

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS CHAPECÓ  
CURSO DE GRADUAÇÃO ENFERMAGEM**

**MARICLER DE LOURDES BENTO DELLALIBERA**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM DE UMA  
UTI DE UM HOSPITAL GERAL SOBRE EVENTOS ADVERSOS**

**CHAPECÓ**

**2023**

**MARICLER DE LOURDES BENTO DELLALIBERA**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM DE UMA  
UTI DE UM HOSPITAL GERAL SOBRE EVENTOS ADVERSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientação: Dra. Tatiana Gaffuri Silva  
Coorientação: Doutorando.Tiago Labres de Freitas

**CHAPECÓ**

**2023**

### **Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS**

Dellalibera, Maricler de Lourdes Bento  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA  
ENFERMAGEM DE UMA UTI DE UM HOSPITAL GERAL SOBRE EVENTOS  
ADVERSOS / Maricler de Lourdes Bento Dellalibera,  
Tatiana Gaffuri Silva, Tiago Labres de Freitas. -- 2023.  
59 f.:il.

Orientadora: Doutora Tatiana Gaffuri Silva  
Co-orientador: Doutorando Tiago Labres de Freitas  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -  
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de  
Bacharelado em Enfermagem, Chapecó,SC, 2023.

I. Silva, Tatiana Gaffuri II. Freitas, Tiago Labres  
de III. Silva, Tatiana Gaffuri, orient. IV. Freitas,  
Tiago Labres de, co-orient. V. Universidade Federal da  
Fronteira Sul. VI. Título.

**MARICLER DE LOURDES BENTO DELLALIBERA**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM DE UMA  
UTI DE UM HOSPITAL GERAL SOBRE EVENTOS ADVERSOS**

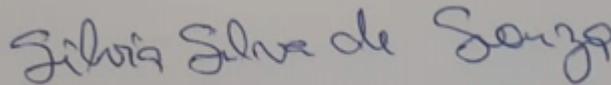
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Este trabalho foi defendido e aprovado pela banca em 14/02/2023.

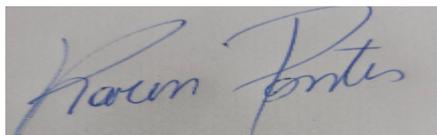
**BANCA EXAMINADORA**



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tatiana Gaffuri Silva – UFFS  
Orientadora



Prof.<sup>a</sup>. Doutoranda Silvia Silva De Souza  
Avaliador



Enf.<sup>a</sup> Coord. Karen Cristina Jung Rech Pontes  
Avaliador

Primeiramente, dedico a mim pelos meus esforços e a minha persistência, ao meu marido, familiares e amigos pela compreensão nas horas de ausência.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela minha vida, pelo que conquistei e por o que ainda posso conquistar, que me dê sabedoria, saúde e forças para continuar enfrentando os obstáculos que surgem ao longo da minha trajetória aqui na terra.

Agradeço aos meus antepassados, mãe, avós, tios e aos demais ancestrais que de alguma forma intercedem por mim na minha caminhada.

Sou grata ao meu marido Maicon Dellalibera, que sempre esteve ao meu lado me apoiando, incentivando, por estar comigo nos momentos de ansiedade e estresse. Obrigada meu amor por sua gentileza e compreensão.

Agradeço, às minhas amigas Andrieli Drager da Silva e Marinez Drager, que de alguma forma sempre me apoiaram e me auxiliaram durante esta trajetória. As minhas amigas e colegas de curso, especialmente Augusto Krindges, Bruna Albani, Camila Giesel, Mirian Revers e demais amigos que participaram desta minha jornada.

Agradeço muito a minha querida professora e orientadora Tatiana Gaffuri Silva e ao meu coorientador Tiago Labres Freitas, por me aceitar como orientanda e dedicar seu tempo me ajudando na elaboração deste trabalho, também agradeço aos demais professores(as), por ter compartilhado seu conhecimento.

**MUITO OBRIGADA!**

## RESUMO

As ocorrências de eventos adversos têm impactado significativamente no Sistema Único de Saúde por ocasionar o aumento na morbidade, mortalidade, no tempo de hospitalização, no tratamento dos pacientes e nas despesas assistenciais. Os incidentes associados à prestação dos cuidados oferecidos são definidos pela Organização Mundial da Saúde, como evento evitável sem relação com a patologia preexistente, complicações indesejadas decorrentes do cuidado, não atribuídas à evolução natural da doença. A pesquisa tem como objetivo analisar como as representações sociais dos profissionais da enfermagem que atuam em uma unidade de terapia intensiva de um hospital geral sobre eventos adversos repercutem na assistência de enfermagem oferecida. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, o qual nos possibilita entender a interpretação que os indivíduos fazem de determinado fenômeno, desmistificando as formas do pensar do senso comum em rumo do saber científico. O estudo foi realizado na unidade de terapia intensiva geral do Hospital Regional do Oeste Catarinense. Participaram 16 profissionais da equipe de enfermagem atuantes na unidade de terapia intensiva com atuação mínima de seis meses na instituição hospitalar. Os dados foram coletados individualmente por meio de entrevista semi-estruturada, entre os meses de setembro e outubro de 2022. Para a análise dos dados, foi utilizado o programa IRAMUTEQ. Os resultados evidenciam que a representação social do erro está fortemente ligada ao erro de medicação com significativa relevância nas práticas diárias. O erro de medicação ganha destaque por meio das palavras “medicação”, “paciente”, “nome”, “via” e “trocar”. O erro é reconhecido como possibilidade humana no cotidiano do cuidado oferecido na unidade de terapia intensiva e relacionado aos fazeres diários carregados de automatismo humano e práticas “inconscientes”. Atribuem a capacidade de observação, a calma, o apoio da equipe, a conversa durante o desenvolver das ações cuidativas, além da importância do conhecimento, treinamentos, orientações e ambiente favorável como ferramentas que, de acordo com suas práticas, podem evitar o erro. Fomentar novas representações sociais sobre o erro a partir de debates e transversalização desta temática no cotidiano de trabalho e na formação em saúde.

