

1. Resumo

O objetivo geral desta pesquisa é analisar a relação entre a ocorrência do erro profissional e a precarização do trabalho em enfermagem. Os objetivos específicos são: caracterizar a ocorrência dos erros profissionais e a precarização no trabalho em enfermagem e identificar as variáveis da precarização do trabalho em enfermagem que contribuem na ocorrência do erro profissional. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, documental, quanti-qualitativo. Este estudo abrangeu instituições localizadas no estado da Bahia, onde foi realizada a coleta de dados: Conselho Regional de Enfermagem da Bahia (Coren -Ba), o Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Bahia (SEEB), o SindiSaúde Privado e o SindSaúde Público. O público alvo foi composto de trabalhadoras do campo da enfermagem e documentos arquivados no Coren-Ba e sindicatos. A coleta de dados foi realizada nas seguintes fontes: processos ético-disciplinares concluídos e arquivados, denúncias trabalhistas encaminhadas aos sindicatos via e-mail ou correspondência manuscrita, ofícios enviados ao Ministério Público do Trabalho e grupo focal realizado com trabalhadoras do campo da enfermagem. Para os processos ético disciplinares, foi estabelecido como período de análise de 1990 até 2014, e para as denúncias trabalhistas, de 2010 até 2015. Estes períodos foram definidos de acordo com a disponibilidade dos documentos em cada local de coleta. A coleta deu-se entre março de 2015 até março de 2016. A análise dos dados qualitativos foi realizada através da abordagem da sociologia do trabalho e da Teoria do Erro Humano; os dados quantitativos foram analisados através da estatística descritiva, com cálculo de frequência simples e relativa. Os dados relativos ao grupo focal ainda estão sob análise. Os resultados parciais indicam as tipologias de precarização, no que se refere à precarização do trabalho, tanto nas denúncias trabalhistas quanto nos processos ético-disciplinares: intensificação do trabalho, vulnerabilidade no trabalho e insegurança e saúde do trabalhador. Nas denúncias, revelou-se ainda a condenação e descarte do direito do trabalho. Quanto a ocorrência do erro, foram analisados 160 processos e destes, 13 continham erro comprovado, tendo como objeto da denúncia ações relacionadas à medicação do paciente (medicação incorreta: 2; paciente incorreto: 3; ação incorreta: 2; via incorreta: 5; dose incorreta: 1). Ao analisarmos conjuntamente os dados referentes à precarização do trabalho e a ocorrência do erro, identificamos que as tipologias da precarização são condicionantes para a ocorrência do erro, dado que em todos os processos referentes à erro, foram detectados, minimamente, uma das tipologias da precarização acima relatadas, que interferem negativamente no trabalho em enfermagem, colaborando para a ocorrência do erro e, conseqüentemente, para uma assistência insegura. Este achado serve para desmistificar que o erro é originado somente no ato isolado da trabalhadora.

2. Objetivos

Geral: Analisar a ocorrência dos erros profissionais e sua relação com a precarização do trabalho em enfermagem

Específicos:

- 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 estão relacionadas com a ocorrência do erro profissional

3. Breve fundamentação teórica

O erro é o resultado da falha na execução de uma ação planejada ou o desenvolvimento incorreto de um plano (REASON, 2009). Filósofos como Agostinho, Platão, Descartes e Spinoza dedicaram-se, em diferentes abordagens filosóficas e tempos históricos, seus pensamentos ao erro e de como alcançar a verdade. Em oposição aos clássicos da filosofia, hoje, no século XXI, vivemos em uma cultura que despreza e quer esconder o erro ao mesmo tempo em que, paradoxalmente, argumenta que ele é essencial em nossas vidas (SCHULZ, 2011).

Ao longo do tempo algumas ferramentas foram desenvolvidas para prevenir o erro, sobretudo em áreas de alto risco, nos chamados sistemas complexos, mas assumi-lo envolve expor as fragilidades de nós humanos ao julgamento daqueles que nos observam e, conforme Drews; Musters; Samore (2008) e Reason (2000), a atitude de esconder o erro é agravada em organizações que são marcadas por uma cultura organizacional do medo e da culpa.

É possível encontrar outro paradoxo do erro humano na dicotomia entre a falha individual e a falha de mecanismos criados para funcionarem como barreiras que impeçam a ocorrência de erros, esta última como a expressão das vulnerabilidades dos sistemas complexos. O destaque dado a falha individual, em que apenas as habilidades e capacidades dos trabalhadores são postas em discussão, desvia o foco da análise da organização do trabalho e das decisões tomadas em esferas superiores, ambas compondo o contexto do trabalho, elemento determinante para a ocorrência de erros.

