

4. O erro e as violações no cuidado de saúde

Nádia Bomfim Nascimento

Neste capítulo, discutiremos a importância da identificação precoce das situações vulneráveis à ocorrência do erro. Para tal, apresentaremos referencial teórico que ajudará a compreender esse fenômeno. A distinção conceitual entre erro e violação tem sido considerada um caminho para entender os processos envolvidos na ocorrência do erro, já que a identificação e a compreensão dos atos de violação possibilitariam identificar de forma precoce situações vulneráveis à ocorrência do erro. A violação de normas prescritas é definida como a etapa inicial de um processo progressivo, que irá culminar em erro.

Como discutido no Capítulo 2, “A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente”, a área de segurança do paciente, uma dimensão importante da qualidade em saúde, tornou-se foco de relatórios e pesquisas desde a virada do século. Os incidentes que resultam em dano para o paciente, decorrentes do cuidado hospitalar, são, em mais da metade dos casos, ocasionados pela equipe de profissionais de saúde, em especial pelos médicos (Kohn, Corrigan, Donaldson 2000). Dentre os vários fatores indicados como fomentadores das condições de insegurança dos pacientes, registramos: o excesso de carga de trabalho dos profissionais de saúde, equipe de trabalho reduzida e material insuficiente ou inadequado para execução de procedimentos. Mas o silêncio que cerca a questão também é indicado como fator importante para a falta de elucidação sobre um tema tão complexo como a natureza do cuidado de saúde.

Incidentes acarretados pela assistência à saúde dos pacientes dentro dos hospitais, ambulatorios e rede de atenção básica vêm sendo discutidos nas duas últimas décadas em todo o mundo. Paulatinamente, o silêncio que cerca essas questões é quebrado em prol da criação de estratégias que aumentem a segurança do paciente. O fato de os médicos serem uma fatia expressiva dos profissionais de saúde a ocasionar esses riscos faz com que se tornem objeto de observação e pesquisa, como nos apresenta o estudo realizado recentemente na Itália que aponta os seguintes resultados:

Os conhecimentos dos médicos sobre práticas de segurança do paciente baseadas em evidências foram inconsistentes. Mais de 90% disseram que a contagem de itens cirúrgicos durante um procedimento invasivo representava uma prática de segurança do paciente. As respostas revelaram atitudes positivas em relação à segurança do paciente; porém, 44,5 e 44,1%, respectivamente, concordaram ou tiveram dúvidas sobre a ideia de informar a ocorrência de erros aos pacientes. No que diz respeito ao comportamento, 7,6% dos médicos afirmaram nunca terem estado envolvidos em erros no cuidado de saúde; já em relação às falhas de sistema, o item classificado como o mais importante foi o “excesso de trabalho, estresse ou fadiga dos profissionais da saúde” (Flotta et al. 2012).

Para além da culpabilização desses profissionais, os resultados obtidos nesses estudos devem se reverter em ações educativas e reflexivas para todo o corpo de profissionais da área de saúde.

Teorias para a compreensão do erro e dos atos de violação

Algumas teorias sobre o erro foram propostas na tentativa de compreender e lidar com o fenômeno. James Reason, professor inglês de psicologia, por meio de seus estudos na área de psicologia cognitiva, procurou entender os mecanismos do comportamento humano na ocorrência do erro. Inicialmente, esses estudos foram direcionados a área de aviação e, depois, voltaram-se para as outras grandes indústrias das décadas de 1970 a 1990. Recentemente, foram orientados para a área de saúde. Seu trabalho mais conhecido é *Human Error*, livro editado em 1990. A proposta de Reason (2003), nessa obra, é apresentar uma teoria voltada à análise da questão ultrapassando a mera descrição de princípios gerais sobre a ocorrência e tipos de erros.

William Runciman, médico anestesista australiano e pesquisador/investigador na área de segurança do paciente, e seus colaboradores basearam-se na teoria proposta por Reason (2003) para entender como esse processo que resulta em erro ocorre na área de saúde, com desta-

que para a complexidade e a especificidade desse sistema. Por especificidade, eles apontam o fato de que os profissionais de saúde têm de lidar invariavelmente com grande diversidade de tarefas e meios para executá-las. A clientela atendida envolve pessoas vulneráveis e, por consequência, com maior risco de ocorrência de danos por conta da execução de atos inseguros. Por fim, a condição de que a maioria das ações executadas em áreas críticas de segurança é realizada por mãos humanas, o que ocasiona diminuir a padronização das atividades e em consequência incertezas. A partir daí, Runciman e seus colaboradores estabeleceram a necessidade de haver distinção entre erros e violações.

Christophe Dejours, médico psiquiatra francês, especialista em medicina do trabalho e ergonomista, voltou sua atenção para a dimensão dinâmica do trabalho e o microcosmo em que ele ocorre. Dejours utilizou achados dos estudos em ergonomia da segunda metade do século XX que possibilitaram a construção de conceitos centrais em sua teoria – **trabalho real, trabalho prescrito**. Iremos conhecê-los melhor mais à frente neste capítulo. O médico francês partiu do pressuposto de que o trabalho, em sua execução diária, está intrinsecamente ligado ao fracasso e, em razão da complexidade das organizações do trabalho, é necessário criar condições sociais e psicoafetivas favoráveis para que o indivíduo possa enfrentar e sobrepor as situações imprevistas. Dejours (2005) enfatiza, ainda, que a rapidez e a complexidade das transformações contemporâneas do trabalho tornaram ultrapassado o conhecimento científico armazenado e compartimentado em diferentes disciplinas.

Com o intuito de obter maior compreensão sobre o tema e com a perspectiva de intervenção na realidade laboral, a seguir, faremos, de forma sucinta, uma exposição do trabalho dos autores já mencionados, seguida de breve discussão.