Palavras-chave: Dano ao Paciente; Gerenciamento de Risco em Saúde; Notificações dos Eventos Adversos.

## ABSTRACT

The occurrences of adverse events have significantly impacted the Unified Health System by causing an increase in morbidity, mortality, hospitalization time, patient treatment and care expenses. The incidents associated with the provision of the care offered are defined by the World Health Organization as an avoidable event unrelated to the preexisting pathology, unwanted complications resulting from the care, not attributed to the natural evolution of the disease. The research aims to analyze how the social representations of the nursing professionals who work in an intensive care unit of a general hospital regarding adverse events affect the nursing care offered. This is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach, which allows us to understand the interpretation that individuals make of a certain phenomenon, demystifying common sense ways of thinking towards scientific knowledge. The study was carried out in the general intensive care unit of the Hospital Regional do Oeste Catarinense. Participants were 16 professionals from the nursing team working in the intensive care unit with a minimum of six months working in the hospital institution. Data were collected individually through semi-structured interviews, between September and October 2022. For data analysis, the IRAMUTEQ program was used. The results show that the social representation of error is strongly linked to medication error with significant relevance in daily practices. The medication error is highlighted through the words “medication”, “patient”, “name”, “route” and “change”. The error is recognized as a human possibility in the daily care provided in the intensive care unit and related to daily tasks laden with human automatism and “unconscious” practices. They attribute the ability to observe, calmness, team support, conversation during the development of care actions, in addition to the importance of knowledge, training, guidance and a favorable environment as tools that, according to their practices, can avoid errors. Fostering new social representations about errors based on debates and mainstreaming of this theme in daily work and health education.

Keywords: Patient Harm; Health Risk Management; Notifications of Adverse Events.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente .....	27
Figura 2 - Apresentação das palavras e dos respectivos $\chi^2$ por classe .....	29
Figura 3 - Análise de similitude da representação social do erro .....	30
Figura 4 - Nuvem de palavras da representação social do erro .....	31

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALVF	Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EA	Eventos Adversos
GM	Gabinete do Ministro
HRO	Hospital Regional do Oeste
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IH	Infecção Hospitalar
IHI	Institute for Healthcare Improvement
IOM	Institute of Medicine
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleos de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RS	Representações Sociais
SC	Santa Catarina
SNE	Sonda Nasoenteral
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
ST	Segmentos de Texto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
X	Versus
WHA	World Health Assembly

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
1.1 QUESTÃO NORTEADORA DA PESQUISA	12
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
2.1 OBJETIVOS GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>14</b>
3.1 HISTÓRICO DA SEGURANÇA DO PACIENTE	14
3.2 PRINCIPAIS CLASSIFICAÇÕES INTERNACIONAIS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE	15
3.3 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE X NOTIFICAÇÃO DE EA	17
<b>4. MÉTODOS</b>	<b>20</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO	20
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	20
4.3 PERÍODO DO ESTUDO	22
4.4 SUJEITOS DO ESTUDO	22
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	22
4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	23
4.7 COLETA DE DADOS	23
4.8 ANÁLISE DOS DADOS	24
4.9 ASPECTOS ÉTICOS	25
<b>5. RESULTADOS</b>	<b>26</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	26
5.2 ANÁLISE DOS DADOS	26
<b>6. DISCUSSÃO DOS DADOS</b>	<b>32</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>40</b>
<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>48</b>
<b>APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Semi Estruturada Profissionais da Saúde</b>	<b>52</b>
<b>APÊNDICE C - Declaração de Ciência e Concordância da Instituição Envolvida</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO A - Parecer Substanciado o CEP</b>	<b>54</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As ocorrências de eventos adversos (EA) têm impactado significativamente no Sistema Único de Saúde (SUS) por ocasionar o aumento na morbidade, mortalidade, no tempo de hospitalização, no tratamento dos pacientes e nas despesas assistenciais (BRASIL, 2013).

Os incidentes associados à prestação dos cuidados oferecidos são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como evento evitável sem relação com a patologia preexistente, complicações indesejadas decorrentes do cuidado, não atribuídas à evolução natural da doença. Tais incidentes são classificados conforme o ocorrido, podendo resultar em dano ou não ao paciente, os que não causam dano ao paciente são denominados por *near miss* e aqueles que provocam dano podem ser consequência de um erro que ocasiona prejuízo temporário ou permanente. Erro considerado não intencional, mas que, vai causar algum dano à saúde do indivíduo, sendo ele um dano leve, moderado ou grave, considerado como EA (OMS, 2011; COSTA, 2016).

Maia *et al* (2018), nos demonstra estudo global de dados epidemiológicos encomendado pela OMS, onde constatou que, das 421 milhões de internações que ocorrem todos os anos no mundo, aproximadamente 42,7 milhões apresentam registros de EA, estando relacionados desde a administrações equivocadas de medicamentos até óbitos.

Estudo Irlandês sobre Eventos Adversos publicado em 2017 revela a incidência de 10,3% de eventos adversos sendo 72,7% evitáveis (RAFTER *et al*, 2017). Outro estudo transversal com 192 prontuários de pacientes adultos encontrou a prevalência de 21,8% de EA cirúrgicos incluindo principalmente as falhas técnicas cirúrgicas e a infecção associada à atenção à saúde como infecção de sítio cirúrgico, deiscência de sutura, hematoma e seroma (BATISTA *et al*, 2019). Na mesma linha, pesquisa realizada em um hospital do sul do Brasil, encontrou 14,7% de registro de ocorrência de EA (FOSCHI *et al*, 2021).