Nas organizações de saúde a ocorrência de erros pode ser diminuída, mas não totalmente evitada. Diante disso, a compreensão entre as características atuais do trabalho e o erro humano precisa ser incorporada nas organizações de saúde, no gerenciamento do processo de trabalho em saúde e em enfermagem e no âmbito da regulação profissional, dado que ao órgão regulador compete proteger a sociedade das más práticas dos profissionais, com o mínimo de erros e a prestação de serviços e ações com qualidade.

O estudo de Meurier; Vincent; Parmar (1998) revelou que em uma situação de erro grave as enfermeiras tendem à autculpa pelo erro, assim como também tendem a dar mais importância para o erro se o resultado for grave. Isso pode indicar que as enfermeiras, diante de consequências graves de um erro, podem se inclinar a assumir responsabilidade pelo ato. Por outro lado, as autoras chamam atenção que uma vez que a enfermeira faz a auto atribuição do erro ela pode ignorar ou desconsiderar outros fatores na causa do mesmo, como fatores da organização e da precarização do trabalho.

O processo de precarização do trabalho é um elemento marcante do sócio-metabolismo do capital no contexto da mundialização financeira, apesar de que o trabalho precário sempre tenha existido desde a assunção do capitalismo, transformando-se a cada reestruturação produtiva. O controle do trabalho pelo capital no século XXI é expresso pelo trabalhador polivalente e multifuncional, na substituição do trabalho estável e regulamentado por modalidades flexíveis e precárias de relações de trabalho e a desconcentração do espaço físico produtivo (SEGNINI, 2011; ANTUNES, 2010; ALVES, 2007).

Embora o capitalismo contemporâneo seja marcado pelo processo de acumulação flexível e o trabalho esteja organizado sob as bases do toyotismo, é preciso não perder de vista, segundo Druck (2011), que também vivemos um período de transição, e formas antigas e novas de gestão do trabalho coexistem conjuntamente, mas todas se pautam pela precarização social do trabalho.

A precarização do trabalho pode ser conceituada como

processo social em que se instala – econômica, social e politicamente – uma institucionalização da flexibilização e da precarização moderna do trabalho, que renova e reconfigura a precarização histórica e estrutural do trabalho no Brasil, agora justificada pela necessidade de adaptação aos novos tempos globais (DRUCK, 2011, p. 39).

A flexibilização e a precarização do trabalho são frutos de uma “vontade política e não de uma fatalidade econômica” (DRUCK, 2011, p.430), com a precarização expressando um regime político baseado na instabilidade e na sensação generalizada de insegurança, o que mantém o trabalhador submisso

às situações de exploração, já que seus vínculos são cada vez mais precários e o emprego estável escasso. (DRUCK, 2011).

Assim, o que se entende por precarização do trabalho é o processo de deterioração dos direitos trabalhistas e da segurança no emprego, estabelecidos ao longo do século XX. A precarização guarda um sentido de perda de direitos e simboliza uma das facetas do embate entre o capital e o trabalhador. A precarização traz ainda um sentido concreto: atinge o núcleo do trabalho organizado, estabelecido no Estado de Bem Estar, configurando a troca deste pelo Estado neoliberal (ALVES, 2007).

Além disso, é preciso destacar que, na atualidade, a lógica do funcionamento do setor privado tem sido cada vez mais incorporada ao setor público, no caso brasileiro principalmente após a Reforma do Aparelho do Estado. Esta Reforma é um processo decorrente da mundialização da economia neoliberal. O neoliberalismo se sustenta na prerrogativa da supremacia do mercado para regular as atividades econômicas e sociais. Este atua como fonte de captação de recursos, distribuição de bens, serviço e renda (MORAES, 2002).

No Brasil, a Reforma define quatro áreas de atuação do Estado: núcleo estratégico; atividades exclusivas; atividades não-exclusivas e setor de produção de bens e serviços. Além disto, a Reforma do Aparelho Estatal é essencialmente estrutural, com as principais mudanças introduzidas na forma de gestão do Estado, implantando-se o modelo da administração pública gerencial em substituição ao modelo burocrático de gestão (BARRETO, 1999). Com isto, o Estado busca mecanismos que confirmam maior autonomia e flexibilidade na forma de gerir seus serviços, criando as condições ideais para a terceirização.