Errar é humano

Os conceitos de fator humano e posteriormente **erro humano** foram muitíssimo utilizados por James Reason (2000, 2003, 2008). A proposta da teoria sobre o erro humano é apresentar uma análise profunda sobre o tema, no nível teórico, e a criação de instrumentos para manejo do ato inseguro, como aplicação prática dos seus achados. São objetivos funcionais desses estudos tornar o sistema robusto e praticável em face de situações que envolvam riscos humanos e operacionais e, como resultado, a ocorrência de erro humano.

Reason (2003) definiu que o termo erro só pode ser aplicado às ações em que o indivíduo tem a intenção de realizar a tarefa a contento. Ele acrescenta que os tipos de erro dependem de duas espécies de falhas:

- * A primeira delas envolve falha na **execução** das ações que caminham de acordo com a intenção pretendida, são os **lapses** (*lapses*) e os **deslizes** (*slips*).
- * A segunda diz respeito à falha no **planejamento/planeamento** das ações intencionais para alcançar os resultados desejados, são os **enganos** (*mistakes*).

Pelo fato de sua teoria estar intrinsecamente voltada para a prática, Reason propõe algumas **definições operacionais**.

O erro é um termo geral que abrange todas aquelas ocasiões em que uma sequência traçada de atividades mentais ou físicas falha em alcançar o resultado esperado e quando essas falhas não podem ser atribuídas à intervenção do acaso (Reason 2003).

A distinção entre ações que não ocorrem conforme a intenção pretendida daquelas em que há inadequação do planejamento/planeamento aponta para duas definições operacionais subseqüentes. Os **deslizes** e **lapses** são ambos determinados como

erros que resultam de alguma falha na execução e/ou no estágio de armazenagem de uma sequência de ação, independentemente se o plano que os guia é ou não adequado para alcançar o objetivo (Reason 2003).

O **lapso** é, em geral, relacionado a formas de erro mais encobertas, não observável por meio do comportamento, como o erro na dose de um medicamento, que rotineiramente é prescrito pelo mesmo profissional. O **deslize** está mais relacionado a ações observáveis e à habilidade na execução de um procedimento, por exemplo, a falha no ato de puncionar uma veia.

O **engano** tem como definição operacional: “Deficiência ou falha no processo de julgamento ou inferência envolvida na seleção de um objetivo, ou na especificação dos meios para alcançá-lo, independente das ações dirigidas ao esquema de decisão ocorrer ou não de acordo com o planejado” (Reason 2003). Podemos apontar como exemplo a execução de procedimentos em determinado tratamento incompatíveis ao protocolo adequado à patologia em questão.

Para refletir

Deslizes e enganos são comuns em qualquer prática laboral. Você lembra-se de tê-los cometidos? Como foi? O que sentiu? O que poderia tê-los evitado?

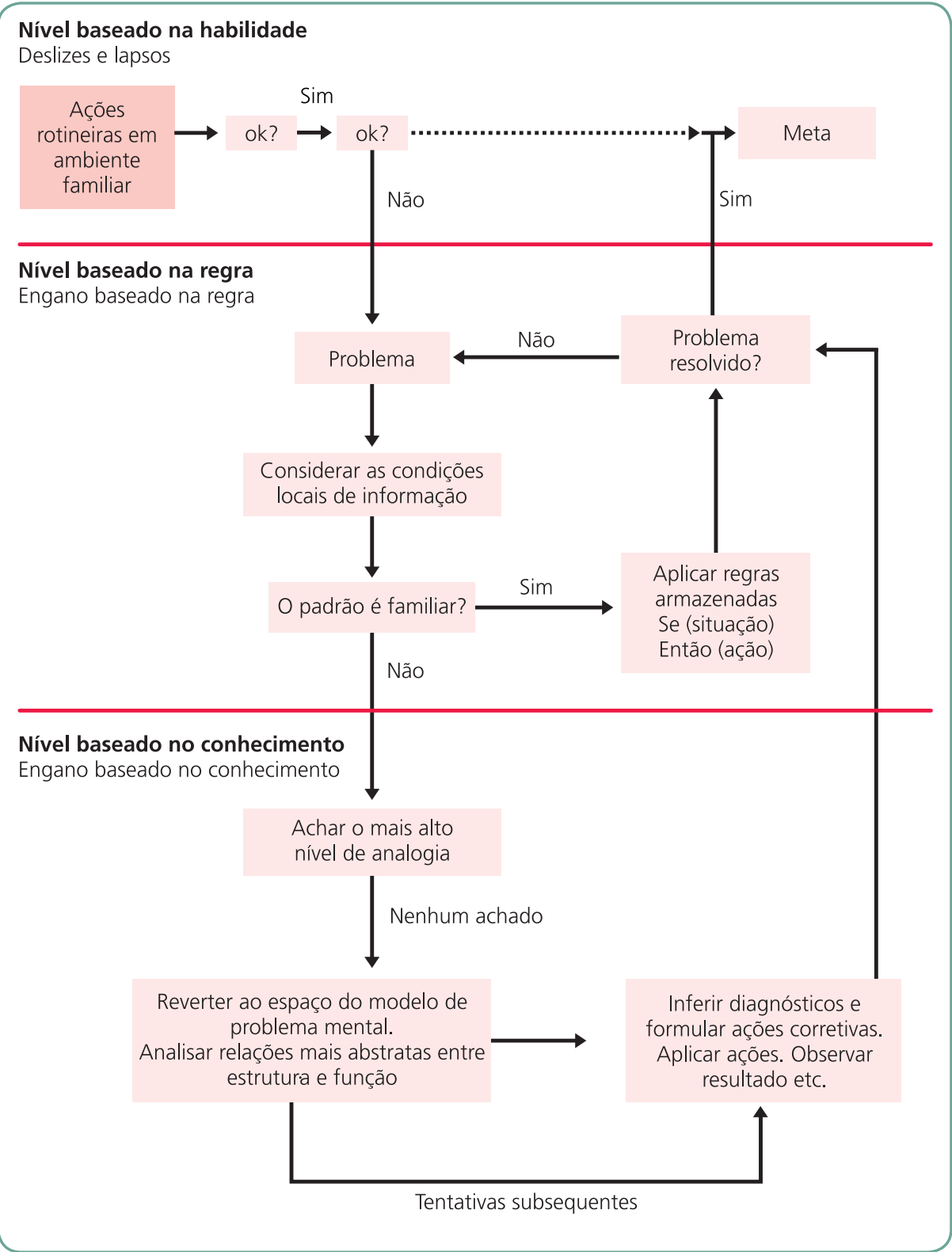
As definições operacionais assinaladas são as bases para identificar e delinear as diversas categorias de erros: classificação, tipos e formas. Os erros se apresentam com forma e mecanismos semelhantes ao longo de amplo espectro de atividades mentais. Assim, é possível identificar formas comparáveis de erros nas mais diversas atividades, tais como a fala, a percepção, as ações, julgamento, solução de problemas e similares.