Os estudos acima apontam uma variação na prevalência de EA entre 10,3% e 21,8%, dados significativos, porém, subestimados se considerarmos o percentual de subnotificações que ocorrem em todo o mundo. A subnotificação tem relação direta com a percepção que o EA ainda é compreendido como erro, fracasso humano e motivo de punição ao invés de ser considerada como falhas nos sistemas (DUARTE *et al*, 2018). Para Souza, Vituri (2019) a subnotificação é atribuída, muitas vezes, ao medo de notificar, o receio da punição, a perda do

prestígio do profissional que participou do evento e ao temor da exposição de sua capacidade profissional ser exposto a questionamentos.

Diretamente ligada com a assistência dos profissionais de saúde, a notificação de EA é de extrema importância para a avaliação do serviço, análise de suas causas e para a qualificação do cuidado oferecido (BRASIL, 2013).

As discussões sobre práticas seguras e redução de eventos adversos vem ocorrendo em todo o mundo a partir da publicação do relatório “The error human” e se fortalecendo no Brasil a partir da Portaria nº 529/2013 com a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e publicação de protocolos que buscam a partir de sua implementação segurança e qualidade assistencial (BRASIL, 2014).

Há estímulo ao monitoramento e notificações de eventos adversos como forma de detectar pontos alvos que precisam ser discutidos, aprimorados e trabalhados com as equipes como forma de estimular a adoção de uma cultura de cuidado seguro (SIMAN, CUNHA, BRITO, 2017). Neste sentido, os profissionais da área da enfermagem, como gestores do cuidado possuem grande responsabilidade e importância para a redução e notificação dos EA (OLIVEIRA *et al*, 2018).

Diante do exposto, este estudo tem como pretensão fomentar novas representações sociais (RS) sobre os EA, tornando-se melhor a compreensão dos profissionais da enfermagem, contribuindo-os na constatação de incidentes, na notificação de EA, na prática assistencial segura e na segurança do paciente.

As RS dos profissionais de enfermagem sobre os EA, seguindo a teoria de Serge Moscovici, nos permite modificar o olhar fundamentado no conhecimento do senso comum, e aperfeiçoarmos ao conhecimento científico de forma clara e objetiva, para ampliar o conhecimento e melhorar as práticas de trabalho (MARKOVÁ, 2017).

## 1.1 QUESTÃO NORTEADORA DA PESQUISA

Assim sendo, a questão norteadora desta pesquisa é: Como as representações sociais dos profissionais da enfermagem que atuam em uma UTI de um hospital geral sobre eventos adversos repercutem na assistência de enfermagem oferecida?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVOS GERAL**

Analisar como as representações sociais dos profissionais da enfermagem que atuam em uma UTI de um hospital geral sobre eventos adversos repercutem na assistência de enfermagem.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar as representações sociais dos profissionais da enfermagem que atuam em uma UTI de um hospital geral sobre eventos adversos;
- Reconhecer o significado de evento adverso para profissionais da enfermagem que atuam em uma UTI de um hospital geral.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão abordará os aspectos teóricos e técnicos que contribuíram para a sustentação deste estudo. Será subdividido em: Histórico da segurança do paciente, principais classificação internacional sobre segurança do paciente e cultura de segurança do paciente x notificação de EA.

#### 3.1 HISTÓRICO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Os primeiros relatos descritos historicamente sobre a qualidade do cuidado em saúde e possíveis danos que poderiam causar, foi descrito por Hipócrates (460 a 370 a.C.) no postulado “Primum non nocere”, “primeiro não cause dano”(BRASIL, 2014).

Identifica-se que desde aquela época já se discutia sobre a qualidade do cuidado e possíveis danos que o cuidado poderia causar (BRASIL, 2014).

Seguindo os pressupostos da segurança do paciente, em 1847 o médico Húngaro Ignaz Philipp Semmelweis conclui, que a febre puerperal a qual provocou óbitos de muitas puérperas, era transmitida por “partículas cadavéricas”, transportadas pelas mãos de estudantes e médicos da sala de autópsia até o centro obstétrico. Após a descoberta de Húngaro Ignaz Philipp Semmelweis, foi determinada a higienização das mãos com água clorada para todos os examinadores de cadáveres, com redução de mortalidade materna de 12,2% para 1,2% (MARQUES *et al*, 2021).

Contemporânea a Semmelweis, Florence Nightingale conhecida como dama da lâmpada, foi uma das precursoras da segurança do paciente. Em 1854, na guerra da Crimeia reduziu o índice de mortalidade de 40% para 2% utilizando métodos renovadores, organizando os cuidados, garantindo boa qualidade da assistência para o bem estar geral dos soldados (BORSON; CARDOSO; GONZAGA; 2018). No ano de 1856, Florence descreve em seus relatos “[...] procedimentos de cuidados relacionados aos pacientes e ao ambiente com a finalidade de diminuir os riscos de Infecção Hospitalar (IH) [...]. Tal padronização de medidas simples foi responsável pela redução dos índices de IH na ordem de 42,7% para 2,2% [...]” (MARQUES *et al*, 2021)”.

Ao longo da história muito vem se buscando melhorar a qualidade do cuidado prestado em ambiente hospitalar. Prestes *et al* (2019), nos coloca grandes nomes de gestores os quais fizeram a diferença, melhorando o ambiente hospitalar, como:

- Ernest Codman (1913), teve a iniciativa de avaliar os hospitais chamando de “The EndResult System” (O sistema de resultado final);
- Avedis Donabedian (1966), contribuiu com os sete pilares da qualidade, sendo eles: eficácia, efetividade, eficiência, aceitabilidade, legitimidade, equidade e aprimoração.
- Donald Berwick (1980), o qual deu início ao Institute for Healthcare Improvement (IHI) (Instituto de Melhoria da Saúde), apresentando melhorias de qualidade.

