 2018. Salvador, BA, Brasil, 2023. (n=19)

Estado	Processos tramitados e julgados		Processos com objeto de denúncia erro	
	N	%	n	%
Alagoas	42	15,05	03	15,79
Bahia	160	57,35	11	57,90
Rio Grande do Norte	07	2,51	03	15,79
Sergipe	70	25,09	02	10,52
TOTAL	279	100	19	100

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Como critérios de exclusão considerou-se os processos que não envolvem erro, os processos que não contêm informações suficientes para a realização da análise e os processos inconclusos.

A coleta dos dados secundários ocorreu no período de janeiro a novembro de 2019 e foram armazenados em um hard disk (HD) externo, em posse e de acesso restrito no Núcleo de Pesquisa em Políticas, Gestão, Trabalho e Recursos Humanos em Enfermagem e Saúde Coletiva (Gerir), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. E para a operacionalização da coleta, a pesquisa matriz dispôs de equipes nos estados da Bahia, Rio Grande do Norte e Alagoas, sendo operacionalizada com auxílio de formulário estruturado. O instrumento foi elaborado pelas pesquisadoras e contém as seguintes dimensões: I Informações gerais – identificação da pesquisadora, identificação do processo, ano e origem do processo; II Caracterização dos processos – objeto de denúncia, tipo de denúncia, categoria profissional, idade, sexo, tempo de trabalho na instituição, tempo de atuação profissional, objeto de denúncia, tipo de serviço de ocorrência, unidade de produção do serviço, tipo de paciente, natureza da organização; III Identificação das variáveis sobre condições de trabalho (Suplementação 1); IV Classificação do erro de acordo com a tipologia definida – sem consequência, com consequência reversível, com consequência irreversível; V Impressões da pesquisadora – observações gerais da pesquisadora.

Foram utilizadas como variáveis de estudo a tipologia de erro – variável dependente, e como variável independente a tipologia condições de trabalho. A tipologia do erro foi definida a partir de revisão de literatura e busca de informações em documentos oficiais para levantamento e análise de conceitos de erro humano. Tomou-se como base a definição estabelecida pela OMS^{6:15} em que o erro é definido como “falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano”. A tipologia do erro foi definida pelo tipo de dano causado ao paciente: sem consequência (ausência de seqüela no paciente), com consequência reversível (seqüela passageira) e com consequência irreversível (seqüela permanente ou morte). A palavra seqüela foi definida por meio de consulta sobre seu significado em diversos dicionários da língua portuguesa, e conceituada como “consequência, efeito, sucessão”.⁷

A tipologia de condições de trabalho foi definida como condição de trabalho com baixa precarização, condição de trabalho com intermediária precarização

(ruim/muito ruim) e condição de trabalho com elevada precarização (péssima). Esta definição tomou como base as variáveis definidas por Araújo-dos-Santos⁴ em estudo sobre a precarização do trabalho em enfermagem, revisão de literatura sobre a precarização do trabalho em geral e no campo de trabalho em enfermagem, além da leitura dos PEDs (Suplementação 1). Para tanto, foi necessário transformar tais variáveis qualitativas em variáveis quantitativas, ou seja, em variáveis dicotômicas, a partir da “existência” ou “não existência” de condições de trabalho precárias, enunciadas pela trabalhadora/trabalhador nos PEDs, sendo efetuada a seguinte classificação: 1- Sim (existe); 2 – Não (não existe).

A classificação foi realizada a partir da leitura dos PEDs, visando identificar elementos textuais que demonstrem a existência das variáveis estudadas. A definição dos escores de classificação foi realizada a partir do cálculo de quartis em relação ao número de variáveis existentes em cada processo. O ponto de corte para cada escore de classificação foi estabelecido após a construção do banco de dados e análises das frequências das variáveis da pesquisa.

Foram feitas análises descritivas para todas as variáveis, com cálculo de frequências absolutas (n). Para as análises bivariadas foi utilizado o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher. Para estimar a medida de associação entre condições de trabalho e categorias gerais (período de ocorrência, tipo de denúncia, número de trabalhadoras/es envolvidos, tipo de serviço, unidade de produção de serviço de saúde e paciente), e entre condições de trabalho e tipo de erro, foi realizada a análise multivariada com modelo de regressão logística múltipla, estimando-se o *odds ratio* (OR), com intervalo de confiança a 95% ($p < 0,20$). Para o armazenamento e análise dos dados foi usado o software SPSS *Statistics 22 win*.

Para a obtenção de resultados mais precisos, agregou-se a variável condições de trabalho ruim/muito ruim com a variável condições de trabalho péssima para a análise de associação entre erro e as categorias gerais. Para a associação entre erro e condições de trabalho também agregou-se as categorias tipo de erro “com consequência reversível” e tipo de erro “com consequência irreversível” na categoria tipo de erro “com consequência”.

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (nº 632.501 e CAAE nº 28046914.7.0000.5531) e se obteve o consentimento da direção dos Conselhos Regionais de Enfermagem para acesso aos seus arquivos.

RESULTADOS

Dos 19 PEDs analisados, 12 foram tramitados, julgados e arquivados no período de 2013 a 2018, sendo, em sua maioria, procedentes do Coren -Bahia (11).

Na Tabela 1, observa-se que, 13 processos foram originados de denúncias, 17 foram erros de medicação, 12 ocorreram no turno diurno, acometendo majoritariamente indivíduos adultos (11), e a maioria dos erros não causou consequências aos pacientes (09). Quanto à natureza da organização de saúde, tipo de serviço e unidade de produção de serviço de saúde, verificou-se que os erros ocorreram em organizações públicas (13), hospitais (12) e na unidade de produção de serviços de urgência/emergência (11) (Tabela1).

Tabela 1. Caracterização dos processos ético-disciplinares que envolveram erros em enfermagem, tramitados, julgados e arquivados nos Corens da Região Nordeste, de 2000 a 2018. Salvador, BA, Brasil, 2023. (n=19)

Origem da denúncia	Frequência Absoluta (n)
Denúncia	13
<i>Ex officio</i>	6
Total	19
Erro cometido	n
Erro de medicação	17
Erro de procedimento	1
Queda	1
Total	19
Turno de ocorrência	n
Diurno	12
Noturno	7
Total	19
Paciente	n
Adultos	11
Crianças	7
Idosos	1
Total	19
Tipologia do erro	n
Sem consequência	9
Com consequência reversível	8
Com consequência irreversível	2
Total	19
Natureza da organização	n
Pública	13
Privada	6
Total	19
Tipo de serviço	n
Hospitais	12
Outros locais	7
Total	19
Unidade de produção de serviço	n
Urgência/emergência	11
Outros locais	8
Total	19

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Identificou-se o envolvimento de 26 trabalhadores/as nos 19 processos analisados, sendo estes/as majoritariamente do sexo feminino (25), média de idade 38,76 anos. O tempo médio, em meses, de atuação dos/as trabalhadores/as nos serviços de saúde nos quais ocorreram erros foi de 141 meses (aproximadamente 11 anos). A principal categoria profissional alvo dos PEDs foi a de técnicos/as em enfermagem (11), seguida da categoria de auxiliares em enfermagem (09) e, por fim, enfermeiros(as) (06).

A Tabela 2 apresenta os resultados das análises bivariadas utilizadas para estimar a medida de associação entre condições de trabalho e categorias gerais: período de ocorrência, tipo de denúncia, número de trabalhadores(as) envolvidos(as), tipo de serviço, unidade de produção de serviço de saúde e paciente.

Tabela 2. Associação entre condições de trabalho e tipo de erro cometido por trabalhadoras/es em enfermagem. Salvador, BA, Brasil, 2023. (n=19)

Período	Condições de trabalho						Total	p-valor*	OR**
	Baixa		Ruim/muito ruim		Péssima				
	n	%	n	%	n	%			
2001-2010	1	14,29	2	28,57	4	57,14	7	100	
2013-2018	7	58,33	3	25,00	2	16,67	12	100	0,14
Total	8	42,11	5	26,32	6	31,58	19	100	

Denunciante	Condições de trabalho						Total	p-valor*	OR**
	Baixa		Ruim/muito ruim		Péssima				
	n	%	n	%	n	%			
Denúncia	6	46,15	4	30,77	3	23,08	13	100	
<i>Ex-offício</i>	2	33,33	1	16,67	3	50,00	6	100	
Total	8	42,10	5	26,32	6	31,58	19	100	0,56

Tipo de serviço	Condições de trabalho						Total	p-valor*	OR**
	Baixa		Ruim/muito ruim		Péssima				
	n	%	n	%	n	%			
Hospital	3	25,00	5	41,67	4	33,33	12	100	
Outros	5	71,42	0	0,00	2	28,58	7	100	
Total	8	42,10	5	26,32	6	31,58	19	100	0,11

Unidade de produção do serviço	Condições de trabalho						Total	p-valor*	OR**
	Baixa		Ruim/muito ruim		Péssima				
	n	%	n	%	n	%			
Emergência	4	36,36	4	36,36	3	27,27	11	100	
Outros	4	50,00	1	12,50	3	37,50	8	100	
Total	8	42,11	5	26,32	6	31,58	19	100	0,60

Paciente	Condições de trabalho						Total	p-valor*	OR**
	Baixa		Ruim/muito ruim		Péssima				
	n	%	n	%	n	%			
Adulto	5	45,45	3	27,27	3	27,27	11	100	
Criança/idoso	3	37,50	2	25,00	3	37,50	8	100	
Total	8	42,11	5	26,32	6	31,58	19	100	1,00

*Teste exato de Fisher ou Qui-quadrado; **Regressão logística multivariada.