Os mecanismos básicos e os processos que geram recorrentes formas de variada gama ou tipos de erros são descritos sob a forma do sistema de modelos gerais de erros. No Quadro 1, podemos ver a delimitação das origens dos tipos básicos de erro humano e a apresentação de um modelo integrado e dinâmico dos mecanismos operativos do erro e, ainda, de maneira específica, a busca de integração de duas áreas aparentemente distintas: deslizes e lapsos; e enganos. O modelo permite a identificação de três mecanismos básicos de erro:

1. deslize e lapso com base na habilidade;
2. engano com base nas normas;
3. engano com base no conhecimento.

Nesse modelo, vemos três níveis de execução das tarefas. A primeira é baseada na habilidade, a segunda está inserida dentro das normas estabelecidas, e a última, em nível de maior complexidade, envolve o conhecimento acumulado.

Quadro 1 – Dinâmica do Sistema de Modelos Gerais de Erros (Gems)



Fonte: Reason (2003, p. 64).

Os erros ocorridos nessas etapas dizem respeito, em sua ordem de progressão, a falhas de monitoramento de uma ação rotineira ou contínua por causa de desatenção ou excessiva concentração, que podem ser denominadas **falha no modo de controle**. Veja bem: não se trata de um caso de atenção e desatenção, e sim da forma como se realiza uma ação rotineira. Ela pode ser executada de modo displicente ou ater-se somente à execução mecânica da ação sem perceber outras variáveis, que podem ocorrer paralelamente e fazer com que essa ação seja modificada.

Na etapa seguinte – engano baseado na regra –, a falha está associada à resolução de problemas, tendo em vista ser necessário revisar ações correntes que têm por base normas ou conhecimentos relativos à sua execução. Erros nesse nível envolvem tanto a má aplicação de **boas normas** como a aplicação de **más normas**.

Os erros no nível baseado em conhecimento têm raízes em dois aspectos da cognição humana. O primeiro deles está relacionado ao processo de raciocínio lento, sequencial e laborioso e com recursos limitados frente ao problema apresentado – **racionalidade limitada**. O segundo reside no fato de que o conhecimento disponível é insuficiente, até aquele momento, em face da resolução do problema.

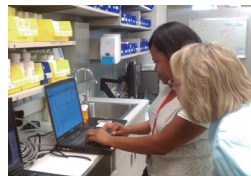
Para avançarmos, nesse nível, é necessário saber com que tipo de configuração de problema estamos lidando. Segundo Reason, há três tipos de configurações: estática, dinâmica reativa e dinâmica-múltipla. Elas envolvem um grau crescente de complexidade e caminham no sentido da menor para maior plasticidade em função das ações utilizadas e as respectivas reações do sistema diante dessas ações. Podemos usar os exemplos a seguir para caracterizar cada uma das configurações apontadas:

Boas normas são aquelas com comprovada utilidade em uma situação particular, todavia podem ser aplicadas de forma inadequada em situações que possuem não só características comuns, mas também elementos ou circunstâncias que demandam outro tipo de ação.

Más normas ou normas fortes, porém erradas, referem-se à ação errada, que se trata de mais uma conservação de práticas passadas do que a demanda da circunstância corrente, e a força é determinada pela relativa frequência de execução bem-sucedida de referida ação.



Os procedimentos de higienização das mãos como fator de prevenção às infecções relacionadas à assistência à saúde, para as **configurações estáticas**.



A forma de enfrentamento de problemas cotidianos pelo gestor hospitalar que varia segundo estilo pessoal, formação acadêmica e orientação política, para a **configuração dinâmica reativa**.



A execução dos diversos procedimentos e ações pelas diferentes especialidades profissionais dentro da sala de cirurgia com vistas a obtenção de adequado resultado cirúrgico para os pacientes, para a **configuração dinâmica-múltipla**.

Quando os erros não são corrigidos, por repetição e/ou revisão, dentro do nível em que ele ocorre, é necessário buscar recursos no nível seguinte para reordenar todo o processo de execução da tarefa. Reason (2003) menciona que a passagem do nível baseado nas normas para o nível baseado no conhecimento possui fatores determinantes menos distintos, e os fatores emocionais provavelmente desempenham aspecto importante.