Em 1990, o Institute of Medicine (IOM) publicou o livro/relatório “To Err is Human” (Errar é Humano), onde foram demonstrados índices de 44.000 a 98.000 mortes de cidadãos americanos acometidos ao ano, por erros na prestação do cuidado. Em 2002, na 55ª Assembleia Mundial da Saúde foi instituída a resolução WHA 55.18, “Qualidade da atenção: segurança do paciente”, nela solicitava urgência e maior atenção à segurança do paciente (BRASIL, 2017). E ainda, foi a partir do livro/relatório “To Err is Human” que em 2004, a OMS na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, pactuou a “Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o objetivo de coordenar programas voltados para a segurança do paciente, fomentando ações para promover uma cultura de segurança (JESUS; MORAIS; ALMEIDA; 2020, p. 13)”. Já em 2009, a OMS elaborou a Classificação Internacional de Segurança do Paciente, onde o tema principal foi fortalecer as ações para evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes dos cuidados de saúde (FOSCHI *et al*, 2021).

Seguindo na mesma linha do cuidado e segurança do paciente, o Brasil por ser um país signatário da OMS, em 2013, constituiu a Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de contribuir na qualificação do cuidado, oferecer uma assistência segura, implantando ações de gestão de risco e Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde de todo território nacional (BRASIL, 2014).

O NSP é “[...] resultado de um esforço conjunto entre a ANVISA e Organização Mundial de Saúde (OMS), numa tentativa de melhoria contínua e vigilância intensa da qualidade e segurança do atendimento à saúde (SOUZA; VITURI; 2019, p.2)”.

### 3.2 PRINCIPAIS CLASSIFICAÇÕES INTERNACIONAIS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

A fim de unificar e padronizar a linguagem utilizada pelos profissionais envolvidos, a OMS buscou desde o princípio classificar e definir termos que pudessem dar conta dos

eventos em saúde. Assim sendo, as ocorrências de incidentes relativos ao cuidado, foram definidas como eventos que podem resultar em dano considerado desnecessário ao paciente.

Para melhor entendermos sobre, a OMS publicou em 2009, a Classificação Internacional de Segurança do Paciente contendo 48 conceitos, foi traduzido para o português pelo Centro Colaborador Proqualis, em 2010 (OMS, 2011). Os principais conceitos são:

→ Erro: Classificado como uma falha no executar de um plano de ação, ou a aplicação do plano incorreto. Os erros podem ser categorizados em: Erros de ação: por desempenhar a prática errada (não seguindo o recomendado na teoria). Erro por omissão: deixar de fazer o que é certo na execução de uma tarefa, ato considerado não-intencional, mas que contribui para um dano, se tornando intencional, em alguns casos de omissão, temos como exemplo a não lavagens das mãos por profissionais da saúde (OMS 2011; BRASIL, 2017).

→ Incidente: É classificado como um evento que poderia ter causado, ou que causou, dano desnecessário ao paciente. E ainda:

[...] Um quase evento é um incidente que não alcançou o doente (por exemplo, conectar uma unidade de sangue à via endovenosa do doente errado, mas detectar o erro antes de iniciar a transfusão). Um evento sem danos é um incidente em que um evento chegou ao doente mas não resultou em danos discerníveis (por exemplo, a unidade de sangue foi transfundida mas o sangue não era incompatível com o doente). Um incidente com danos (evento adverso) é um incidente que resulta em danos para o doente (por exemplo, transfundiu-se a unidade de sangue errada e o doente morreu por reação hemolítica)(OMS, 2011, p. 15; Brasil, 2017, p.25).

→ Dano: É o prejuízo ocorrido no corpo de uma pessoa, podendo ser físico/mental como: uma doença, uma incapacidade, uma lesão, um sofrimento social ou psicológico e até mesmo a morte. Quando o incidente causa algum tipo de dano ao paciente é considerado um EA (OMS, 2011).

→ Eventos Adversos: “O EA pode ser classificado de acordo com o grau de dano, a saber: leve, moderado, grave e óbito. Além disso, os tipos de incidente se classificam como: circunstância notificável, potencial dano, incidente sem dano, EA (ROCHA; NOVAES; 2022, p. 10)”

Os eventos adversos também podem ser categorizados em near miss. “Os incidentes classificam-se como: near miss [...] (são aqueles) que não atingiu o paciente (por exemplo: uma unidade de sangue é conectada ao paciente de forma errada, mas o erro é detectado antes do início da transfusão) [...] (Brasil, 2017, p.25)”. A OMS (2011), conclui dizendo que: near miss é “Um evento que quase aconteceu ou um evento que realmente aconteceu mas ninguém

teve conhecimento. Se a pessoa envolvida no quase-evento não o assumir, pode nunca se saber que ocorreu (OMS, 2011, p.133)”.

### 3.3 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE X NOTIFICAÇÃO DE EA

No Brasil, seguindo às recomendações da OMS para promover ações voltadas à segurança do paciente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, atua como responsável pela segurança dos pacientes em todo o território nacional, ela tem como objetivo promover a proteção da saúde da população e, é por meio ANVISA que os serviços de saúde devem seguir a padronização de higienização das mãos, segurança nos procedimentos cirúrgicos, segurança/cuidados com sangue e hemoderivados, cuidados na administração segura de injetáveis e de imunobiológicos, entre outros (BRASIL, 2017).