Neste contexto, o processo de trabalho em enfermagem mantém como modelo organizativo elementos do taylorismo/fordismo – trabalho parcelar e hierarquizado, padronização através de normas e rotinas, emprego da gerência científica para melhor controle dos demais trabalhadores - e é submetido às condições da precarização e flexibilização que afligem os trabalhadores de uma forma geral como o aumento da intensidade, polivalência, baixos salários,

acúmulos de vínculos, frágil organização como classe trabalhadora, assédio moral e insegurança no emprego.

Este modelo híbrido de gestão e organização do processo trabalho apresenta consequências para o trabalho em enfermagem, tendo como uma das principais consequências a ocorrência de erros profissionais.

De acordo com Pug (2009) enfermeiras australianas que cometeram erro e foram denunciadas na Nurse Regulatory Authority (NRA), vivenciaram sentimentos traumáticos, estresse, dores de cabeça, ansiedade, isolamento social, depressão e, em um caso, ideação suicida. A autora sustenta que é preciso ter outra compreensão de como a conduta profissional está definida. Ela defende investigações nas organizações de saúde antes de encaminhar relatos à entidade reguladora e que as enfermeiras sejam apoiadas com ações educativas em vez de demitidas e/ou disciplinadas.

O erro se materializa a partir da ação de uma pessoa. No entanto, apenas disciplinar as trabalhadoras por cometerem erros não é o modo de abordar o problema, dado que os erros raramente têm uma única causa e raramente ocorrem como consequência direta das ações de um único indivíduo, dado que o trabalho em saúde é coletivo. As enfermeiras, auxiliares e técnicas em enfermagem são inseridas em um processo de trabalho onde só detém uma pequena parte do trabalho. Assim, a ocorrência do erro pode ser explicada a partir da identificação de múltiplas causas e não apenas por causas de natureza individual. O reconhecimento das múltiplas causas para a ocorrência do erro deve ser adotado tanto pelas organizações de saúde quanto pela autarquia que regula as profissões em enfermagem.

A gestão de risco, definida como a aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional, é um dos objetivos específicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente. E para o alcance dos seus objetivos o programa recomenda estudos e pesquisas relacionados à segurança do paciente (BRASIL, 2013).

Tudo isto tem se refletido no exercício do cuidar, que assim como a trabalhadora que a exerce, tem se tornado precarizado, no sentido de que passa a não atender as necessidades do usuário, o que tem refletido no aumento das denúncias por erro contra profissionais da enfermagem. Fernandes, Medeiros e Ribeiro (2008) apontam em seu estudo que as próprias enfermeiras reconhecem que frequentemente negligenciam as demandas dos usuários passando a lhes “tratar mal” (p.421), pois no contexto da precarização do trabalho, muitas vezes estas não conseguem cumprir nem o que é demandado pela organização ou requisitado pelo usuário, o que provoca nestas profissionais a sensação de fracasso e angústia o que tem contribuído para o desenvolvimento de quadros patológicos relacionados ao trabalho, com destaque para as doenças mentais, especialmente a depressão e síndrome Burnout.

4. Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, documental, quanti-qualitativo. Este estudo abrangeu instituições localizadas no estado da Bahia, onde foi realizada a coleta de dados: Conselho Regional de Enfermagem da Bahia (Coren -Ba), Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Bahia (SEEB), SindiSaúde Privado e SindSaúde Público. O público alvo foi composto de trabalhadoras do campo da enfermagem e documentos arquivados no Coren-Ba e sindicatos.

A coleta de dados foi realizada nas seguintes fontes: processos ético-disciplinares concluídos e arquivados no Coren-Ba, denúncias trabalhistas encaminhadas aos sindicatos via email ou correspondência manuscrita, ofícios enviados ao Ministério Público do Trabalho e grupo focal realizado com trabalhadoras do campo da enfermagem.

Para os processos ético disciplinares, foi estabelecido como período de análise de 1990 até 2014, e para as denúncias trabalhistas, de 2010 até 2015. Estes períodos foram definidos de acordo com a disponibilidade dos documentos em cada local de coleta. A coleta deu-se entre março de 2015 até março de 2016. A análise dos dados qualitativos foi realizada através da abordagem da sociologia do trabalho e da Teoria do Erro Humano; os dados quantitativos foram analisados através da estatística descritiva, com cálculo de frequência simples e relativa. Os dados relativos ao grupo focal ainda estão sob análise.