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Existe associação entre as condições de trabalho e o período de ocorrência do erro, com redução na frequência de erros na tipologia de péssimas condições de

trabalho de 57,14%, no período de 2001-2010, para 16,67% no período de 2013-2018. Entre 2013-2018, registra-se menor probabilidade de ocorrer o erro em condições de trabalho péssimas de 86% (OR=0,14 [0,01;1,32]) (Tabela 2).

Quanto ao denunciante do erro verifica-se que a denúncia padrão possui 2,4 vezes mais chances de revelar o erro em péssimas condições de trabalho quando comparado à denúncia *ex-officio* (OR=2,4 [0,37;15,63]) (Tabela 2).

Verificou-se que não há diferença estatisticamente significativa na frequência de erros em hospitais (33,33%) em comparação a “outros locais” (28,58%), quando estes ocorreram em péssimas condições de trabalho. E foi encontrada uma associação negativa entre estas variáveis (OR=0,24[0,03;1,78]). Na unidade de produção de serviços de urgência/emergência, a probabilidade de ocorrência de erro é 12% maior quando as condições de trabalho são tipificadas como péssima, em relação à “outras unidades” (OR=1,12 [0,20;6,31]). Ao agregar as variáveis da categoria condições de trabalho, verifica-se que na unidade de produção de serviços de urgência/emergência existe probabilidade ainda maior de ocorrência de erro, de 75%, quando em condições ruim/muito ruim a péssima, em comparação a “outras unidades” (OR=1,75 [0,28;11,2]).

No que se refere ao tipo de paciente envolvido na ocorrência de erro, verifica-se que há uma chance de 1,47 vezes maior de ocorrer o erro em paciente adulto ao comparar com crianças e idosos, quando o atendimento é realizado em unidades que apresentam péssimas condições de trabalho (OR=1,47[0,27;8,04]).

A Tabela 3 apresenta os resultados da associação entre condições de trabalho e tipo de erro por meio do modelo de regressão logística. Verifica-se que houve aumento na chance de ocorrer erro “sem consequência” em relação a erro com “consequência irreversível”, OR=1,40 [0,16;11,80], quando estes ocorrem em condições de trabalho ruim/muito ruim em relação à baixa condição de trabalho.

Os resultados mostram que erros mais graves, “com consequência irreversível”, só ocorrem a partir de condições de trabalho bem mais adversas, ruim/muito ruim a péssima. Contudo, verifica-se proteção de 52% (OR=0,48% [0,16; 11,80]; (1-0,48)) na ocorrência de erro ao se comparar a ocorrência deste em péssimas condições de trabalho com baixas condições de trabalho.

Tabela 3. Associação entre condições de trabalho e tipo de erro cometido por trabalhadoras/es em enfermagem. Salvador, BA, Brasil, 2023. (n=19)

Condições de trabalho	Tipo de erro						Total	p-valor*	OR**	[I.c.95 %]	
	S/ conseq.		C/ conseq. reversível		C/ conseq. irreversível						
	n	%	n	%	n	%					
Baixa	3	37,50	5	62,50	0	0,00	8	100			
Ruim/muito ruim	2	40,00	2	40,00	1	20,00	5	100	0,42	1,40	[0,16; 11,80]
Péssima	4	66,67	1	16,67	1	16,67	6	100		0,48	[0,056; 4,11]
Total	9		8		2		19	100			

*Teste exato de Fisher ou Qui-quadrado; **Regressão logística multivariada.

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

DISCUSSÃO

No que se refere a caracterização geral dos PEDs analisados, os erros de medicação são os mais frequentes, o que pode estar relacionado a sua fácil identificação por resultar, geralmente, em consequências imediatas ao paciente.⁸ Esse achado se encontra em consonância com resultados de outras pesquisas realizadas para caracterização de erro nos serviços de saúde.^{2,9-11}

Os resultados apontam para maior ocorrência de erro no turno diurno, achado similar foi encontrado em estudo realizado para identificar erros cometidos pela equipe de enfermagem.^{12,13} A ocorrência de erro no turno diurno pode ter relação com a dinâmica de trabalho dos serviços de saúde, pois durante este período se executa um maior quantitativo de tarefas e atividades visando a prestação da assistência ao paciente.^{13,14}

Quando se trata de trabalhadores/as envolvidas na ocorrência do erro, verifica-se que estes(as) são majoritariamente do sexo feminino, com média de idade de 38 anos, tempo médio de atuação profissional de 11 anos, sendo a categoria de técnicos(as) em enfermagem a mais envolvida na ocorrência de erro, seguida de auxiliares em enfermagem. Resultados similares foram encontrados em outros estudos na literatura.^{14,15}

O predomínio de mulheres trabalhadoras na ocorrência do erro justifica-se devido aos trabalhadores do campo da enfermagem serem majoritariamente do sexo feminino, 85,1%.¹⁶ Quanto aos(às) trabalhadores(as) denunciados(as), verifica-se

relação com a divisão social e técnica do trabalho em enfermagem no Brasil. O trabalho técnico-assistencial em enfermagem é hierarquizado e executado, em sua maioria, por técnicos(as) em enfermagem, sendo estes(as) os(as) principais trabalhadores(as) envolvidos(as) na ocorrência do erro.³

A maioria dos erros registrados são sem consequência para o paciente, corroborando com resultados de estudo realizado para analisar a ocorrência de erros em serviços de saúde.¹⁷ Já em estudo realizado sobre incidentes de segurança do paciente em um hospital de referência para tratamento de câncer, encontrou-se achado diferente, ao registrar que 87,3% dos erros causaram algum tipo de dano,¹⁸ este achado pode ser explicado pela fragilidade de pacientes com câncer, onde o erro pode tornar mais grave as complicações existentes.

Constatou-se associação entre condições de trabalho e período de ocorrência de erro, com redução na frequência de erro na tipologia de péssimas condições de trabalho a partir de 2013. Supõe-se que esse resultado pode ter relação com a incorporação de políticas de segurança do paciente fomentada pelas instituições de saúde, a partir da implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em 2013, pelo Ministério da Saúde.¹⁹

Mesmo com avanços nas intervenções e incentivos para a promoção de ambientes mais seguros para a prática assistencial, proporcionado pela implantação do PNSP, os erros ainda ocorrem.¹⁰ No Brasil, estudos comprovam o lento avanço da cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde.²⁰⁻²² Pesquisa que verificou dificuldades para garantir a segurança do paciente em centro cirúrgico revela que o suporte organizacional é um dos principais fatores que dificultam sua efetividade, o que inclui o subdimensionamento e a alta rotatividade de pessoal; falta de materiais, treinamentos e estrutura organizacional.²³ Desta maneira, o não comprometimento das instituições com a implementação do PNSP permite compreender que a abordagem sistêmica do erro ainda não é prioridade. Assim, a abordagem individual e a cultura do medo podem servir para justificar a ocorrência do erro e preservar a imagem das instituições de saúde, desresponsabilizando estas diante da ocorrência do erro.³

Os resultados da pesquisa evidenciam que a denúncia padrão possui maior chance de revelar o erro em péssimas condições de trabalho quando comparada ao tipo de denúncia *ex-officio*. Não foi encontrado na literatura, nacional e internacional, pesquisas que possam confrontar essas informações. Contudo, vale destacar a

importância da denúncia padrão neste estudo, onde verifica-se que esta é realizada, na maioria das vezes, pelo próprio serviço de saúde, via a coordenação do serviço de enfermagem, reiterando a hierarquia rígida, em que as organizações de saúde responsabilizam individualmente o(a) trabalhador(a), principalmente os(as) técnicos(as) e auxiliares em enfermagem, e reforça a norma da regulação do trabalho sobre procedimentos técnicos-assistenciais, não considerando o processo de trabalho coletivo na saúde e em enfermagem.³

Verificou-se que não há diferença significativa na frequência entre ocorrência de erro em hospital em comparação a outros locais, quando estes ocorreram em péssimas condições de trabalho. Tal achado reforça que as condições de trabalho estão associadas a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem.