Para contribuir com a ANVISA, foi criada a Portaria GM/MS nº 1.377 de 2013 e a Portaria nº 2.095, 2013, que aprovam os protocolos básicos de segurança do paciente, sendo eles:

- Protocolos de Cirurgia Segura (BRASIL, 2013);
- Protocolo da Prática de Higiene das mãos (BRASIL, 2013);
- Protocolo para Úlcera por Pressão (BRASIL, 2013);
- Protocolo de Prevenção de Quedas ;
- Protocolo de Identificação do Paciente (BRASIL, 2022);
- Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos (BRASIL, 2013), devendo ser utilizado em todas as unidades de saúde do Brasil.

Para Siman, Cunha e Brito (2017), a implantação de programa de educação permanente e o estímulo à aprovação de protocolos e diretrizes devem ser prioridade para o NSP , entre gestores dos hospitais e os profissionais de saúde que prestam cuidados. Nesse sentido, Muitas organizações de saúde brasileiras vêm implantado protocolos voltados à segurança, na tentativa de estabelecer uma cultura segura durante os procedimentos (BOHOMOL; MELO; 2019).

A OMS define a cultura de segurança como produto de valores individuais, às atitudes, a capacidade percepções, o comportamento e/ou comprometimento de cada indivíduo, com uma gestão de segurança à saúde (OMS, 2011), “[...] substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BOHOMOL; MELO; 2019, p.133).”

As tentativas de aplicar uma cultura de segurança vem se desenvolvendo em todo território nacional desde 2009, quando a OMS publicou a Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, contendo cinco atributos para os profissionais da área da saúde desempenhar, a ser implementado através da gestão de cada ambiente de saúde, que são:

1. Uma cultura onde todos os funcionários aceitam a responsabilidade ou a segurança deles próprios, dos seus colaboradores, doentes, e visitantes;
2. Uma cultura que prioriza a segurança relativamente a fins financeiros e operacionais;
3. Uma cultura que estimula e recompensa a identificação, a comunicação e a resolução de questões de segurança;
4. Uma cultura que incentiva a aprendizagem organizacional com os eventos adversos;
5. Uma cultura que fornece recursos, estrutura e responsabilidade apropriados para manter sistemas de segurança eficazes (OMS, 2011, p.113).

Nos dias atuais, ainda se encontra em construção a cultura de segurança do paciente. O tema vem sendo debatido com muita frequência em todo território nacional, em prol de se implantar medidas que visem diminuir a ocorrência de danos desnecessários ao doente (LEMOS *et al*, 2018).

No entanto, os “incidentes no cuidado da saúde acontecem com uma frequência inaceitável e atingem pacientes que procuram serviços de saúde (HARADA *et al*, 2021, p.2)”. Foi observado em um estudo realizado em 2015 por Foschi *et al* (2021), em um hospital Universitário no Sul do Brasil, que dos 20 pacientes internados nove apresentaram EA com perda de acesso venoso, sete de infecção de sítio cirúrgico e quatro de infecção de acesso venoso. Já no estudo realizado em março de 2019, pelos mesmos autores no hospital Universitário no Sul do Brasil, observou-se a ocorrência de 104 EA dos 128 pacientes que participaram da pesquisa, sendo que 69 apresentaram como EA a perda de acesso venoso, 33 apresentaram infecção do sítio cirúrgico, um teve infecção no acesso venoso e uma queda. As evidências apontam para a constância de EA e a importância da notificação, já que ela contribui na melhoria dos serviços prestados ao paciente.

Alves (2019), nos coloca que uma das estratégias importantes para melhorar a segurança do paciente é a notificação de EA por parte dos profissionais de saúde, pois, notificar contribui para o aprendizado das fragilidades e também contribui nas mudanças do modelo assistencial da prevenção de incidentes semelhantes. E ainda, o autor diz que, em muitos países é por meio da utilização de sistemas de notificação de incidentes, que se obtém melhorias na qualidade da assistência. A notificação de EA para Rosas-Vargas; Zarate-Grajales (2017), é considerada um objeto de melhoria na qualidade dos serviços

oferecidos, facilitando nas coletas de informações mais complexas de segurança e auxiliando na identificação de fatores de risco.

Entretanto, em um estudo de causas de EA e a subnotificação realizado por Fonseca; Santos (2019), demonstra que não é possível totalizar o real índice de EA que ocorre nas instituições de saúde, pois, segundo os autores são múltiplos os fatores que levam os profissionais a não notificação os incidentes. Os autores também demonstram que os principais motivos para a não notificação são: medo de punição, medo de ser demitido, culpa, vergonha, represália, sobrecarga de trabalho, falta de conhecimento sobre o assunto segurança do paciente, não saber como notificar e o esquecimento. É importante ressaltar que o medo de punição estava presente em 100% dos artigos estudados pelos mesmos.

Percebemos que,

Apesar de todos os avanços no âmbito da segurança do paciente, o erro humano é um dos fatores que se destaca e, frequentemente, os episódios de erro envolvendo profissionais de saúde são noticiados pela imprensa e a mídia, causando grande comoção social. A falta de compreensão sobre o erro pode acarretar para o profissional envolvido, sentimentos de vergonha, culpa e medo, dada a forte cultura punitiva ainda existente em algumas instituições, o que contribui para a omissão dos episódios (LEMOS *et al*, 2018, p. 2).

Marinho *et al* (2018), nos coloca que as organizações de saúde tem dificuldades em seguir às recomendações da OMS, por manter a tradicional cultura de culpar e penalizar os profissionais de saúde que se envolvem em incidentes. Ao culpar e penalizar os profissionais, a organização de saúde desperdiça a oportunidade de melhorar e nega seu envolvimento no evento.