5. Resultados

Para a caracterizar a precarização do trabalho em enfermagem, adotamos a tipologia elaborada por Druck (2011) sobre a precarização do trabalho:

- Vulnerabilidade das formas de inserção: nesta categoria foram enquadradas as denúncias referentes aos contratos precários, sem proteção social.
- Intensificação do trabalho: foram classificadas as denúncias cujo conteúdo revelavam extensão e intensificação da jornada de trabalho
- Vulnerabilidade no trabalho: referem-se às denúncias que revelam abuso de poder, assédio moral, violência, constrangimentos no desenvolvimento do processo de trabalho.
- Insegurança e saúde no trabalho: nesta categoria as denúncias se referem às situações da condição de trabalho que provocaram adoecimentos ou expuseram a trabalhadora à riscos.
- Condenação e descarte do Direito do Trabalho: aqui foram agrupadas as denúncias referentes ao descumprimento da legislação trabalhista.

No que se refere às organizações de saúde alvo das denúncias, 25 são públicas estaduais ou municipais com gestão direta, 08 são públicas estaduais com gestão indireta, 38 são privadas, 04 são filantrópicas e em 03 denúncias não foi citada a organização. As empresas privadas são o maior alvo das denúncias, pois no bojo da reestruturação econômica agem sob a regulação do mercado, pautando-se pela flexibilização, terceirização e redução de custos.

Nos sindicatos que representam as trabalhadoras do campo da enfermagem foram localizados 87 documentos, onde as tipologias da precarização do trabalho distribuíram-se da seguinte forma:

Tabela 1 – Frequência das tipologias da precarização por Sindicato, Salvador, Bahia, 2016

Tipologia da precarização	SEEB		SINDSAÚDE PÚBLICO		SINDI SAÚDE PRIVADO	
	N	%	N	%	N	%
1 Vulnerabilidade das formas de inserção	7	7,6	1	5,2	--	--
2 Intensificação do trabalho	13	14,1	6	31,5	7	17,9
3 Vulnerabilidade no trabalho	21	22,8	5	26,3	6	15,3
4 Insegurança e saúde no trabalho	15	16,3	4	21,0	4	10,2
5 Condenação e o descarte do direito do trabalho	36	39,1	3	15,7	22	56,4
Total	92	100	19	100	39	100

Fonte: SEEB, SindSaúde Público, SINDI Saúde Privado. Elaboração dos autores

A distribuição das denúncias por tipologias da precarização guarda relação com a natureza da organização e o tipo de vínculo da trabalhadora. Nos serviços públicos, dado que as trabalhadoras são majoritariamente concursadas e possuem garantias mais estáveis sobre os seus direitos, a tipologia Condenação e Descarte do Direito do Trabalho não foi a mais frequente nas denúncias feitas ao SindSaúde Público, ao contrário do que se observa no SEEB e Sindi Saúde Privado.

Foram encontrados em 143 processos ético-disciplinares com ocorrências que caracterizam tipologias da precarização do trabalho. Os dados foram organizados em duas categorias principais: intensificação do trabalho, vulnerabilidade no trabalho, insegurança e saúde no trabalho. Na categoria intensificação do trabalho registra-se ocorrências relativas ao subdimensionamento de pessoal, o excesso de paciente por profissional, a profissional atendendo em mais de uma unidade de produção de serviço e a ausência da enfermeira para supervisionar o trabalho das técnicas e auxiliares de enfermagem. Na insegurança e saúde no trabalho, destacam-se as ocorrências sobre a ausência de mobiliário e equipamento, problemas com estrutura e insumo, espaço/ambiente inadequado. Na vulnerabilidade no trabalho, as ocorrências referem-se ao sofrimento de violência por parte da trabalhadora, sendo que a violência psicológica é a mais relatada, revelando assim, a gestão pelo medo dentro dos serviços de saúde, sendo este tipo de gestão uma das características mais frequentes em serviços de assistência insegura que predispõe ao erro, segundo Reason (2009).

Do período investigado, foram encontrados 160 processos, destes 13 tiveram como objeto de denúncia erro cometido pelas trabalhadoras de enfermagem, que datam entre 1995 até 2010, sendo este último ano que mais concentrou processos, com 03 processos.

A organização de saúde, através da coordenação de enfermagem, é a principal denunciante em 5 dos 13 processos. Quanto ao turno de ocorrência, é o período diurno (manhã/tarde) o mais citado nos processos (8 citações).

As características das trabalhadoras que foram denunciadas podem ser observadas na Tabela 3. Nota-se que são as trabalhadoras de nível médio em enfermagem as que são mais denunciadas sobre ocorrência de erros.