Quanto a unidade de produção de serviço, o serviço de urgência/emergência é o local com maior ocorrência de erro, quando se identifica péssimas condições de trabalho, em relação a outras unidades. Este fato está relacionado com a peculiaridade do trabalho em urgência/emergência, compreendendo o elevado número de atendimentos e procedimentos realizados, pressão de tempo, rápida tomada de decisão e implementação, comunicação de curto prazo entre pacientes e equipe, sobrecarga de trabalho, nível de estresse de trabalhadores(as) relacionado a complexidade dos casos, tipo de medicamentos utilizados.²⁴

Os achados do estudo mostram que a ocorrência de erro foi maior em pacientes adultos em relação a paciente criança/idoso, quando são considerados ambientes com péssimas condições de trabalho. No entanto, em estudos realizados para levantar características gerais de pacientes vítimas de erro em serviços de saúde, verifica-se que os idosos são os mais acometidos.^{9,25} O achado neste artigo pode estar relacionado com o número pequeno de processos encontrados cujo objeto é a ocorrência de erro no trabalho em enfermagem.

Os resultados revelam associação entre condições de trabalho e ocorrência de erro. Observa-se que mesmo em condições de trabalho tipificada como baixa, existe a ocorrência de erro, ainda que sem consequência para o paciente, o que permite afirmar que o erro é inerente ao trabalho. Esta afirmação também serve de alerta aos gestores das organizações de saúde, dado que não precisa existir condições de trabalho péssima para que o erro ocorra. Porém, os erros mais graves só ocorrem a partir de condições de trabalho bem mais adversas “Ruim/muito ruim”.

Quando se compara a ocorrência de erro na condição de trabalho de baixa precarização com a condição de trabalho péssima, nota-se que o resultado revela um certo grau de proteção contra a ocorrência do erro, o que pode indicar a hipótese de existir certo esforço individual dos/as trabalhadores/as em não errar com gravidade, mesmo diante das condições de trabalho adversas.

Diversos estudos comprovam que as condições de trabalho estão relacionadas diretamente com a ocorrência de erro.^{23,26,27} Alguns autores compreendem que as causas relatadas dos erros praticados pelos(as) trabalhadores(as) em enfermagem mantém relação com diversos fatores relacionados a organização do processo de trabalho, como sobrecarga de trabalho, déficit de força de trabalho, déficit na formação e qualificação profissional, falha na comunicação, interrupções durante a execução do trabalho, ausência de planejamento, similitude nas rotulagens, embalagens e design, falta de material e informação a respeito destes, estrutura física, sendo todos retroalimentados pela fadiga e estresse.^{3,28}

Desta maneira, verifica-se que, mesmo em condições precárias de trabalho encontradas nos serviços de saúde, de modo geral, os(as) trabalhadores(as) em enfermagem conseguem superar adversidades para não comprometer a assistência prestada. Apesar de os esforços dispendidos por estes(as) em não errar, é imprescindível destacar que para isto é necessário a realização de diversas adaptações, como a execução do trabalho com materiais, equipamentos, insumos e ambientes improvisados, realização de múltiplas tarefas e atendimento a uma demanda maior do que a capacidade,⁸ revelando o esforço individual do/a trabalhador(a), mas que não solucionam a desestruturação das condições de trabalho, permanecendo os riscos para a ocorrência do erro no trabalho em enfermagem.

Limitações do estudo

O limite deste estudo é consequência da utilização de dados secundários de documentos institucionais, os PEDS. Devido à estrutura e fluxo processual previamente definido nas normas do Conselho Federal de Enfermagem, não é possível obter por essa fonte de dados outros elementos de contexto importantes para a compreensão do erro no trabalho em enfermagem.

O conteúdo dos PEDs revela escassez e precariedade na descrição das informações e, até mesmo, ausência de informações consideradas importantes para o julgamento do caso-erro, tanto nos relatórios de instruções, quantos nos registros

dos depoimentos das partes envolvidas. O número reduzido de processos também é considerado um limite para este estudo, mesmo sendo utilizado todos os eventos registrados nos Corens da Região Nordeste participantes da pesquisa, a amostra estudada pode ter implicado a redução da significância estatística das associações estudadas.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo revelam evidências de associação entre ocorrência de erro e condições precárias de trabalho às quais os/as trabalhadores(as) em enfermagem são submetidos(as).

Ainda que erros mais graves, com consequência irreversível para o paciente, ocorram a partir de condições de trabalho ruim/muito ruim/péssima, verifica-se que há proteção de 52% (OR= 0,48% [0,16; 11,80]; (1-0,48)) na ocorrência de erro ao se comparar a ocorrência deste em péssimas condições de trabalho com baixas condições de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Reason JT. El error humano. 1. ed. Madrid: Modus Laborandi, 2009.
2. Gama DO, Damascena DM, Santos TA, Santos HS, Melo CM, Florentino TC, et al. Caracterização da produção científica sobre erro no trabalho em saúde. Acta Paul Enferm [Internet]. 2022 [acesso 2023 Jan 27];35:eAPE003562. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR03563>
3. Silva-Santos H, Araújo-dos-Santos T, Alves AS, Silva MN, Costa HOG, Melo CMM. Error-producing conditions in nursing staff work. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 [acesso 2023 Jan 11];71(4):1858-1864. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0192>
4. Araújo-dos-Santos T. *et al.* Precarização do trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de Enfermagem nos hospitais públicos. Rev. esc. Enferm USP [Internet]. 2018 [acesso 2023 Jan 01];52:e03411. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017050503411>
5. Giddens A. A Constituição da Sociedade. 3. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009. *E-book*.
6. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Técnico: Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Lisboa: [s. n.], 2011. *E-book*. [acesso 2023 Jan 02]. *E-book*. Disponível em: [https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Estrutura Conceitual da Classificação Int Segurança do Paciente.pdf](https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Estrutura%20Conceitual%20da%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20Int%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente.pdf).

7. Fernandes F, Luft CP, Guimarães FM. Dicionário Brasileiro Globo. 1. Ed. Rio de Janeiro: Globo, 1996.
8. Damascena DM, Melo CMM, Silva Santos H, Araújo dos Santos T, Gama DON. Determinantes na produção de erro no trabalho em enfermagem. Rev. baiana enferm [Internet]. UFBA. 2022 [acesso 2023 Jan 27];36. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.47540>
9. Lordelo MV, Gama GGG. Segurança do paciente: notificação de incidentes na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Enferm Contemp [Internet]. 2019 [acesso 2022 Dez 07];8(1):33-40. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v8i1.2076>
10. Forte ECN, Pires DEP, Martins MMFPS, Padilha MICS, Schneider DG, Trindade LL. Work process: a basis for understanding nursing errors. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2019 [acesso 2023 Jan 09];53:e03489. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018001803489>
11. Polakiewicz RR et al. Ethical processes in nursing: an integrative review of documental studies. Research, Society and Development [Internet]. 2022 [acesso 2023 Jan 22];11(3): e48311326711. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26711>
12. Souza JF, Vituri DW. Notificações de incidentes relacionados à segurança do paciente como ferramenta de gestão para a mudança da cultura organizacional. Revista Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 2019 [acesso 2023 Jan 11];(17):e237. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e237.2019>
13. Furini ACA, Nunes AA, Dallora MELV. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2019 [acesso 2023 Fev 01];40(esp):e20180317. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317>
14. Dias JLC. Erros no processo da administração de medicamentos e estratégias para minimização em um hospital de Minas Gerais. 2021. 62f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde, Sociedade e Ambiente) – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2021. Disponível em: http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/bitstream/1/2613/1/jannayne_lucia_camara_dias.pdf
15. Santos PRA, Rocha FLR, Sampaio CSJC. Actions for safety in the prescription, use and administration of medications in emergency care units. Rev. gaúch. Enferm [Internet]. 2019 [acesso 2023 Jan 30];40:e20180347. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180347>
16. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COFEN; 2017, [acesso 2023 Jan 01]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>
17. Terra EU, Riboldi CO, Pasin SS et al. Caracterização dos incidentes notificados envolvendo o uso de medicamentos em unidades de internação adulto. Revista de Enf do Centro-Oeste Mineiro [Internet]. 2022 [acesso 2023 Jan 01];12:e4624. Disponível em: <http://doi.org/10.19175/recom.v12i0.4624>