Desta forma, as organizações de saúde devem realizar a abordagem, demonstrando ao profissional envolvidos no evento, que errar é humano, e que devemos aprender com os nossos erros. Portanto, é de grande valia para a segurança dos pacientes que assumimos nossos erros e os notificamos, “[...] os benefícios de evitar que o erro notificado ocorra futuramente, garantindo melhor qualidade e segurança no cuidado prestado ao paciente, evitando danos psicológicos causados ao profissional, considerado como “segunda vítima” (MARINHO *et al*, 2018, p.10)”.

## 4. MÉTODOS

Neste capítulo será apresentado o planejamento utilizado para a realização do presente estudo.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, o qual nos possibilita entender a interpretação que os indivíduos fazem de determinado fenômeno, desmistificando as formas do pensar do senso comum em rumo do saber científico (MARKOVÁ, 2017). Neste sentido, pretendemos entender as representações dos profissionais assistencial de enfermagem de uma UTI geral, sobre a significação do erro no cotidiano do cuidado. Estudo fundamentado na teoria das representações sociais (TRS) de Serge Moscovici.

### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A fim de compreender melhor as RS, é essencial conhecer o contexto em que os sujeitos estão inseridos, como prestam a assistência de enfermagem, como distinguem os incidentes ocorridos no ambiente do trabalho (SILVA, 2021).

Como cenário elencado para o desenvolvimento deste estudo optou-se em realizar em um hospital geral de grande porte localizado no oeste catarinense. O Hospital Regional do Oeste (HRO), foi inaugurado em 30 de outubro de 1986, com 60 leitos, hoje já está com 36 anos de funcionamento (HRO, 2021). Desde sua criação, o hospital é de caráter público, fator determinante na escolha do local do estudo, por tipificar com clareza como a saúde é oferecida à comunidade. Ele está localizado na rua: Florianópolis, nº 1448-E, bairro: Santa Maria, em Chapecó-SC, é administrado pela Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (ALVF).

Presta atendimento a uma população estimada de 1,3 milhão de usuários (HRO, 2021), destes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2021), no último censo realizado em Chapecó, atende 227.587 mil habitantes do município de sua localização, o restante dos usuários são de municípios vizinhos que fazem parte da sua abrangência, sendo

eles: a região oeste catarinense, sudoeste do Paraná, norte e noroeste do Rio Grande do Sul (HRO, 2021).

HRO é referência na região oeste do estado de Santa Catarina (SC), com especialidades e alta complexidade nos serviços de: Neurocirurgia, Gestantes de Alto Risco, Captação e Transplante de Rins e Córneas, Urgência e Emergência, Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, UTI Geral e Neonatal, Hospital Amigo da Criança, Maternidade Segura, Tratamento de AIDS, Ortopedia, Coluna, Ombro, Mão, Quadril e Joelho (HRO, 2021).

A UTI geral e a UTI convênio ficam uma do lado da outra, a geral à esquerda e a convênio à direita, ambas estão localizadas no sexto andar da ala nova do hospital, local onde foi desenvolvido o estudo.

Na UTI geral possui 20 leitos divididos em ala limpa com 10 leitos e ala de isolamento com mais 10 leitos. Lá trabalham, uma enfermeira coordenadora que faz seus plantões em horário comercial de segunda à sexta-feira, dois enfermeiros(as) assistências por turno, são três turnos de trabalho: matutino, vespertino e noturno, sendo que, o noturno possui duas equipes os da noite I e noite II, ao todo são nove enfermeiros(as). A equipe de trabalho beira leito é composta por 40 profissionais, divididos entre 36 técnicos de enfermagem e 4 enfermeiros(as) trainee, destes são divididos dez para cada turno de trabalho.

Já a UTI convênio possui 10 leitos, com um enfermeiro assistencial e duas técnicas(os) de enfermagem ou enfermeiros(as) trainee por turno, os quais fazem parte da escala de funcionários (quando se tem mais de quatro pacientes internados neste local, paga-se extras), sendo também três turnos com quatro equipes de enfermagem, a coordenadora é a mesma da UTI geral.

A equipe médica é composta por três médicos, um para cada dez pacientes por plantão, estando presentes dois na UTI geral e um na convênio. Os setores de UTI geral e convênio, ainda contam com o auxílio de fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga, assistente social e dos residentes de enfermagem e medicina de acordo com a escala da residência.

No total as duas UTIs, possuem uma enfermeira coordenadora, doze enfermeiros (as) assistenciais, quarenta e oito profissionais de enfermagem que prestam atendimento à beira leito, técnicos de enfermagem e trainees, totalizando sessenta e um profissionais da área da enfermagem.

A UTI possui um horário de visita que é das 15hs às 15hs30min, sendo 30 minutos de visitas, são permitidas a entrada de dois familiares de preferência de primeiro grau de parentesco do paciente.

### 4.3 PERÍODO DO ESTUDO

O estudo teve início ainda em dezembro de 2021, com o aceite da professora Dra. Tatiana Gaffuri Silva para ser minha orientadora e o aceite de coorientador do professor MSc. Ddo.Tiago Labres de Freitas. Neste período, iniciamos escolhendo o tema, e logo em seguida comecei ler alguns artigos e manuais do MS e OMS pela internet para assim ir me familiarizando com o assunto.

As demais etapas do presente trabalho ocorreram entre o primeiro e segundo semestre letivo de 2022, já a coleta de dados foi nos meses de setembro e outubro do mesmo ano, após a aprovação do comitê de ética e pesquisa com seres humanos da UFFS.

### 4.4 SUJEITOS DO ESTUDO

Para alcançar os objetivos deste estudo, foram selecionados intencionalmente profissionais da equipe de enfermagem, com formação em técnico de enfermagem e registrados no Conselho Regional de Enfermagem (COREN), conforme instituído pela Lei n. 7.498/86, de 25 de junho de 1986 e o Decreto n.94.406 de 1987, que atuam na unidade hospitalar à pelo menos seis meses, tempo considerado necessário e suficiente para compreender os processos de trabalho, sentir-se parte da equipe por meio do compartilhamento de ideias que sustentam e embasam a forma de pensar e agir no cotidiano dos serviços.