Tabela 3 - Distribuição das características das denunciadas em processos ético-disciplinares, segundo categoria profissional e sexo. Salvador, BA, Brasil, 2016

Categoria profissional da denunciada	n
Enfermeira	1
Técnica de enfermagem	2
Auxiliar de enfermagem	7
Mais de uma categoria em um mesmo processo	3
Total	13
Sexo	
Masculino	0
Feminino	13
Total	13

Fonte: Processos ético-disciplinares. Elaboração dos autores

Quanto à natureza das organizações citadas nos processos, 6 são públicas e 7 privadas. O hospital é o tipo de serviço citado em 10 processos, sendo a unidade de internação o setor hospitalar mais citado nos processos, estando presente em 7 dos 13 processos.

O erro de medicação foi exclusivamente o objeto de denúncia registrado nos processos ético-disciplinares, conforme pode ser observado na Tabela 4.

Tabela 4 – Descrição dos erros objeto de denúncia em processos éticos, Salvador, Ba, Brasil, 2016

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

Fonte: Processos ético-disciplinares. Elaboração dos autores

No que toca aos tipos de denunciante, observamos que não são os familiares ou os pacientes os principais responsáveis pelas denúncias. Isto pode estar relacionado com alguns fatores: os pacientes ou familiares não têm acesso à informação, o que os possibilitaria a identificação do erro; ao identificar o erro, a maior parte dos usuários não sabem como denunciá-lo; e as profissões de saúde são um corpo hermeticamente fechado e autorregulado (DAL POZ; PIERANTONI, GIRARDI, 2012), o que leva a autoproteção, dificultando o acesso à informação por parte dos usuários. Embora esteja previsto na carta de direitos dos usuários da saúde o livre acesso do paciente ou de pessoa por ele autorizada às informações sobre a sua condição de saúde (BRASIL, 2007), ainda não é incomum que este processo seja dificultado pelos profissionais ou pela organização (LEITE et al, 2014; BITTENCOURT et al, 2013).

Conjecturamos que o fato das organizações de saúde configurarem como a principal denunciante relaciona-se como sendo esta instância a porta de entrada para a denúncia do dano sofrido. De acordo com o Código de ética dos profissionais em enfermagem (CEPE), os atos, ações e omissões das trabalhadoras de enfermagem que afetem à saúde dos usuários deve ser objeto de investigação.

No entanto, a abordagem individual do erro (Reason, 2009) e a cultura do medo (REASON, 2000), fomentadas em muitas organizações de saúde, nos permite refletir que ao formalizar a denúncia junto ao Conselho, as

organizações também se desresponsabilizam pelo erro cometido, pois buscam junto à família e a sociedade manter a imagem de que estão agindo na causa do erro: a trabalhadora, apresentando como solução do problema a sua punição.

Conjecturamos também que a adoção desse tipo de abordagem diante do erro encontra-se respaldada no CEPE, dado que neste existe apenas a abordagem individual do erro, punindo unicamente a trabalhadora, sem outros mecanismos que possam corresponsabilizar a organização ou mesmo fomentar

a abordagem sistêmica do erro (Reason, 2009) nas organizações, como nos casos das legislações que regulam o trabalho em enfermagem nos Estados Unidos (NCSBN, 2015; ISMAIL, CLARKE, 2014) e no Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido, em busca do aprendizado organizacional e da cultura da segurança (NHS, 2015).

O fato de serem as técnicas e auxiliares de enfermagem as trabalhadoras alvo principal das denúncias reporta à divisão técnica e social do trabalho em enfermagem. As trabalhadoras de nível médio têm como parte de seu processo de trabalho a assistência direta ao usuário, o que se contrapõe ao processo de trabalho das enfermeiras, de natureza dual: assistência-gerencia (SANTOS, MELO, LEAL, 2015). A divisão técnica e social do trabalho em enfermagem favorece o erro porque separa as ações de planejamento e execução, sendo as enfermeiras responsáveis pela primeira atividade e as técnicas e auxiliares de enfermagem pela segunda. Ao excluir as técnicas e auxiliares de enfermagem do planejamento da assistência, pode-se planejar de modo a não considerar as reais condições em que a assistência será prestada.

Soma-se a isso o fato de que na divisão do trabalho a enfermeira tornou-se a coordenadora/supervisora do trabalho de técnicas e auxiliares. Ao ocupar esta função de gerente intermediária, a enfermeira, que neste caso representa o seu empregador, pode contribuir para a submissão das técnicas e auxiliares às condições precárias de realização da assistência, ainda que ela mesma seja afetada por estas condições (SANTOS, 2012).