18. Silveira GB, Santos CO, Camargo AL. Medication safety incidents: characterization of voluntary reports in an oncology hospital in Porto Alegre. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saude* [Internet]. 2022 [acesso 2022 Nov 07];13(1):0730. Disponível em: <https://doi.org/10.30968/rbfhss.2022.131.0730>
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 529/2013, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
20. Silva GM, Lima MVM, Araripe MC, Vasconcelos SP, Opitz SP, Laporta GZ. Evaluation of the Patient Safety Culture in the Western Amazon. *J Hum Growth Dev* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Jan 25]28(3):307-15. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/jhgd.152192>
21. Notaro KAM, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK, Manzo BF. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Jan 25];27:e3167. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2849.316>
22. Viana KE, Matsuda LM, Ferreira AMD, Reis GAX, Souza VS, Marcon SS. Cultura de segurança do paciente na ótica de profissionais de enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Fev 02];30:e20200219. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0219>
23. Gutierrez LS, Menegon FHA, Lanzoni GMM, Silva RM, Lopes SG, Santos JLG. Difficulties of nurses in patient safety in the surgical center: an exploratory study. *Online braz. j. nurs.* 2020 [acesso 2023 Nov 01];19(4). Disponível em: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20206438>
24. Arslan S, Fidan Ö, Zeyrek AS, Durdu Ok D. Intravenous medication errors in the emergency department, knowledge, tendency to make errors and affecting factors: An observational study. *International Emergency Nursing* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Jan 17];63. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101190>
25. Aikawa G, Ouchi A, Sakuramoto H, Ono C, Hatozaki C, Okamoto M, Hoshino T, Shimojo N, Inoue Y. Impact of adverse events on patient outcomes in a Japanese intensive care unit: a retrospective observational study. *Nurs Open* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Jan 02];8(6):3271-3280. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.1040>
26. Lessa SR, Bezerra JN, Barbosa SM, Luz GO, Borba AK. Prevalence and factors associated with the occurrence of adverse events in the hemodialysis service. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Jan 13];27(3):e3830017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018003830017>
27. Santos TA, Santos HS, Sampaio ES, Melo CMM, Souza EA, Pires CGS. Intensity of nursing work in public hospitals. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Fev 01];28:e3267. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3221.3267>
28. Forte ECN, de Pires DEP, Schneider DG, Padilha MICS, Ribeiro OMPL, Martins MMFPS. O desfecho do erro de enfermagem como atrativo para a mídia. *Texto*

Contexto Enferm [Internet]. 2021 [acesso 2023 Fev 04];30:e20190168. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0168>

Suplementação 1

Matriz de variáveis de condições de trabalho de trabalhadoras e trabalhadores do campo de trabalho em enfermagem

Nº	VARIÁVEIS
1	Estrutura física adequada
2	Existência e disponibilidade de EPI
3	Existência e disponibilidade de equipamentos e mobiliário adequado
4	Existência e disponibilidade de Protocolo Operacional Padrão
5	Existência e disponibilidade de Protocolo Assistencial Padrão
6	Participação da trabalhadora ou trabalhador em reuniões para orientação sobre o processo de trabalho
7	Satisfação com o trabalho
8	Participação da trabalhadora em atividades de Educação Permanente
9	Conhecimento da trabalhadora sobre o resultado da assistência prestada
10	Reconhecimento interno da organização sobre o desempenho da trabalhadora
11	Quantidade insuficiente de trabalhadoras para prestação da assistência
12	Supervisão do trabalho da auxiliar/técnica pela enfermeira
13	Interrupção na execução de tarefa e atividade
14	Pressão de tempo no trabalho
15	Pausa durante a jornada de trabalho
16	Sobrecarga na execução de tarefa e atividade
17	Execução do trabalho em mais de um setor durante a jornada de trabalho
18	Pressão para cumprimento de metas
19	Conflito no trabalho
20	Discriminação no trabalho
21	Violência no trabalho
22	Constrangimento no trabalho
23	Múltiplos vínculos de trabalho
24	Cerceamento de direitos trabalhistas pela organização
25	Adoecimento pela trabalhadora
26	Supervisão do trabalho da enfermeira/auxiliar/técnica pela coordenação de enfermagem

Fonte: Adaptado de Araújo-dos-Santos (2018).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa revelam evidências de associação entre ocorrência de erro e condições precárias de trabalho às quais as(os) trabalhadoras(es) em enfermagem são submetidas(os).

Ainda que erros mais graves, com consequência irreversível para o paciente, ocorram a partir de condições de trabalho ruim/muito ruim/péssima, verifica-se que há proteção de 52% (OR= 0,48% [0,16; 11,80]; (1-0,48)) na ocorrência de erro ao se comparar a ocorrência deste em péssimas condições de trabalho com baixas condições de trabalho.

REFERÊNCIAS

- AIKAWA, Gen *et al.* Impact of adverse events on patient outcomes in a Japanese intensive care unit: a retrospective observational study. **Nurs. Open**, [S. l.], v. 8, n. 6, p. 3271–3280, nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.1040>. Acesso em: 1 jan. 2023.
- ALETAYEB, Seyyed Mohammad Hassan *et al.* Identifying medication errors in neonatal intensive care units: a two-center study. **BMC Pediatrics**, [S. l.], v. 19, n. 1, out. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/S12887-019-1748-4>. Acesso em: 19 jul. 2020.
- ALSULAMI, Salma L. *et al.* Knowledge, attitude and practice on medication error reporting among health practitioners in a tertiary care setting in Saudi Arabia. **Saudi Med J**, [S. l.], v. 40, n. 3, p. 246–251, mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.15537/SMJ.2019.3.23960>. Acesso em: 21 mar. 2023.
- ARAÚJO-DOS-SANTOS, Tatiane. **Precarização do trabalho em enfermagem em hospitais públicos da Bahia: 2015-2017**. 2018. 200f. Tese (Doutorado - Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018. Disponível em: <https://blog.ufba.br/grupogerirenfermagem/files/2017/05/TATIANE-ARAÚJO-DOS-SANTOS-PRECARIZAÇÃO-DO-TRABALHO-EM-ENFERMAGEM-EM-HOSPITAIS-PÚBLICOS-DA-BAHIA-2015-2017.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2020.
- ARAÚJO-DOS-SANTOS, Tatiane *et al.* Job insecurity among nurses, nursing technicians and nursing aides in public hospitals. **Rev Esc Enferm USP**, [S. l.], v. 52, n. e03411, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017050503411>. Acesso em: 26 jun. 2020.
- ARMITAGE, Gerry. Human error theory: relevance to nurse management. **J Nurs Manag**, [S. l.], v. 17, n. 2, p. 193–202, mar. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00970.x>. Acesso em: 1 nov. 2020.
- ARSLAN, Sümeyye *et al.* Intravenous medication errors in the emergency department, knowledge, tendency to make errors and affecting factors: An observational study. **Int. Emerg. Nurs.**, [S. l.], v. 63, p. 101190, jul. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101190>. Acesso em: 16 jan. 2023.
- ASHCROFT, Darren M. *et al.* Prevalence, Nature, Severity and Risk Factors for Prescribing Errors in Hospital Inpatients: Prospective Study in 20 UK Hospitals. **Drug safety**, [S. l.], v. 38, n. 9, p. 833–843, set. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/S40264-015-0320-X>. Acesso em: 19 mar. 2023.
- BARBOSA, Vívian Mayara da Silva. **Eventos adversos decorrentes do processo de trabalho e enfermagem**. 2020. 81f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió., 2020. Disponível em: [http://www.repositorio.ufal.br/bitstream/riufal/7085/3/Eventos adversos decorrentes do processo de trabalho em enfermagem.pdf](http://www.repositorio.ufal.br/bitstream/riufal/7085/3/Eventos%20adversos%20decorrentes%20do%20processo%20de%20trabalho%20em%20enfermagem.pdf)
- BATISTA, Analía Soria. Condições de trabalho dos agentes penitenciários do Distrito Federal e de Goiás. *Em*: DAL ROSSO, S.; FORTES, J. A. A. S. (org.). **Condições de trabalho no limiar do século XXI**. Brasília: Época, 2008. p. 163–172. *E-book*.

BECKETT, Robert D.; SHEEHAN, Amy Heck; REDDAN, Jennifer G. Factors associated with reported preventable adverse drug events: a retrospective, case-control study. **Ann. Pharmacother.**, [S. l.], v. 46, n. 5, p. 634–641, maio 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1345/APH.1Q785>. Acesso em: 19 jul. 2020.

BLANCH, Josep Maria. Condiciones de Trabajo. Em: BLANCH, J. M. *et al.* (org.). **Teoría de las relaciones laborales: fundamentos**. Barcelona: Editorial UOC, 2003. p. 42–44. *E-book*.

BORDIN, Vanessa *et al.* Liderança em enfermagem na perspectiva de enfermeiros assistenciais de um hospital público da Tríplice Fronteira. **Rev. Adm. Saúde**, [S. l.], v. 18, n. 71, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.23973/RAS.71.107>. Acesso em: 20 mar. 2023.

BORGES, Livia de Oliveira *et al.* Questionário de condições de trabalho: reelaboração e estruturas fatoriais em grupos. **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 12, n. 2, p. 213–225, ago. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000200012. Acesso em: 15 nov. 2020.

BOURDIEU, Pierre. **Contrafogos: Táticas Para Enfrentar a Invasão Neoliberal**. [S. l.]: Zahar, 2010. v. 10. *E-book*. Disponível em: https://books.google.com/books/about/Contrafogos_1_t%C3%A1ticas_para_enfrentar_a.html?hl=pt-BR&id=vOl8SzzVIg4C. Acesso em: 19 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. *E-book*.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 6 mar. 2021.

BRASIL. **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 nºs 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 [...], Brasília, DF: [s. n.], 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13467.htm. Acesso em: 23 fev. 2023.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. *E-book*.