### 4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Participaram desta pesquisa 16 técnicos de enfermagem. Utilizou-se como critério de inclusão a atuação na unidade hospitalar há pelo menos seis meses, tempo considerado necessário para apropriar-se e partilhar ideias que sustentam e embasam a forma de pensar e agir dos profissionais no cotidiano daquela unidade.

#### 4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos profissionais em período de férias, ou licença de saúde e atestados no momento da coleta de dados. Também foram excluídos, os colaboradores da instituição com tempo inferior a seis meses de trabalho. Às entrevistas semiestruturadas que seguem uma sequência de respostas abertas, possibilita ao pesquisador identificar a saturação teórica (NASCIMENTO *et al*, 2018). Neste sentido, pesquisas que empregam a TRS, é essencial uma certa quantia de indivíduos para que possa representar toda a equipe (SILVA, 2021).

#### 4.7 COLETA DE DADOS

Após o aceite pelos gestores da instituição hospitalar e aprovação pelo comitê de ética da UFFS sob o parecer substanciado 5.644.603. Foram cumpridas todas as exigências legais e éticas segundo a Resolução nº. 466/2012 (BRASIL, 2012).

A coleta de dados foi realizada entre setembro e outubro de 2022. O convite foi efetivado em visitas previamente agendadas com o serviço de enfermagem, ocorrendo nos sábados à tarde durante o horário de visita dos familiares aos pacientes, para as equipes diurnas, já a coleta dos profissionais que trabalham no período noturno, ocorreu em horário anterior à passagem de plantão. Esse momento foi considerado pela pesquisadora como “entrada no campo”.

As entrevistas foram orientadas por um roteiro semiestruturado, elaborado pelos próprios autores da pesquisa, com questões referente às características dos participantes pesquisados e outras questões como: O que o erro significa para você? Quando o erro acontece? Em quais situações o erro mais acontece? Quem mais comete erros no cotidiano do trabalho? Como você lida com o erro? Conforme o apêndice B. Essas entrevistas foram gravadas em áudio e integralmente transcritas.

#### 4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Na análise dos dados foi utilizado o IRaMuTeQ, que é um programa de origem francesa, criado por Pierre Ratinaud. Atualmente, o Brasil dispõe de glossário em português que começou a ser utilizado no Rio Grande do Sul em 2013, é *software* gratuito pela

logicidade *open source* - código aberto (SILVA, 2021; KAMI *et al*, 2016), para adquirir o programa basta seguir as instruções do tutorial de uso do *software* IRaMuTeQ de Camargo; Justo (2018).

A base da análise de dados do IRaMuTeQ, define-se como método informatizado de análise de textos, desenvolvendo estruturas de organização para os discursos coletados, concedendo informações das dimensões lexicais do contexto, às quais são repetidamente manifestadas pelos entrevistados. Ele também emprega funcionalidades providas do *software* estatístico *R* e utiliza-se da linguagem de Python (SALVADOR *et al.*, 2018). É importante ressaltar que o IRaMuTeQ, é um dispositivo que possibilita o processamento dos dados, desta forma, a análise de interpretação é de responsabilidade do pesquisador (KAMI *et al*, 2016), sendo assim, o programa vai gerar as classes, mas o pesquisador irá desenvolver as categorias, organizá-las e utilizá-las no restante do trabalho.

Neste sentido, os áudios das entrevistas foram transcritos e unificados em um único *corpus* textual, formatado e organizado conforme as exigências do *software*, logo após, o *corpus* textual foi processado e requisitado a análise destes dados.

O IRaMuTeQ, nos possibilita várias capacidades de análises textuais, sendo que, utilizamos no desenvolvimento do presente trabalho a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), ela foi a mais representativa no contexto do software.

A CHD calcula quantas vezes uma palavra aparece no texto. Para isso, o programa faz uso do teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ), o qual “[...] revela a força associativa entre as palavras e a sua respectiva classe. Essa força associativa é analisada quando o teste for maior que 3,84, representando  $p < 0,0001$ . O menor valor do qui-quadrado representa uma menor relação entre as variáveis (SILVA, 2021; SOUZA *et al*, 2018).”

A principal função da CHD é depreender o assunto do *corpus* e compreender os discursos provenientes do texto, criando classes e exibindo-os em formato de dendograma. Outra forma de apresentação dos dados é a análise de similitude, que se demonstra em formato de árvore e realiza as junções dos vocábulos conforme a raiz semântica, a qual possibilita a verificação entre os dados. Tem-se também a “nuvem de palavras”, que demonstra os dados em forma de imagem, as palavras descritas em fonte maior são as que representaram mais frequência no *corpus*, já, as menos representativas são aquelas descritas em fonte menor.

#### 4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Para o desenvolvimento desta pesquisa foi respeitada a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o qual recomenda como devem ser realizadas as pesquisas com seres humanos, garantindo anonimato e autonomia dos sujeitos, a confidencialidade das informações, a não maleficência e beneficência (BRASIL, 2012).

O projeto da pesquisa foi encaminhado para a instituição hospitalar juntamente com a carta de aceite. Após o aceite da gestão administradora da Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (ALVF), este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, sob o parecer consubstanciado nº 5.644.603, CAAE: 61108422.6.0000.5564, aprovado em 15 de setembro de 2022.

Antes de dar início ao questionário de pesquisa, foi informado aos participantes sobre o TCLE, seguindo a resolução CNS 466/2012, posteriormente entregue duas vias do TCLE para assinatura, sendo uma da pesquisadora e a outra do participante da pesquisa.