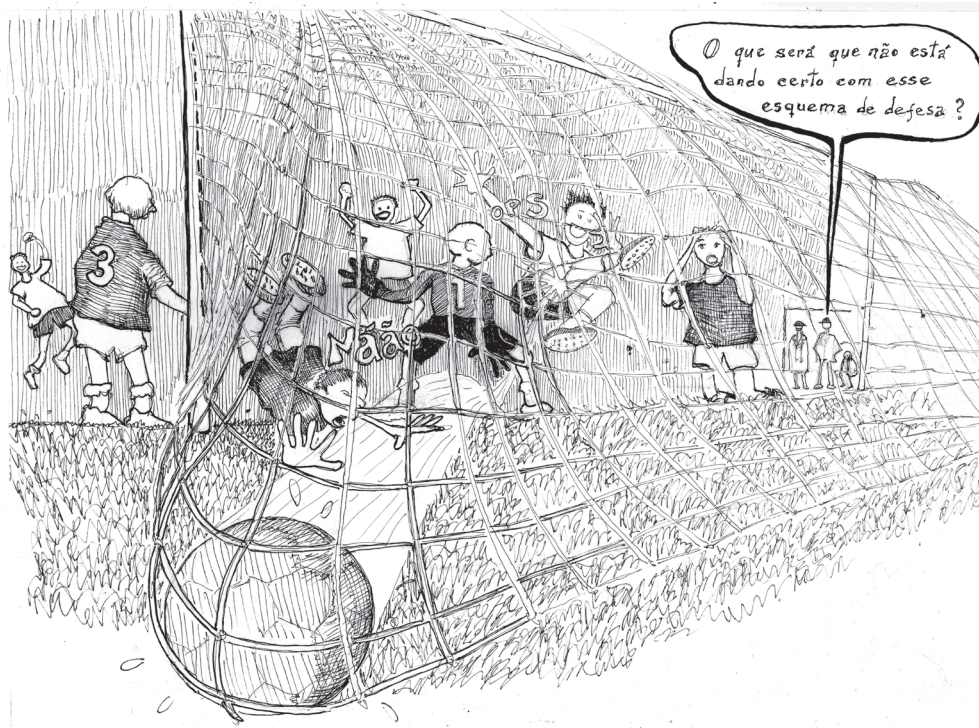
Para refletir

Você já percebeu influências de fatores emocionais durante o desempenho de sua atividade profissional?

James Reason, por ter genuína preocupação com a aplicação prática da teoria e conceitos por ele formulados, sustenta que há, ainda, um vasto campo para argumentação e aprofundamento sobre o tema. Em sua face prática, o autor propõe duas formas de abordagem do erro: a individual e a sistêmica.

A primeira – abordagem individual – se detém em atos inseguros dos indivíduos que trabalham na ponta do sistema, ou seja, nos erros e violações de procedimentos adotados por pilotos de avião, controladores de voo, médicos, enfermeiras, cirurgiões e outros a partir de um processo mental fora do padrão desejável para a tarefa, tais como: esquecimento, desatenção, descuido, pouca motivação, negligência e imprudência.

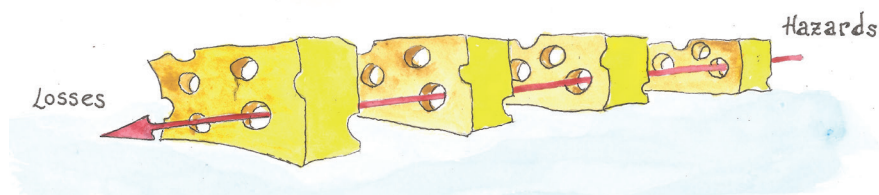
A abordagem sistêmica tem como premissa básica a falibilidade dos seres humanos e, portanto, erros são esperados mesmo nas organizações de excelência. Essa abordagem não enfatiza a perversidade humana, nem a culpabilização e a responsabilização do indivíduo como única causa do erro. Aspectos morais também são colocados em segundo plano. Reason (2003) assume a premissa de que não se pode mudar a natureza humana, mas é possível mudar as condições em que os indivíduos trabalham. Os sistemas de defesa são o eixo dessa abordagem. Na ocorrência do erro, a questão importante é identificar como e porque as defesas falharam.



A falha **latente** – ato ou ação evitável existente dentro do sistema e que surge a partir de decisões feitas por analistas, gerentes e o alto nível gerencial – e a falha **ativa** – ato inseguro cometido por uma pessoa que está em contato direto com o sistema e pode assumir variadas formas – são conceitos utilizados para justificar a forma de manejo defendida pelo autor, a abordagem sistêmica.

Reason (2000) propõe o **Modelo do Queijo Suíço** no sistema de acidentes – também chamado modelo epidemiológico –, apresentado na Figura 1, que se adéqua especialmente aos sistemas de alta tecnologia por terem várias barreiras ou camadas defensivas. Algumas são construídas como alarmes, umas são focadas nos indivíduos que trabalham nas ações finalistas ou de ponta (cirurgiões, pilotos etc.), e outras dependem de procedimentos e dos controles gerenciais. Sua função é proteger.

Figura 1 – Modelo de queijo suíço com defesas e barreiras que podem ser penetradas pela trajetória de um acidente.



Fonte: Reason (2000).

Na prática, as barreiras defensivas são como fatias de queijo suíço, pois apresentam muitos furos. Somente quando os furos, nas várias camadas defensivas, estão momentaneamente dispostos em uma mesma linha, permite-se que a trajetória do acidente venha a ocorrer.

Os “furos” nas camadas de defesa sucedem em função de falhas ativas e de falhas ou condições latentes. Diferenciar falhas ativas e latentes permite a distinção da contribuição humana na ocorrência dos acidentes. As falhas latentes, inevitáveis dentro do sistema, são geradas por decisões tomadas pelos responsáveis pelo desenho de seu funcionamento. Esse fato possibilita a ocorrência de dois tipos de efeitos diversos:

- ✿ aqueles que podem provocar erro no ambiente de trabalho como: equipamento inadequado, fadiga e inexperiência do profissional que cuida; e
- ✿ aqueles que podem criar fragilidades e lacunas no sistema e se mantêm por longos períodos, tais como: alarmes e indicadores que não são fidedignos, desenho e construção de processos de trabalho deficientes etc.