O resultado encontrado sobre o tipo de erro que se tornou objeto de denúncias – erro no processo de medicação - coaduna com o encontrado em outros estudos da literatura científica nacional, onde também são apresentados as causas deste tipo de erro: distrações provadas pelo telefone da unidade, interferência da atividade do outro profissional, mudanças na padronização médica ou por acúmulo de tarefas, excesso de trabalho, subdimensionamento de pessoal, desempenho deficiente no preparo das medicações, ausência de protocolos e de mecanismo de educação permanente (TEIXEIRA, CASSIANE 2010; LEMOS, SILVA, MARTINES, 2012; PRAXEDES, TELES-FILHO 2011; SILVA, CASSIANE 2013; PETERLINE, YAMAMOTO, PETERLINI, BOHOMOL 2011).

As trabalhadoras entrevistadas por Santos; Ceolim (2009) afirmam ser recorrente a não notificação de erros no processo de medicação por temor da abordagem punitiva, que corresponde, segundo os autores, a 80,3% das medidas tomadas nas organizações. Aqui o medo apresenta-se como a principal barreira para a notificação do erro, sendo, portanto, compreendido como um fenômeno moral, que parte da premissa que coisas ruins acontecem com pessoas más (Reason, 2000). Desse modo, além da responsabilidade civil pelo ato, às pessoas que cometem erro é imposto o peso moral da culpa, desconsiderando as condições de trabalho.

Podemos observar no Quadro 1 que as condições produtoras do erro se relacionam com a precarização do trabalho, uma estratégia utilizada pelos empregadores que é alicerçada na insegurança e no medo da perda do emprego, para que os trabalhadores se submetam à exploração e as condições precárias de trabalho (DRUCK, 2013).

Em todos os processos identificamos o subdimensionamento e a intensificação do trabalho como uma condição produtora do erro. Não sem razão estes dois fatores estão relacionados: ao manter um quantitativo de trabalhadores abaixo do necessário para a realização da assistência, o empregador intensifica o trabalho de quem ainda se mantém na organização, pois atribui a este múltiplas tarefas e ações. De acordo com AIKEN et al (2002), cada paciente adicional que gera sobrecarga de trabalho de uma enfermeira

acrescenta em 7% a probabilidade de um paciente internado em um hospital morrer.

Para Rosso (2006) a intensidade do trabalho se refere ao consumo de energias pessoais e grupais no trabalho, expressa de outra maneira como sendo o esforço despendido pelos/as trabalhadores/as em seu labor cotidiano. Podemos observar nas evidências dos processos que as trabalhadoras, devido ao subdimensionamento, são obrigadas a assumirem múltiplas funções. O trabalhador multifuncional e polivalente é uma característica do modelo de gestão do trabalho denominado toyotismo, que também tem como premissas a flexibilidade e a disposição do trabalhador para a resolução de problemas durante o seu trabalho (ANTUNES, DRUCK, 2014). Uma maior intensidade do trabalho predispõe o trabalhador à fadiga, às distrações e a lapsos durante o trabalho. Ainda relacionados à intensidade da jornada de trabalho, encontramos o ritmo acelerado de trabalho e a dobra de plantão como condições produtoras do erro.

Estudo produzido por Silva, Rotemberg e Fisher (2011) demonstra que as longas jornadas de trabalho em enfermagem estão relacionadas à ocorrência de acidentes de trabalho, que vitimam tanto o trabalhador quanto o usuário. Além disto, o ritmo acelerado de trabalho no ambiente hospitalar, segundo Gonçalves et al (2015), provoca o desgaste físico e psíquico que interfere diretamente no trabalho realizado.

Retomando o conceito de condições de trabalho elaborado por Costa (2016), estas são compostas por um conjunto de variáveis que influenciam não só o trabalho, mas a vida do trabalhador. Nos processos ético-disciplinares analisados, notamos que a execução do trabalho em enfermagem é comprometida pelas precárias condições de trabalho ofertadas por seus empregadores e demonstram ser condições produtoras do erro.

6. Mecanismos de transferência dos resultados

Os mecanismos de devolução dos resultados para a sociedade são:

- Artigos científicos;
- Tese de doutoramento;
- Trabalhos de conclusão de curso;
- Participação em eventos científicos nacionais e internacionais;
- Execução de Seminário em dezembro onde serão convidados: Fapesb, Sindicato de Enfermeiros do Estado da Bahia, Sind Saúde Público, Sindi Saúde Privado, Conselho Regional de Enfermagem Seção Bahia, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Sindicato dos Hospitais da Bahia e Ministério Público do Trabalho;
- Divulgação do relatório final da pesquisa no blog do grupo de pesquisa Gerir, que tem acesso livre para toda a população:
<https://blog.ufba.br/grupogerirenfermagem/>
- Participação de pesquisadores em eventos científicos como palestrantes.