CAMERINI, Flávia Giron; SILVA, Lolita Dopico. Segurança do paciente: Análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 41–49, mar. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100005>. Acesso em: 30 jun. 2020.

CAMPOS, Carlos Eduardo Kruger de; FELDMAN, Liliane Bauer; D'INNOCENZO, Maria. Enfermería Global Use of the Conceptual Framework of the International Classification on Patient Safety in Nursing Ethical-Disciplinary Processes. **Enferm. Glob.**, [S. l.], n. 48, p. 163–173, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250761>. Acesso em: 19 jul. 2020.

CARNEIRO, Taize Muritiba. **Condições de trabalho em enfermagem na unidade de terapia intensiva**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal Bahia. Salvador, 2012. Disponível em: [https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/9006/1/8%29CONDIÇÕES DE TRABALHO EM ENFERMAGEM NA UNIDADE.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/9006/1/8%29CONDIÇÕES%20DE%20TRABALHO%20EM%20ENFERMAGEM%20NA%20UNIDADE.pdf). Acesso em: 5 jul. 2020.

CARVALHO, Viviane Tosta de; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Erros na medicação e conseqüências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 10, n. 4, p. 523–529, jul. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000400009>. Acesso em: 19 mar. 2023.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestao de pessoas: o novo papal dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1999. *E-book*.

COFEN. - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 252/2001**. Aprova o Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF: [s. n.], 2001. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2522001-revogada-pela-resoluco-cofen-3702010_4290.html. Acesso em: 7 jan. 2023.

COFEN. - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 370/2010**. Altera o Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://www.corengo.org.br/resolucao-cofen-no-3702010_2210.html. Acesso em: 9 jan. 2023.

COFEN. - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 0564/2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/RESOLUÇÃO-COFEN-Nº-564-2017.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2020.

COFEN. - Conselho Federal de Enfermagem. **Pesquisa perfil da enfermagem no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COFEN, 2017. v. 1. *E-book*. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 31 dez. 2022.

COFEN. - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução cofen nº 706/2022 – prorrogada pela resolução COFEN nº 714/2022**. Aprova o Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF, 2022. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-706-2022_101498.html. Acesso em: 23 mar. 2023.

CORREIA, Tânia Sofia Pereira; MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva; FORTE, Elaine Cristina Novatzki. Processes developed by nurse managers regarding the error. **Rev. Enferm. Ref.**, [S. l.], v. 4, n. 12, p. 75–84, mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV16073>. Acesso em: 6 mar. 2021.

COSTA-DA-SILVA, Mariana. **Condições de trabalho da enfermeira nos hospitais do sistema único de saúde da Bahia**. 2016. Dissertação - Universidade Federal da Bahia, (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 Costa da Silva.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/24905/1/Dis_Enf_Mariana%20Costa%20da%20Silva.pdf). Acesso em: 5 jul. 2020.

COUTO, Renato Camargo *et al.* **II anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil: Propondo as Prioridades Nacionais**. Belo Horizonte: IESS - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2018. *E-book*. Disponível em: https://www.iess.org.br/sites/default/files/2021-04/Anuario2018_0.pdf. Acesso em: 26 jul. 2020.

DALMOLIN, Gabriella Rejane dos Santos; ROTTA, Eloni Terezinha; GOLDIM, José Roberto. Medication errors: Classification of seriousness, type, and of medications involved in the reports from a university teaching hospital. **Braz. J. Pharm. Sci.**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 793–802, dez. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-82502013000400019>. Acesso em: 30 jun. 2020.

DAMASCENA, Dhuliane Macêdo *et al.* Determinantes na Produção de Erro no Trabalho em Enfermagem. **Rev. Baiana Enferm.**, [S. l.], v. 36, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.47540>. Acesso em: 26 mar. 2023.

D'ÁVILA, Luciana Souza *et al.* Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. **Cien. Saúde Colet.**, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 401–416, fev. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.01162013>. Acesso em: 19 jul. 2020.

DEKKER, Sidney. **The Field Guide to Human Error**. UK: Cranfield University Press., 2001. *E-book*.

DIAS, Jannayne Lúcia Câmara. **Erros no processo da administração de medicamentos e estratégias para minimização em um hospital de Minas Gerais**. 2021. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde, Sociedade e Ambiente) – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2021. Disponível em: http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/bitstream/1/2613/1/jannayne_lucia_camara_dias.pdf. Acesso em: 29 jan. 2023.

DRUCK, Graça. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? **Caderno CRH**, [S. l.], v. 24, n. spe1, p. 37–57, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-49792011000400004>. Acesso em: 19 jul. 2020.

DYAB, Eman Ali *et al.* Exploration of Nurses' Knowledge, Attitudes, and Perceived Barriers towards Medication Error Reporting in a Tertiary Health Care Facility: A Qualitative Approach. **Pharmacy (Basel, Switzerland)**, [S. l.], v. 6, n. 4, p. 120, nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/PHARMACY6040120>. Acesso em: 21 mar. 2023.

FAUSTINO, Tássia Nery *et al.* National Patient Safety Program in Brazil: Incidents Reported Between 2014 and 2017. **J. Patient Saf.**, [S. l.], v. 00, n. 00, p. 1–7, 2018. Disponível em: <http://links.lww.com/JPS/A154>. Acesso em: 26 jul. 2020.

FERNANDES, Francisco; LUFT, Celso Pedro; GUIMARÃES, F. Marques. **Dicionário Brasileiro Globo. 1. Ed. Rio de Janeiro: Globo, 1996.** 1. ed. Rio de Janeiro: Globo, 1996. *E-book*.

FERRAZ, Antonio. **Erros médicos crescem 1.600% em 10 anos:** O aumento na demanda é a principal causa, mas a falta de qualificação também é um risco. Salvador: Tribuna da Bahia, 2015. Disponível em: <http://www.tribunadabahia.com.br/2015/04/08/erros-medicos-crescem-1600-em-10-anos>. Acesso em: 24 fev. 2020.

FERREIRA, Ithana Queila Borges Pizzani *et al.* Repercussões da reforma trabalhistas sobre o trabalho em enfermagem no contexto da pandemia de Covid-19. **Rev. Bras. Enfer.**, [S. l.], v. 75, n. e20220058, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0058pt>. Acesso em: 22 set. 2022.

FORTE, Elaine Cristina Novatzki *et al.* Erros de enfermagem: O que está em estudo. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 2, p. e01400016, jan. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001400016>. Acesso em: 26 jun. 2020.

FORTE, Elaine Cristina Novatzki *et al.* Processo de trabalho: fundamentação para compreender os erros de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, [S. l.], v. 53, n. e03489, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018001803489> Acesso em: 26 jun. 2020.

FORTE, Elaine Cristina Novatzki *et al.* The outcome of nursing error as attractive to the media. **Texto Contexto Enferm.**, [S. l.], v. 30, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0168>. Acesso em: 3 fev. 2023.

FORTE, Elaine Cristina Novatzki; PIRES, Denise Elvira Pires de. Nursing appeals on social media in times of coronavirus. **Rev. bras. enferm.**, [S. l.], v. 73, n. suppl 2, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0225>. Acesso em: 1 nov. 2020.

FURINI, Aline Cristina Andrade; NUNES, Altacílio Aparecido; DALLORA, Maria Eulália Lessa do Valle. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, [S. l.], v. 40, n. spe, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317>. Acesso em: 31 jan. 2023.

GAMA, Daniely Oliveira Nunes *et al.* Caracterização da produção científica sobre erro no trabalho em saúde. **Acta. Paul. Enferm.**, [S. l.], v. 35, n. eAPE003562, mar. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/ACTA-APE/2022AR03563>. Acesso em: 21 mar. 2023.

GIDDENS, Anthony. **A Constituição da Sociedade.** 3. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009. *E-book*.

GONÇALVES, Francisco Gleidson Azevedo *et al.* O modelo neoliberal e suas repercussões para o trabalho e para o trabalhador de enfermagem. **Rev. Enfer. UFPE**, [S. l.], v. 7, n. 11, p.

6352–6361, nov. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.3794-32322-1-ED.0711201306>. Acesso em: 19 nov. 2020.

GUTIERRES, Larissa de Siqueira *et al.* Dificuldades de enfermeiros na segurança do paciente em centro cirúrgico. **Online Braz. J. Nurs.**, [S. l.], v. 19, n. 4, fev. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20206438>. Acesso em: 31 out. 2022.

HAUSMANN, Mônica; PEDUZZI, Marina. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258–65, jun. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/08>. Acesso em: 15 nov. 2020.

HENEKA, Nicole *et al.* Exploring Factors Contributing to Medication Errors with Opioids in Australian Specialist Palliative Care Inpatient Services: A Multi-Incident Analysis. **J Palliat Med**, [S. l.], v. 21, n. 6, p. 825–835, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/JPM.2017.0578>. Acesso em: 19 mar. 2023.

HOFFMEISTER, Louíse Viecili; MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de; MACEDO, Ana Paula Morais de Carvalho. Learning from mistakes: analyzing incidents in a neonatal care unit. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, [S. l.], v. 27, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2795.3121>. Acesso em: 13 jul. 2020.