Condições latentes podem permanecer imperceptíveis por anos a fio até que se combine com uma falha ativa no sistema, de modo a criar uma oportunidade de acidente. Nesse caso, são acidentes de grande monta, como acidentes aéreos, vazamentos em usinas nucleares etc. Diferentemente da falha ativa, as falhas ou condições latentes podem ser remediadas e/ou identificadas antes que o acidente ocorra. Ao advogar pela abordagem sistêmica como forma de prevenir o erro, Reason propõe ações pautadas em distintos objetos: no indivíduo, na equipe, na tarefa, no local de trabalho e na organização em sua totalidade. A criação e manutenção de um sistema resiliente é o principal objetivo.

Você sabia?

Em setembro de 2006, ocorreu, no Brasil, um acidente aéreo entre um avião de empresa comercial e um jato de pequeno porte em que desapareceram 145 passageiros. Os grandes acidentes, como esse, que acarretam significativo número de óbitos, na maioria das vezes são atribuídos a uma sequência de erros advindos de diversas fontes e/ou áreas de atuação. Essa questão aponta para a configuração dinâmica-múltipla de um problema ou ação em que há alto grau de complexidade na realização da tarefa, bem como a necessidade de mecanismos sofisticados ou camadas defensivas bem elaboradas que possam restringir a um número menor possível a ocorrência de acidentes.

Violação de procedimentos

William Runciman e colaboradores (2007), ao focar os cuidados de saúde, propõem uma extensão do **sistema de modelos gerais de erros**, descrito por James Reason (2003), para ampliar operacionalmente a capacidade de planejamento/planeamento e execução de estratégias corretivas a fim de lidar com o erro. Runciman e seus colaboradores (2007) ampliam e sistematizam os três tipos de erros descritos por Reason. Além desses, são propostos os tipos de erro por informação, por aquisição de conhecimento, de percepção, de combinação, de armazenamento do conhecimento como esquema, entre outros.



Caso queira aprofundar seus conhecimentos sobre os diversos tipos de erro, procure, nas referências, pelo texto de Runciman, Merry e Walton (2007).

Os conceitos de erro e violação e suas respectivas aplicações possuem definições que são distintas dentro dos sistemas classificatórios propostos por Reason (2003) e Runciman e colaboradores (2007). As violações, para Runciman e colaboradores, diferem de erros pelo fato de os primeiros envolverem um elemento de escolha e em geral implicarem ações que fogem ao prescrito nas normas, ações essas que reconhecidamente incorrem em risco. Também ressalta que a violação não se aplica a situações em que haja intenção de dano. Reason, por sua vez, apresenta duas definições, para erro e violação, diferentes que podem ser conjugadas.

A primeira delas afirma que “violação é um desvio deliberado, mas não necessariamente repreensível, de procedimentos operacionais seguros, padrões ou normas”.

A segunda definição, com a qual Runciman e colaboradores (2007) se contrapõem de forma mais clara, afirma que “o limite entre erro e violação não é tão rigoroso e palpável nem em termos conceituais nem dentro da sequência de ocorrência de um acidente em particular”.

A diferença entre as definições estabelecidas pelos dois autores ocorre em pontos sutis. Para Runciman, as violações são atos repreensíveis, com clara intenção. Reason suaviza essa questão e, por isso, acredita não haver uma delimitação nítida e palpável entre os dois.

William Runciman, ao fazer a distinção entre violação e erro, propõe uma classificação específica, na qual destacamos o tipo **violação de rotinas**. Ele ocorre na execução das atividades diárias na maioria dos ambientes de trabalho, com o objetivo de “aparar as arestas” para se levar a cabo determinada tarefa proposta.

Runciman argumenta em favor da distinção entre esses dois tipos de comportamento, violação e erro, uma vez que a ocorrência diária da violação também a diferencia do erro, já que tanto para ele como para James Reason, esse último só ocorre excepcionalmente. Ele acrescenta que:

a existência de escolha em violações rotineiras pode existir apenas nas primeiras vezes em que a violação é cometida. Apesar disso, é geralmente possível mudar o comportamento com relação à violação através de uma decisão de parar de violar. No caso do erro, a decisão por si só não é capaz de prevenir a sua recorrência (Runciman et al. 2007).

Para refletir

Responda com base na observação em sua prática diária: as violações ocorrem com frequência?

- Se a resposta for afirmativa, a quais fatores você credita essa frequência?
 - No caso de resposta negativa, que tipo de medidas você acredita impedirem sua ocorrência?
-

A análise do processo de ocorrência do erro dentro do sistema cognitivo, como também a análise da ocorrência de acidentes nos mais diversos ambientes de trabalho contribuem de forma significativa para a prevenção e o desenho de medidas voltadas à melhoria da segurança, com a consequente diminuição dos riscos. O conhecimento dessa matéria é de vital importância para a área da saúde no que diz respeito à formulação de novas estratégias para o aperfeiçoamento das várias camadas defensivas do complexo processo de cuidado do paciente dentro do sistema hospitalar. Entretanto, parece-nos que as barreiras ou camadas defensivas – mecanismos essenciais introduzidos pelo modelo epidemiológico apresentado por Reason – somadas às contribuições trazidas por Runciman, relativas à questão da violação, não parecem apresentar todas as respostas. Por exemplo, como explicar problemas envolvendo as múltiplas correlações existentes entre o ambiente em que o trabalho se realiza, a tarefa a ser executada e seus executores?