7. Conclusões

As denúncias das trabalhadoras em enfermagem nos sindicatos que as representam no estado da Bahia revela o quanto o trabalho em enfermagem vem sendo precarizado. Embora denunciar seja o primeiro passo para buscar a resolução da situação precária, destaca-se o número pequeno de denúncias recebidas pelos sindicatos.

A precarização é uma relação de dominação pelo medo, conforme debatemos anteriormente. Em sendo uma relação é preciso que o dominado reconheça e acredite que o dominador tem poder sobre ele e que pouca coisa pode ser feita para mudar a situação.

Pelo quantitativo apresentado, pode-se afirmar que a procura da trabalhadora pelo sindicato ainda não é uma ação comum entre as trabalhadoras da enfermagem. Isto pode refletir o desconhecimento por parte das trabalhadoras das entidades que as representam, a alienação da categoria em relação ao trabalho que executa, a pouca disposição para a luta política, ou o sucumbimento diante da precarização do trabalho, aceitando-se e naturalizando-se a exploração, com desesperança quanto à possibilidade de mudança, o que se revela na submissão consciente das trabalhadoras.

Os erros cometidos pelas trabalhadoras da enfermagem que foram alvo de processos ético-disciplinares demonstram que estes não se originam apenas na falha individual da trabalhadora. As condições produtoras do erro, relacionadas à precarização do trabalho, estão presentes no contexto da ocorrência do erro em todos os processos, sendo o subdimensionamento e a intensificação do trabalho as condições produtoras do erro mais presentes.

Este achado contribui para desmistificar que a trabalhadora erra sozinha: a organização de saúde, ao manter as condições produtoras do erro, também é responsável pela ocorrência do erro. Portanto, é preciso superar a abordagem individual do erro, dado que esta baseia-se somente na culpabilização da trabalhadora e na gestão pelo medo, pois a ocorrência de um erro deve levar a uma punição.

Neste sentido, é preciso rever a legislação da regulação do trabalho em enfermagem, em destaque o CEPE, de modo a agregar mecanismos que

corresponsabilizem as organizações de saúde pela ocorrência do erro, de modo que o aprendizado organizacional seja o elemento central na abordagem do erro, a partir da cultura da segurança do paciente.

8. Referências

AIKEN, L *et al.* Hospital nursing staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. **JAMA**; 288:1987-1993, 2002.

ALVES, Giovanni. **Dimensões da Reestruturação Produtiva**: ensaios de sociologia do trabalho. 2 ed. Bauru: Canal 6, 2007.

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

_____. Dimensões da precarização estrutural do trabalho. In: DRUCK, Graça; FRANCO, Tânia (Org.). **A Perda da razão social do trabalho**: terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo, 2007. p. 13-22

_____. **O continente do labor**. São Paulo, SP: Boitempo, 2011.

_____; ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 8, p. 335- 351, maio/ago. 2004. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 15 out. 2013.

_____; DRUCK, Graça. **A epidemia da terceirização**. In: ANTUNES, Ricardo (org). Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2014. pp 13-24

BITTENCOURT, Ana Luiza Portela et al. A voz do paciente: por que ele se sente coagido? **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 1, p. 93-101, jan./mar. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** : ilustrada / Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 9 p.: il. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

CASSIANI, Silvia Helena; RODRIGUES, Liliane. A técnica Delphi e a técnica de grupo nominal como estratégias de coleta de dados nas pesquisas em enfermagem. *Acta Paul. Enf.*, v. 9, n. 3, 1996, p. 76-83.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Comissão de Business Intelligence. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**. Brasília, DF. 2010, 71 p.

DAL POZ, MR; GIRARDI, SN; PIERANTONI, CR. Formação, regulação profissional e mercado de trabalho em saúde In: Fundação Oswaldo Cruz, organizador. **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Ministério da Saúde/ Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2012. p. 157-68.

DRUCK, Graça. **A precarização social do trabalho no Brasil**. In: ANTUNES, Ricardo (org). Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2013. pp.55-74.

_____. Trabalho, precarização e resistência: novos e velhos desafios? **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. 1, p. 37-57, 2011. Edição especial.

FERNANDES, Sandra Michelle Bessa de Andrade , MEDEIROS, Soraya Maria de , RIBEIRO, Laiane Medeiros. Estresse ocupacional e o mundo do trabalho

atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2008;10(2):414-427. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a13.htm>. Acessado em 02 nov 2013.