HOLLNAGEL, Erik; WOODS, David D. (org.). **Resilience engineering: Concepts and precepts**. Aldershot, UK: Ashgate, 2006. *E-book*.

HUDSON, Peter T. W. *et al.* Tripod Delta: Proactive Approach to Enhanced Safety. **J. Pet. Technol**, [S. l.], v. 46, n. 01, p. 58–62, jan. 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.2118/27846-PA>. Acesso em: 1 nov. 2020.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da População Residente nos Municípios Brasileiros**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>. Acesso em: 13 jul. 2020.

ITO, Hiroto; YAMAZUMI, Syun. Common types of medication errors on long-term psychiatric care units. **Int J Qual Health Care**, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 207–212, jun. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/INTQHC/MZG038>. Acesso em: 19 jul. 2020.

JAGSI, Reshma *et al.* Residents report on adverse events and their causes. **Arch. Intern. Med.**, [S. l.], v. 165, n. 22, p. 2607–2613, dez. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/ARCHINTE.165.22.2607>. Acesso em: 26 jul. 2020.

KOHN, Linda T.; CORRIGAN, Janet M.; DONALDSON, Molla S. **To Err Is Human: Building a Safer Health System**. 3. ed. Washington: National Academy of Institute of Sciences, 2000. *E-book*.

LEAL, Juliana Alves Leite. **Processo de Trabalho da enfermeira em diferentes países**. 2016. Tese - Universidade Federal da Bahia, (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem). Salvador, 2016. Disponível em: <https://blog.ufba.br/grupogerirenfermagem/files/2017/05/JULIANA-ALVES-LEITE-LEAL->

PROCESSO-DE-TRABALHO-DA-ENFERMEIRA-EM-DIFERENTES-PAISES.pdf.
Acesso em: 5 jul. 2020.

LEAL, Juliana Alves Leite; MELO, Cristina Maria Meira de. **Processo de trabalho da Enfermeira**. 1. ed. Rio de Janeiro: Appris, 2021. *E-book*.

LEAL, Juliana Alves Leite; MELO, Cristina Maria Meira de. The nurses' work process in different countries: an integrative review. **Rev. Bras. Enferm.**, [S. l.], v. 71, n. 2, p. 413–423, mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0468>. Acesso em: 20 mar. 2023.

LEAPE, Lucian L. *et al.* The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients. **N. Engl. J. Med.**, [S. l.], v. 324, n. 6, p. 377–384, fev. 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240605>. Acesso em: 3 jul. 2020.

LENHARO, Mariana. **Denúncias contra profissionais de enfermagem crescem 220% em 2 anos**. São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/noticias/geral,denuncias-contra-profissionais-de-enfermagem-crescem-220-em-2-anos-imp-,992311>. Acesso em: 24 fev. 2020.

LESSA, Sara Rebeca de Oliveira *et al.* Prevalência e fatores associados para a ocorrência de eventos adversos no serviço de hemodiálise. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 3, p. 1–11, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018003830017>. Acesso em: 3 jul. 2020.

LIMA NETO, Alcides Viana de *et al.* Analysis of notifications of adverse events in a private hospital. **Enferm. glob.**, [S. l.], v. 18, n. 3, p. 314–343, jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325571>. Acesso em: 19 jul. 2020.

LORDELO, Marcela Vieira; GAMA, Glicia Gleide Gonçalves. Segurança do paciente: notificação de incidentes na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Enferm. Contemp.**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 33–40, abr. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v8i1.2076>. Acesso em: 8 jan. 2023.

LORENZETTI, Jorge. A “nova” lei do exercício profissional da enfermagem: uma análise crítica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 40, n. 2–3, p. 167–176, set. 1987. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71671987000300014>. Acesso em: 1 nov. 2020.

LORENZINI, Elisiane; SANTI, Juliana Annita Ribeiro; BÁO, Ana Cristina Pretto. Patient safety: analysis of the incidents notified in a hospital, in south of Brazil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, [S. l.], v. 35, n. 2, p. 121–127, jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.44370>. Acesso em: 19 jul. 2020.

MANGILLI, Daniela Cavanholi *et al.* Atuação ética do enfermeiro frente aos erros de medicação. **Enferm. Foco**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 62–66, 2017. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Atua%C3%A7%C3%A3o-%C3%A9tica-do-enfermeiro-frente-aos-erros-de-medica%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2021.

MARCHITTO, Mauro. El error humano y la gestión de seguridad: la perspectiva sistémica en las obras de James Reason. **Laboreal**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 1–12, dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/LABOREAL.7750>. Acesso em: 13 jul. 2020.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. 25. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. *E-book*.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. Tradução Álvaro Pina. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2009. *E-book*.

MAURO, Maria Yvone Chaves *et al.* Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Esc. Anna Nery**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 244–252, jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-81452010000200006>. Acesso em: 19 nov. 2020.

MEKONEN, Enyew Getaneh; GEBRIE, Mignote Hailu; JEMBERIE, Senetsehuf Melkamu. Magnitude and associated factors of medication administration error among nurses working in Amhara Region Referral Hospitals, Northwest Ethiopia. **J. Drug Assess**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 151–158, jan. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/21556660.2020.1841495>. Acesso em: 19 mar. 2023.

MELO, Cristina Maria Meira de; SANTOS, Tatiane Araújo dos; LEAL, Juliana Alves Leite. Processo de trabalho assistencial-gerencial da enfermeira. *Em*: VALE, Eucléia Gomes; PERUZZO, Simone Aparecida. S.; FELLI, Vanda Elisa Andres. (org.). **PROENF - Programa de Atualização em Enfermagem: Gestão**. Ciclo 4 ed. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015. p. 45–75. *E-book*.

MELO, Liliane Rodrigues; PEDREIRA, Mavilde Luz Gonçalves. Erros de medicação em pediatria: análise da documentação de enfermagem no prontuário do paciente. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 180–185, abr. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000200010>. Acesso em: 26 jun. 2020.

MENDES, Walter *et al.* Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 59, n. 5, p. 421–428, set. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ramb.2013.03.002>. Acesso em: 30 jun. 2020.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: CEFOR, 1992. *E-book*.

MIASSO, Adriana Inocenti *et al.* Prescription errors in Brazilian hospitals: a multi-centre exploratory survey. **Cad. Saúde Pública**, [S. l.], v. 25, n. 2, p. 313–320, fev. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200009>. Acesso em: 19 jul. 2020.

MOHAMED IBRAHIM, Osama *et al.* Dispensing errors in community pharmacies in the United Arab Emirates: investigating incidence, types, severity, and causes. **Pharmacy practice**, [S. l.], v. 18, n. 4, p. 1–8, out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18549/PHARMPRACT.2020.4.2111>. Acesso em: 19 mar. 2023.

MOHER, David *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS Med.**, [S. l.], v. 6, n. 7, p. e1000097, jul. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1000097>. Acesso em: 11 jul. 2020.

MORRUDO, Eduarda de Quadros *et al.* Errors in medicinal therapy and the consequences for nursing / Erros na terapia medicamentosa e as consequências para a enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 88–96, jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.88-96>. Acesso em: 21 mar. 2023.

MUCHINSKY, Paul M. Motivación Laboral. *Em*: MUCHINSKY, P. M. (org.). **Psicología Aplicada al Trabajo: una Introducción a la Psicología Industrial y Organizacional**. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1994. p. 367–412. *E-book*.

NCC MERP - National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. **About Medication Errors**. New York, NY, 2019. Disponível em: <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors>. Acesso em: 11 jul. 2020.

NEVES, Bruno Miranda *et al.* Dimensões históricas do trabalho. **Revista da RET**, [S. l.], n. 3, 2008. Disponível em: <http://www.estudosdotrabalho.org/>. Acesso em: 1 nov. 2020.

NMC - Nursing and Midwifery Council. **The Code: Professional standards of practice and behaviour for nurses, midwives and nursing associates**. [S. l.], 2015. Disponível em: <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/nmc-publications/nmc-code.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2020.

NOTARO, Karine Antunes Marques *et al.* Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, [S. l.], v. 27, n. e3167, ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>. Acesso em: 24 jan. 2023.

NOVARETTI, Marcia Cristina Zago *et al.* Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev. bras. enferm**, [S. l.], v. 67, n. 5, p. 692–699, set. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504>. Acesso em: 19 mar. 2023.

OGUISSO, Taka *et al.* First international code of ethics for nurses. **Texto Contexto – Enferm.**, [S. l.], v. 28, p. e20180140, jul. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0140>. Acesso em: 21 mar. 2023.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Relatório Técnico: Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. Lisboa: Organização Mundial da Saúde, 2011. *E-book*. Disponível em: [https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Estrutura Conceitual da Classificação Int Segurança do Paciente.pdf](https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Estrutura%20Conceitual%20da%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20Int%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente.pdf). Acesso em: 1 nov. 2020.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Desafio Global de Segurança do Paciente da OMS: Medicação sem danos**. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2017. *E-book*. Disponível em: <http://apps.who.int/bookorders>. Acesso em: 5 jul. 2020.