O modelo explicativo de ocorrência do erro e da violação trazidos por Reason (2003, 2008) e Runciman e colaboradores (2007) trabalha na lógica de decomposição das atividades de trabalho executadas para sua melhor compreensão. Esse modelo propõe como prevenção à ocorrência de erro o enfraquecimento das barreiras ou falhas latentes inerentes ao sistema por meio da criação de camadas defensivas complexas, mas

lineares na tentativa de responder à questão relativa aos fatores que estariam envolvidos na escolha inicial, que levaria ao afastamento da execução de uma tarefa conforme a prescrição das normas, sua dinâmica de ocorrência e manutenção da escolha.

Explicaremos as contribuições teóricas aportadas por Christophe Dejours (1999, 2005, 2007), que propõe um modelo sistêmico de compreensão das ações e tarefas executadas pelo indivíduo para realizar suas atividades profissionais dentro do contexto de trabalho e consideram essas múltiplas inserções envolvidas, cuja compreensão ocorre no microcosmo em que o trabalho é realizado.

Esse tema será desenvolvido mais detalhadamente no Capítulo 6, “Saúde do trabalhador, ergonomia e segurança do paciente”, do livro *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*.

O erro como fator inerente à execução da tarefa

Os conceitos centrais da teoria de Dejours são o **trabalho real** e o **trabalho prescrito**, os quais se contrastam e se opõem. O **trabalho real** “é aquilo que no mundo se faz conhecer por sua resistência ao domínio técnico e ao conhecimento científico” (Dejours 2005).

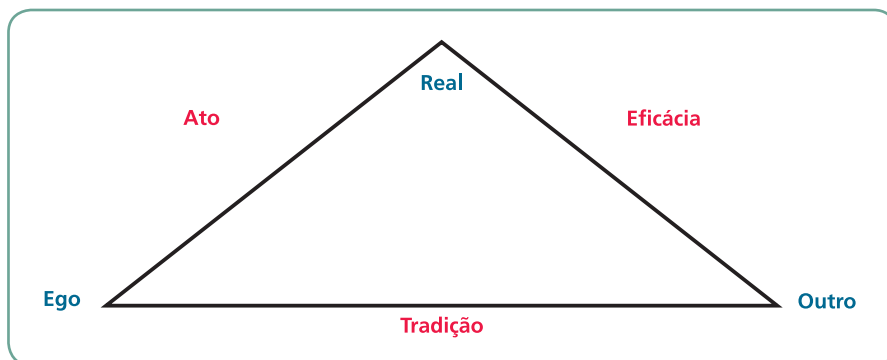
O **trabalho real** é tudo aquilo que, durante a realização da tarefa, não pode ser obtido pela observação rigorosa das leis, normas e regras técnicas existentes para sua execução, isto é, o **trabalho prescrito**. O que é **real** no trabalho está intrinsecamente ligado ao fracasso, visto que a organização do trabalho apresenta inúmeras contradições e não é completamente absorvida por aqueles que a executam. A execução de tarefas torna-se, então, um enigma a decifrar, já que o **trabalho prescrito** nunca é suficiente.

Esses dois conceitos centrais se desdobram em outros para que seja possível compreender a dinâmica existente no **triângulo tecnológico do trabalho** (Figura 2). A **técnica** passa a ser um ato que incide sobre o **real** e tem, em sua origem, os traços da cultura em que ela é desenvolvida, sendo sancionada a partir do julgamento daqueles envolvidos, o **outro**, que, ao mesmo tempo, produz cultura para dar respostas às exigências de uma sociedade historicamente datada. O **trabalho (real)** é uma atividade julgada e reconhecida pelo outro não somente por sua eficácia técnica, mas também por sua utilidade social e econômica, em que “os limites do saber, do conhecimento e da concepção, [...] se chocam com os atos técnicos e as atividades de trabalho” (Dejours 2005). E ainda mais: “todo trabalho é sempre trabalho de concepção. A definição de trabalho corrente insiste na dimensão humana do trabalho. O trabalho é, por definição, humano, uma vez que é mobilizado justamente ali

onde a ordem tecnológica-maquinal é insuficiente” (Dejours 2005). As interações entre o sujeito – o **ego** – e o **outro** estão submetidas a uma exigência suplementar, a coordenação das atividades no trabalho.

Analisaremos o **triângulo tecnológico do trabalho** criado por Dejours (2007), apresentado na Figura 2 e cujos vértices são o **real**, o **ego** e o **outro**. Esse modelo nos fala das interações entre o sujeito que trabalha e aqueles que compartilham do mesmo contexto de trabalho – o **ego** e o **outro**.

Figura 2 – Triângulo tecnológico do trabalho



Fonte: Dejours (2007, p. 37).

A **tradição**, nesse contexto, constitui-se em uma condição sobre a possibilidade de coordenação, que incorpora o cognitivo-instrumental, as relações e interações no registro da compreensão e do sentido e as relações sociais de trabalho. O triângulo tecnológico é atravessado pelo **ato** na relação entre o **ego** e o **real**, pela **tradição** na relação entre o **ego** e o **outro** e pela **eficácia** na relação entre o **real** e o **outro**.

O **ato** se propõe a uma mudança no mundo **real**. Para ser considerado técnico, o ato necessita da homologação de um grupo de sujeitos capacitados para julgar se há sua continuidade ou ruptura em relação à **tradição**, forma de sedimentação das rotinas praticadas até então. O ato técnico, após ser considerado como tal e passar a fazer parte da **tradição**, contribui para que a própria **tradição** se torne renovada. A **eficácia**, nesse sentido, é a capacidade que o ato técnico tem de transformar o mundo **real**. A **eficácia** não existe em si, ela passa por um julgamento, que tem por fundamento ser uma atribuição do **outro** ao qual o **ego** está ligado pela **tradição**. A complexidade desse processo faz-nos entrever que é impossível prever tudo e ter o domínio sobre tudo de forma antecipada no trabalho; portanto, a falha humana frente à tarefa, no trabalho **real**, é inevitável.