FURTADO, Betise Mery Alencar Sousa Macau; ARAÚJO JÚNIOR, José Luiz Correia de. Percepção de enfermeiros sobre condições de trabalho em setor de emergência de um hospital. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 169-74, 2010.

GONÇALVES, Francisco Gleidson de Azevedo et al. Impactos do neoliberalismo no trabalho hospitalar de Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2015 Jul-Set; 24(3): 646-53

HIRATA, Helena. **Nova divisão sexual do trabalho?** Um olhar voltado para a empresa e a sociedade. Tradução de Wanda Caldeira Brant. São Paulo: Boitempo, 2002. (Coleção Mundo do Trabalho).

ISMAIL, Farah; CLARKE, Sean. Improving the Employer-Regulator Partnership: An Analysis of Employer Engagement in Discipline Monitoring. **Journal of Nursing Regulation**. Vol. 5 Issue 3, p19, 2014.

LEITE, Renata Antunes Figueiredo et al. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface Comunicação Saúde Educação** 2014; 18(51):661-71.

LEMONS, Natália Romana Ferreira; SILVA, Vagnára Ribeiro da; MARTINEZ, Maria Regina. Fatores que predispõem à distração da equipe de enfermagem durante o preparo e a administração de medicamentos. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 201-207, 2012.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. Volume I, livro primeiro, o processo de produção do capital, tomo I. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3):508-14.

MEDEIROS, Soraya Maria de. et al. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 233-240, 2000. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm>. Acesso em: 31 jan. 2011.

MELO, CMM; SANTOS, TA; LEAL, JAL. **Processo de trabalho assistencial-gerencial da enfermeira**. In: Associação Brasileira de Enfermagem; VALE EG, PERUZZO AS, FELLI VEA, organizadores. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Gestão: Ciclo 4. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015.p. 45-75 (Sistema de Educação Continuada a Distância, v.3).

MELO, Cristina. et al. **O Valor do Trabalho da Enfermeira**. Texto elaborado para debate. Salvador, 2013. 28p.

NATIONAL COUNCIL OF STATE BOARDS OF NURSING. Board and Regulation. **Board Action**. Disponível em: <https://www.ncsbn.org/673.htm>. Acesso em: 20 set. 2015.

NATIONAL HEALTH SERVICE. Patient Safety Alerts. **National Patient Safety Alerting System**. England. Disponível em: <http://www.england.nhs.uk/patientsafety/psa/>. Acesso em: 20 set. 2015.

NURSING BULLETIN. Official publication of the North Carolina Board of Nursing. V. 8, n. 2, ed. 23, 2012.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2ª Ed. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT; Annablume, 2008.

PRAXEDES, Marcus Fernando da Silva et al. Erros e ações praticadas pela instituição hospitalar no preparo e administração de medicamentos. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 15, n. 3, p. 406-411, 2011.

REASON, James. **El error humano**. 1ª Ed. Madrid: Modus Laborandi; 2009.

REASON, James. Human error: models and management. **BMJ**, 320:768–70, 2000.

ROSSO, Sadi Dal. Intensidade e imaterialidade do trabalho e saúde. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, n. 4, p. 65-91, 2006

SANTOS, JC.; CEOLIM, M.F. Iatrogenia de enfermagem em paciente idosos hospitalizados. **Rev Esc Enfermagem USP**, v. 43, n. 4, p. 810-817, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a11v43n4.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2014.

SANTOS, Tatiane Araújo dos. **Valor da força de trabalho da enfermeira**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, Salvador, 2012. 113 f.

SCHUTZ, Vivian. **O Cuidado da enfermeira no mercado da saúde: um estudo sobre o custo e o preço do processo de cuidar**. 2007. 131 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2007.

SENNET, Richard. **A corrosão do caráter: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo**. Tradução Marcos Santarrita. 15ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2010.

SILVA, Amanda Aparecida; ROTENBERG, Lúcia; FISCHER, Frida Marina. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1117-1126, Dec. 2011

SILVA, M. C. **Condições de trabalho da enfermeira nos hospitais do sistema único de saúde da Bahia**. 2016. 100 f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

TEIXEIRA, Thalyta; CASSIANI, Silvia Helena de Bartoli. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 1, p. 139-46, 2010.

VERAS, Verônica Simone Dutra. **Aumento da jornada de trabalho: qual a repercussão na vida dos trabalhadores da enfermagem?** 2003. 130 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.

YAMAMOTO, Michiko Suzuki; PETERLINI, Maria Angélica Sorgini; BOHOMOL, Elena. Notificação espontânea de erros de medicação em hospital universitário pediátrico. **Acta Paul Enferm** 2011;24(6):766-71.