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. **Assembleia Mundial da Saúde:** delegados aprovam resoluções sobre segurança do paciente, atendimento de emergência e trauma, água e saneamento e CID-11. [s. l.], 2019. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5945:assembleia-mundial-da-saude-delegados-aprovam-resolucoes-sobre-seguranca-do-paciente-atendimento-de-emergencia-e-trauma-agua-e-saneamento-e-cid-11&Itemid=875. Acesso em: 1 nov. 2020.

ORLANDI, Eni P. **Discurso e texto:** formulação e circulação dos sentidos. Campinas: Pontes, 2008. *E-book*.

PAIVA, Miriam Cristina Marques da Silva de *et al.* The reasons of the nursing staff to notify adverse events. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, [S. l.], v. 22, n. 5, p. 747–754, out. 2014.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3556.2476>. Acesso em: 19 mar. 2023.

PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito *et al.* Prevalence and factors associated with incidents related to medication in surgical patients. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 41–47, fev. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000100005>. Acesso em: 3 jul. 2020.

PEIRÓ, José Maria; PRIETO, Fernando. **Tratado de psicología del trabajo: la actividad laboral em su contexto.** Madrid: Síntesis Psicología, 2002. *E-book*.

PIMENTA, Gabriela Ferreira *et al.* Influência da precarização no processo de trabalho e na saúde do trabalhador de enfermagem. **Rev. Enferm. UFSM**, [S. l.], v. 8, n. 4, p. 758, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769230180>. Acesso em: 1 nov. 2020.

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 251–263, jun. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v53n2/v53n2a10.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2020.

POLAKIEWICZ, Rafael Rodrigues *et al.* Processos éticos em enfermagem: uma revisão integrativa de estudos documentais. **Res., Soc. Dev.**, [S. l.], v. 11, n. 3, p. e48311326711, mar. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26711>. Acesso em: 21 jan. 2023.

PUGH, Dale. The phoenix process: a substantive theory about allegations of unprofessional conduct. **J Adv Nurs.**, [S. l.], v. 65, n. 10, p. 2027–2037, out. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05038.x>. Acesso em: 5 jul. 2020.

RAMOS, José; PEIRÓ, José María; RIPOLL, Pilar. Condiciones de trabajo y clima organizacional. *Em: Tratado de Psicología del Trabajo: la actividad laboral em su contexto.* Madrid: Síntesis Psicología, 2002. p. 37–92. *E-book*.

RANCHON, Florence *et al.* Chemotherapeutic errors in hospitalised cancer patients: attributable damage and extra costs. **BMC Cancer**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 478, dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2407-11-478>. Acesso em: 19 jul. 2020.

RASMUSSEN, Jens. The role of error in organizing behaviour. **Qual. Saf. Heal. Care**, [S. l.], v. 12, n. 5, p. 377–383, out. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/qhc.12.5.377>. Acesso em: 1 nov. 2020.

REASON, James. Education and debate Human error: models and management. **BMJ**, [S. l.], v. 320, p. 770, mar. 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/pdf/768.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2020.

REASON, James. **El error humano**. 1. ed. Madrid: Modus Laborandi, 2009. *E-book*.

ROCHA, Esron Soares Carvalho *et al.* (org.). **Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade**. Brasília: Editora Aben, 2022. *E-book*.

ROTHSCHILD, Jeffrey M. *et al.* The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. **Crit. Care Med.**, [S. l.], v. 33, n. 8, p. 1694–1700, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000171609.91035.BD>. Acesso em: 19 jul. 2020.

SANTI, Tiago *et al.* Erro de medicação em um hospital universitário: percepção e fatores relacionados. **Enfermeria Glob.**, [S. l.], n. 35, p. 172–183, jul. 2014. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n35/pt_administracion1.pdf. Acesso em: 26 jun. 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. **Rev. Gaúcha Enferm.**, [S. l.], v. 40, n. e20180347, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983>. Acesso em: 19 jul. 2020.

SANTOS, Jânia Oliveira *et al.* Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. **Acta Paul Enferm**, [S. l.], v. 20, n. 4, p. 483–488, set. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/15.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2020.

SANTOS, Paula Raquel dos. **Processo de Trabalho da Enfermagem em Hemodinâmica: cargas de trabalho e fatores de riscos à saúde do trabalhador**. 2001. Dissertação - Fundação Oswaldo Cruz, Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5218>. Acesso em: 3 jul. 2020.

SANTOS, Tatiane Araújo dos *et al.* The Value Nurse Workforce. **Int. J. Nurs.**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 29–37, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.15640/ijn.v3n1a4>. Acesso em: 3 jan. 2019.

SANTOS, Tatiane Araújo dos *et al.* Intensity of nursing work in public hospitals. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, [S. l.], v. 28, n. e3267, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3221.3267>. Acesso em: 31 jan. 2023.

SANTOS, Tatiane Araújo dos; MELO, Cristina Maria Meira de. **Valor do trabalho da enfermeira**. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2019. *E-book*.

SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni; RAMOS, Flávia Regina Souza. Nursing ethical processes in the State of Santa Catarina: characterization of factual elements. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, [S. l.], v. 20, n. 4, p. 744–752, ago. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000400015>. Acesso em: 1 nov. 2020.

SEKI, Yukiko; YAMAZAKI, Yoshihiko. Effects of working conditions on intravenous medication errors in a Japanese hospital. **J. Nurs. Manag.**, Gunma, v. 14, n. 2, p. 128–139, mar. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00597.x>. Acesso em: 3 jul. 2020.

SHAPPELL, Scott A.; WIEGMANN, Douglas A. **The Human Factors Analysis and Classification System–HFACS**. Washington, DC: [s. n.], 2000. *E-book*. Disponível em: https://www.nifc.gov/fireInfo/fireInfo_documents/humanfactors_classAnly.pdf. Acesso em: 1 nov. 2020.

SIDON, Lincoln Uchoa *et al.* Análise Preliminar dos Processos Ético-Disciplinares transitados em julgado no Cofen (2005-2010): um ensaio para a pesquisa. **Enferm. em Foco**, [S. l.], v. 3, n. 4, p. 216–218, nov. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2012.v3.n4.388>. Acesso em: 3 jul. 2020.

SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Rev. Eletro. Enferm.**, [S. l.], v. 12, n. 3, p. 422–4, set. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v12i3.11885>. Acesso em: 1 nov. 2020.

SILVA, Glauco M. da *et al.* Evaluation of the Patient Safety Culture in the Western Amazon. **J. Hum. Growth Dev.**, [S. l.], v. 28, n. 3, p. 307–315, nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/jhgd.152192>. Acesso em: 24 jan. 2023.

SILVA, Lolita Dopico da; CAMERINI, Flavia Giron. Análise da Administração de Medicamentos Intravenosos em Hospital da Rede Sentinela. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 633–641, jul. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300019>. Acesso em: 30 jun. 2020.

SILVA, Maria Cristina; BORGES, Livia de Oliveira. Condições de trabalho e clima de segurança dos operários da construção de edificações. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Belo Horizonte, v. 15, n. 4, p. 407–418, dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.17652/rpot/2015.4.626>. Acesso em: 1 nov. 2020.

SILVA-SANTOS, Handerson. **Análise do discurso sobre o erro no trabalho em enfermagem**. 2018. 144f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

SILVA-SANTOS, Handerson. *et al.* Condições produtoras do erro no trabalho em enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, [S. l.], v. 71, n. 4, p. 1858–1864, ago. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0192>. Acesso em: 26 jun. 2020.

SILVEIRA, Gabriele Brito; SANTOS, Calize Oliveira dos; CAMARGO, Aline Lins. Incidentes de segurança envolvendo medicamentos: caracterização das notificações em um hospital oncológico de Porto Alegre. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saude.**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 730, mar. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.30968/rbfhss.2022.131.0730>. Acesso em: 6 nov. 2022.

SIQUEIRA, Cibele Leite *et al.* Gerenciamento de risco: percepção de enfermeiros em dois hospitais do sul de Minas Gerais, Brasil. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, [S. l.], v. 19, n. 4, p.

919–926, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150071>. Acesso em: 19 jul. 2020.

SLIGHT, Sarah P. *et al.* The causes of prescribing errors in English general practices: a qualitative study. **Br. J. Gen. Pract.: J. R. Coll. Gen. Pract.**, [S. l.], v. 63, n. 615, out. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/BJGP13X673739>. Acesso em: 19 mar. 2023.

SOUZA, Fátima de Souza de; VITURI, Dagmar Willamowius. Notificações de incidentes relacionados à segurança do paciente como ferramenta de gestão para a mudança da cultura organizacional. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 17, p. e237, jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e237.2019>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SOUZA, Sabrina Silva de *et al.* Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Rev. Eletro. Enfer.** [S. l.], v. 12, n. 3, p. 449–55, set. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v12i3.6855>. Acesso em: 1 nov. 2020.