Para Christophe Dejours (2007), a tradição tem papel capital na realização do ato técnico dentro do que por ele foi denominado triângulo tecnológico do trabalho. Assim, o autor atribui à tradição ou ato tradicional uma forma de sedimentação das rotinas práticas. O ato técnico, mesmo novo, deve tornar-se tradicional e contribuir assim com a evolução de toda tradição, para uma tradição renovada. Mas, alguém mesmo do reconhecimento ou da homologação do ato como ato técnico, é impossível produzir um ato regulado do corpo em um agir instrumental novo que não seja ele próprio um broto mutante da tradição (...) a dimensão tradicional é a parte propriamente intersubjetiva, social ou cultural da construção de uma conduta técnica. Portanto, a técnica é não somente uma técnica do corpo, mas também uma técnica cultural (Dejours 2007, p. 36).

A tradição, portanto, é a construção histórica de uma corporação profissional e traz em si o percurso de determinado grupo e suas crenças quanto a melhor forma de atuar para fazer parte dessa corporação. Como captar e perceber os aspectos dessa tradição que não se adequam ao trabalho real, que exige cada vez mais ações inovadoras?

Para refletir

Você seria capaz de identificar qual é a *tradição* presente em seu ambiente de trabalho? Ela tem influência sobre o *ato* (técnico) realizado? Em caso positivo: quais são as influências?

A distância entre a organização do **trabalho prescrito** e o **trabalho real** é dinâmica; ora oferece margens para a liberdade criadora, ora é restritiva e faz com que os sujeitos envolvidos na execução da tarefa tenham ser surpreendidos cometendo erros. E esses dois processos podem ocorrer de forma concomitante. O espaço de manobra entre eles possibilita, por meio da **inteligência astuciosa**, ao profissional lidar com os reveses do real de forma criativa e transformá-los, incluindo-os no repertório das ações prescritas. Processo que pode se realizar infinitamente.

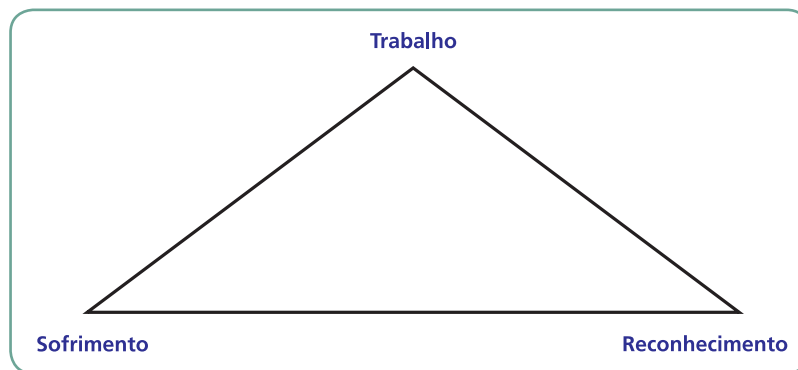
A **inteligência astuciosa** ou **inteligência prática**, que é a disponibilidade de iniciativa, criatividade e de formas de inteligência específicas capazes de ajustar a tarefa real à organização prescrita do trabalho, possui paradoxos em razão de comportar dois lados. A astúcia em relação ao real pode introduzir **tricherie**, que implica digressão à norma e à tradição, como também pode criar espaço privativo para a realização das ações que ficam ao abrigo do controle e da segurança, no segredo. O segredo e o *tricherie* trazem riscos à coordenação das atividades e

Tricherie significa quebrar galho, improvisar, desenrascar.

dos profissionais. Por esse motivo, as engenhosidades e inovações, para não se incorrer no risco de provocarem incoerências e incompreensões, devem ser coordenadas, uma vez que destruiriam as potenciais vantagens da **inteligência prática**, tendo em vista a qualidade e a segurança do trabalho.

Sigamos na análise de outro processo indicado por Christophe Dejours (2004), o **triângulo dinâmico do trabalho**, apresentado na Figura 3.

Figura 3 – Triângulo dinâmico do trabalho



Fonte: Lancman e Sznclwar (2004, p.74).

Visibilidade é a condição de passagem do estatuto subjetivo de engenhosidade à objetivação dos achados, enquanto **confiança** é a promessa de equidade nos julgamentos proferidos pelo *outro* sobre a conduta do *ego*. Eles se tornam requisito e, também, condição precípua à coordenação das atividades e cooperação nas tarefas. Ambos têm papel determinante no processo (do triângulo) **dinâmico do trabalho** indicado por Dejours (2004). Nesse processo, ocorrem as dinâmicas e inter-relações entre o **trabalho**, o **sofrimento** e o **reconhecimento** inerentes à execução da tarefa no **real** (do trabalho).

O **reconhecimento** é uma forma específica da retribuição moral-simbólica dada ao *ego*, como modo de engajamento de sua subjetividade e inteligência. Para que a cooperação ocorra, é necessário colocar os achados técnicos à prova de discussão, das vantagens e inconvenientes de sua adoção e, posteriormente, estabilizá-los ou integrá-los à tradição da empresa ou do ofício. A psicodinâmica do **reconhecimento** tem papel fundamental no destino do **sofrimento** no trabalho, advindo das dificuldades práticas encontradas face ao **real**, e na possibilidade de transformar sofrimento em prazer.

O triângulo da psicodinâmica do trabalho nos aponta que o acesso ao reconhecimento é feito pela via do sofrimento no trabalho, que, por sua vez, é proveniente de toda a situação laboral em que o ego se encontra diante de vários constrangimentos. A construção de sentido no ato da execução da tarefa pode transformar sofrimento em prazer. A subjetividade, então, é substituída pela identidade singular na esfera do trabalho, que possibilita enfrentar os ataques direcionados à saúde mental. A conquista da identidade está especialmente relacionada à prática no campo das relações sociais, que, por sua vez, favorece a construção da identidade em outros campos da vida subjetiva. Fechando o triângulo dinâmico, a conquista da identidade no campo social, mediada pela atividade do trabalho, passa pela dinâmica do reconhecimento, que, por sua vez, gera a mobilização da racionalidade subjetiva frente ao sofrimento.



Mas, na realidade, o **reconhecimento** é com pouca frequência satisfatório. Espera-se, então, que o sofrimento no trabalho gere uma série de manifestações psicopatológicas, e, para não produzir descompensações psicopatológicas, os sujeitos empregam defesas que lhe permitem controlá-lo. Além das estratégias de defesa individuais descritas pela psicanálise, existem as coletivas (Dejours 1999, 2007). As defesas coletivas dos trabalhadores são de forma peculiar marcadas pelas pressões reais do trabalho relacionadas às especificidades de cada contexto profissional, e o funcionamento dessas estratégias mostra que elas podem igualmente contribuir para tornar aceitável aquilo que não deveria sê-lo.

Para refletir

Você reconhece, em seu dia a dia, que tipos de defesa criou para lidar com suas insatisfações frente às frustrações? De que maneira elas impactam na qualidade do seu trabalho?

Necessárias à proteção da saúde mental contra os efeitos deletérios do sofrimento, “as estratégias defensivas também podem funcionar como armadilha que insensibiliza contra aquilo que faz sofrer. Permite, às vezes, tornar tolerável o sofrimento ético, aquele que pode experimentar ao cometer, por causa do seu trabalho, atos que condena moralmente” (Dejour 2007).

Questões da teoria na prática

Os modelos explicativos para a compreensão do erro e da violação, já mencionados, trazem inúmeras contribuições teóricas passíveis de aplicação direta à prática. As contribuições de Reason (2000) relativas ao **Modelo do Queijo Suíço no sistema de acidentes** já são amplamente difundidas e também utilizadas em algumas instituições por serem voltadas para a prevenção e o desenho de medidas direcionadas à segurança e à diminuição de riscos. Essa implementação das ideias de Reason propicia, na área de saúde, a criação de estratégias nas várias camadas defensivas, no complexo processo de cuidado ao paciente que se encontra em tratamento dentro do sistema hospitalar.

As contribuições de Runciman e colaboradores (2007) são menos conhecidas, mas nos aproximam dos problemas relacionados à adesão a procedimentos padronizados dentro da área de saúde por sua comprovada efetividade. A detecção do elemento de escolha com relação às ações a serem realizadas pelos indivíduos, no que diz respeito ao

desvio ou fuga às normas prescritas, possibilita criar instrumentos para observação e análise dos processos em curso.

Aparar arestas, indicado por Runciman (2007), e *tricherie*, trazido por Dejours (Lancman, Sznclwar 2004), contribuem de forma significativa no cotidiano laboral para o aumento da ocorrência de violações. Essas ações também põem em risco a execução das tarefas por provocar incoerências e incompreensões. Mas, se utilizadas de forma visível e compartilhada frente às dificuldades e impasses do cotidiano, podem gerar saídas criativas e trazer soluções aos impasses. Ao trazer soluções, abrem um novo caminho ao indivíduo e seu coletivo para lidar de forma criativa com os reveses do **real** do trabalho e diminuir o **sofrimento** que ele gera.

Alertamos para a contribuição teórica, trazida por Dejours (Lancman, Sznclwar 2004), no que diz respeito aos **mecanismos de defesa coletivos** e a possibilidade de compreender a passividade e o alheamento dos profissionais de saúde em relação às evidências que se referem aos procedimentos preconizados na área de saúde. O papel paradoxal desses mecanismos na dinâmica do contexto laboral, uma vez que protegem os profissionais de saúde dos efeitos deletérios do sofrimento, mas podem também insensibilizá-los contra aquilo que faz sofrer, poderá propiciar a identificação dos fatores que se encontram em jogo e incidem diretamente sobre a segurança do paciente.

Referências

- Dejours C. A banalização da injustiça social. 7ª ed. Rio de Janeiro: FGV; 2007.
- Dejours C. Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. São Paulo: Fundap: EAESP/FGV; 1999.
- Dejours C. O fator humano. 5ª ed. Rio de Janeiro: FGV; 2005.
- Flotta D, Rizza P, Bianco A, Pileggi C, Pavia M. Patient safety and medical errors: knowledge, attitudes and behavior among Italian hospital physicians. *Int J Qual Health Care*. 2012; 24(3): 258-65.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system: a report of the Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
- Lancman S, Sznclwar LI, organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia do trabalho à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15; 2004.
- Reason J. The human contribution: unsafe acts, accidents and heroic recoveries. Ashgate, 2008.
- Reason J. Human error. London: Cambridge University Press; 2003.
- Reason J. Human error: models and management. *Brit Med J*. 2000; 320:768-70.

Runciman B, Merry A, Walton M. Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right. London: British Library; 2007. p. 109-34.

Wikipedia. File:OCD handwash.jpg. 2008 [citado 2014 jul 14]. Disponível em: http://en.wikipedia.org/wiki/File:OCD_handwash.jpg.

Wikipedia. File:Operating theatre.jpg. 2005 [citado 2014 jul 14]. Disponível em: http://en.wikipedia.org/wiki/File:Operating_theatre.jpg.

World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. The conceptual framework for the international classification for patient safety: final technical report. Version 1.1. [Genebra]: WHO, Jan. 2009.