SOUZA, Verusca Soares de *et al.* Desdobramentos judiciais do erro na enfermagem. **Acta. Paul. Enferm.**, [S. l.], v. 32, n. 6, p. 700–706, dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900096>. Acesso em: 19 jul. 2020.

Verusca Soares de *et al.* The hidden experience of nursing professionals sued for error. **Rev. Esc. Enferm. USP**, [S. l.], v. 55, n. e03668, p. 1–7, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019036703668>. Acesso em: 6 mar. 2021.

SULISTIADI, Wachyu; PURWADI, Ag; ASYARY, Al. Addressing the Medical Errors in the Re-Organized Healthcare in Indonesia. **Ann. Ig: medicina preventiva e di comunita**, [S. l.], v. 32, n. 5, p. 567–576, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.7416/AI.2020.2376>. Acesso em: 19 jul. 2020.

TAYLOR, Frederick Winslow. **Princípios de Administração Científica**. 8. ed. São Paulo: [s. n.], 1990. *E-book*.

TERRA, Igor *et al.* Caracterização dos incidentes notificados envolvendo o uso de medicamentos em unidades de internação adulto. **RECOM**, [S. l.], v. 12, n. e4624, nov. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v12i0.4624>. Acesso em: 31 dez. 2022.

THOFEHRN, Maira Buss *et al.* Processo de trabalho dos enfermeiros na produção de saúde em um Hospital Universitário de Múrcia/Espanha. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 924, fev. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i1.22094>. Acesso em: 1 nov. 2020.

TURJANSKI, Diego. O modelo do queijo suíço (um velho desconhecido). **Laboreal**, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 123–126, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.15667/laborealxii0216dtpt>. Acesso em: 1 nov. 2020.

VALLE, Monia Mara Figueiredo do; CRUZ, Elaine Drehmer de Almeida; SANTOS, Tatiane dos. Incidentes com medicamentos em unidade de urgência e emergência: análise documental. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, n. e03271, dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016033303271>. Acesso em: 26 jun. 2020.

VIANA, Keila Ellen *et al.* Patient Safety Culture from the Perspective of Nursing Professionals. **Texto Contexto Enferm.**, [S. l.], v. 30, n. e20200219, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0219>. Acesso em: 1 fev. 2023.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs.**, [S. l.], v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>. Acesso em: 21 jul. 2020.

WHO - World Health Organization. **The World health report: 2000: Health systems: improving performance.** Geneva: [s. n.], 2000. *E-book*. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42281>. Acesso em: 25 jul. 2020.

WHO - World Health Organization. **Conceptual framework for the international classification for patient safety.** Final Technical Report. Lisboa: World Health Organization, 2009. *E-book*.

WHO - World Health Organization. **Patient Safety: Making health care safer.** Geneva: World Health Organization, 2017. *E-book*. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-%20eng.pdf;jsessionid=C5AFF23EF64F8F7696F80A6A18EF536A?sequence=1>. Acesso em: 20 jan. 2021.

WHO. **The State of the World's Nursing.** [s. l.], 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>. Acesso em: 27 set. 2020.

WOODS, David; COOK, Richard. Mistaking Error. *Em: YOUNGBERG, B. J. (org.). Patient Safety Handbook.* 2. ed. Chicago: Jones & Bartlett Learning, 2013. *E-book*.

WU, Albert W. Medical error: the second victim. **BMJ**, [S. l.], v. 320, n. 7237, p. 726–727, mar. 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117748/pdf/726.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2020.

ZHANG, Weiyi *et al.* The frequency and nature of drug administration error during anaesthesia in a Chinese hospital. **Acta Anaesthesiol. Scand.**, [S. l.], v. 57, n. 2, p. 158–164, fev. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2012.02762.x>. Acesso em: 5 jul. 2020.

ZHOU, Ting *et al.* The Distance Teaching Practice of Combined Mode of Massive Open Online Course Micro-Video for Interns in Emergency Department During the COVID-19 Epidemic Period. **TELEMED E-HEALTH**, United States, v. 26, n. 5, p. 584–588, maio 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0079>

APÊNDICE A – Instrumento de coleta

**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 - ANÁLISE DE PROCESSOS ÉTICOS
DISCIPLINARES COM OBJETO DE DENÚNCIA O ERRO
Instrumento de Coleta de Dados

I. INFORMAÇÕES GERAIS:	
NOME DA(O) PESQUISADORA(OR):	DATA DA COLETA:
NÚMERO DO PROCESSO:	COREN: () Alagoas () Bahia () Ceará () Pernambuco () Rio Grande do Norte () Sergipe
ORIENTAÇÃO: Transcrever todo o conteúdo do processo que revele a confirmação da existência da variável no processo ético disciplinar em análise, colocar a numeração da folha ao final da transcrição.	
II. CARACTERIZAÇÃO DOS PROCESSOS	
CATEGORIA PROFISSIONAL DA DENUNCIADA: () Enfermeira () Técnica de Enfermagem () Auxiliar de Enfermagem	OBJETO DE DENÚNCIA: _____
ORIGEM DA DENÚNCIA: () DENÚNCIA () <i>EX OFFÍCIO</i>	QUANDO HOUVE DENÚNCIA, DENUNCIANTE: () FAMILIAR/ACOMPANHANTE () SERVIÇO DE SAÚDE
IDADE DA DENUNCIADA:	SEXO DA DENUNCIADA: () FEMININO () MASCULINO
TEMPO DE TRABALHO DA DENUNCIADA NA INSTITUIÇÃO:	TEMPO DE ATUAÇÃO DA DENUNCIADA NA PROFISSÃO:
TIPO DE SERVIÇO DE OCORRÊNCIA DO ERRO: () HOSPITAL () UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE () OUTROS (ESPECIFICAR) _____	SE OCORRIDO NO HOSPITAL, ESPECIFIQUE A UNIDADE DE PRODUÇÃO DO SERVIÇO: _____
TIPO DE ERRO: _____	TURNO DE OCORRÊNCIA DO EVENTO: () DIURNO () NOTURNO
HOUVE CONDENAÇÃO DA TRABALHADORA: () SIM () NÃO	EM CASO DE CONDENAÇÃO, ESPECIFIQUE QUAL PENALIDADE APLICADA: _____
TIPO DE PACIENTE: () CRIANÇA () ADULTO () IDOSO	

III. IDENTIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOBRE CONDIÇÕES DE TRABALHO						
Nº	VARIÁVEIS QUALITATIVAS	VARIÁVEIS QUANTITATIVAS			TRANSCRIÇÃO QUANDO A RESPOSTA FOR “SIM - 1”	
		SIM - 1	NÃO - 2	NÃO CITA - 0	TRECHO	Nº DA FOLHA
1	Estrutura física adequada					
2	Existência e disponibilidade de EPI					
3	Existência e disponibilidade de equipamentos e mobiliário adequado					
4	Existência e disponibilidade de Protocolo Operacional Padrão					
5	Existência e disponibilidade de Protocolo Assistencial Padrão					
6	Participação da trabalhadora em reuniões para orientação sobre o processo de trabalho					
7	Satisfação com o trabalho					
8	Participação da trabalhadora em atividades de Educação Permanente					
9	Existência de enunciação de conhecimento sobre o resultado da assistência prestada					
10	Reconhecimento interno a organização sobre o desempenho da trabalhadora					
11	Quantidade insuficiente de trabalhadoras para prestação da assistência					
12	Supervisão do trabalho da auxiliar/técnica pela enfermeira					
13	Interrupção na execução de tarefas e atividades					
14	Pressão do tempo no trabalho					
15	Pausa durante a jornada de trabalho					
16	Sobrecarga na execução de tarefa/atividade					
17	Realização do trabalho em mais de um setor durante a jornada de trabalho					
18	Pressão para cumprimento de metas					
19	Conflito no trabalho					
20	Discriminação no trabalho					
21	Violência no trabalho					
22	Constrangimento no trabalho					
23	Múltiplos vínculos de trabalho					
24	Cerceamento de direitos trabalhistas pela organização					
25	Adoecimento pela trabalhadora					
26	Supervisão do trabalho da enfermeira/auxiliar/técnica pela coordenação de enfermagem					

IV. CLASSIFICAÇÃO DO ERRO DE ACORDO COM A TIPOLOGIA		
TIPO DE ERRO	TRANSCRIÇÃO DO TRECHO QUE REVELA A INFORMAÇÃO	
	TRECHO	Nº DA FOLHA
<input type="checkbox"/> Sem consequência <input type="checkbox"/> Consequência reversível <input type="checkbox"/> Consequência irreversível		

V. IMPRESSÕES DA(O) PESQUISADOR(A):

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

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: 28046914.7.0000.5531

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 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: cepec.ufba@ufba.br

ANEXO A – 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 3ª Andar
 Bairro: Castelo CEP: 41.110-060
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (continuação)

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 832.901

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 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