## 5. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados, considerando primeiramente as características dos sujeitos participantes e na sequência a análise dos dados por meio do *software* IRaMuTeQ.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Dos dezesseis técnicos(as) de enfermagem que participaram do estudo, quinze profissionais são do sexo feminino, um do sexo masculino, com idades entre 25 à 49 anos. Destes, um se declara de cor preto, três pardos e doze brancos. Referente ao estado civil, dez dos participantes dizem estar casados ou possuem uma união estável, três se declaram solteiros, uma viúva e dois não responderam essa questão. Quanto à escolaridade, todos os participantes relatam ter ensino médio completo, com formação em técnico de enfermagem, o tempo de formação varia de dois a vinte anos, já o tempo de atuação na instituição hospitalar é de um ano e sete meses à quinze anos.

### 5.2 ANÁLISE DOS DADOS

O corpus textual foi processado pelo *software* IRaMuTeQ, dando origem a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), Análise de Similitude e Nuvem de Palavras.

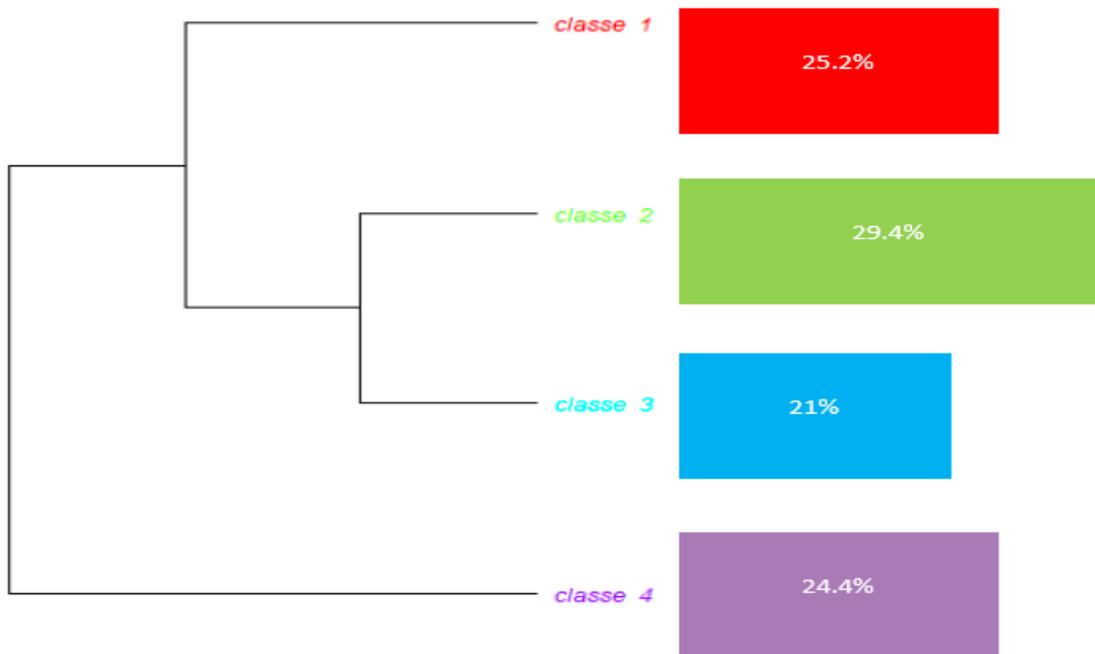
Do universo de 44 profissionais técnicos de enfermagem, 16 participaram da pesquisa.

O corpus foi constituído por 16 textos separados em 187 Segmentos de Texto (ST). Foram utilizados 140 representando 75% do material que foi levado a análise. O recomendado pelo software é mínimo 75% de aproveitamento do corpus para ser classificado como representativo (CAMARGO; JUSTO 2018; SILVA, 2021). Emergiram 6409 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos).

Os textos foram classificados em função dos seus respectivos vocabulários e o conjunto deles dividiu-se pela frequência das formas reduzidas. É denominado como “corpus”. A partir de matrizes que cruzaram ST e palavras (repetidos testes  $\chi^2$ , adotado valor de  $p < 0,05$ ), aplicou-se o método de CHD para obter uma classificação estável e definitiva.

A CHD deu origem a 4 classes distintas a partir dos ST extraídos do corpus e apresentados na forma de dendograma. No dendograma do corpus foi subdividido em 2 subcorpus, o primeiro formado pelas classes um, dois e três e o segundo pela classe quatro.

Figura 1: Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente



Fonte: Software IRAMUTEQ, dados da pesquisa (2022).

A formação das classes ocorre a partir do agrupamento de palavras com base no cálculo de frequência e relação das palavras com sua classe textual, este último por meio do qui-quadrado ( $\chi^2$ ).

O teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ), revela a força associativa das palavras com sua respectiva classe. Essa força associativa é analisada quando o teste for maior que 3,84, representando  $p < 0,0001$ . O menor valor do qui-quadrado representa uma menor relação entre as variáveis (xx).

O teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) apontou maior grau de significância estatística para as palavras na classe 1, indicativo de que esses termos possuem forte relação com esta classe em comparação com as demais. Na sequência, a classe 4 apresentou maior força associativa seguida pela classe 2 e 3.

Neste estudo, a classe 1 contém 30 ST (25.21%) e refere-se às situações identificadas como erros pelos participantes da pesquisa. A classe 2 possui 35 ST (29.41%) e aponta

aspectos relativos a pessoa para o aparecimento do erro, a classe 3 tem 25 ST (21.01%) aponta a humanização do erro e a importância do grupo, do coletivo para evitar o aparecimento do erro e a classe 4 com 29 ST (24.37%) traz as condições de trabalho como fatores que podem predispor o erro.

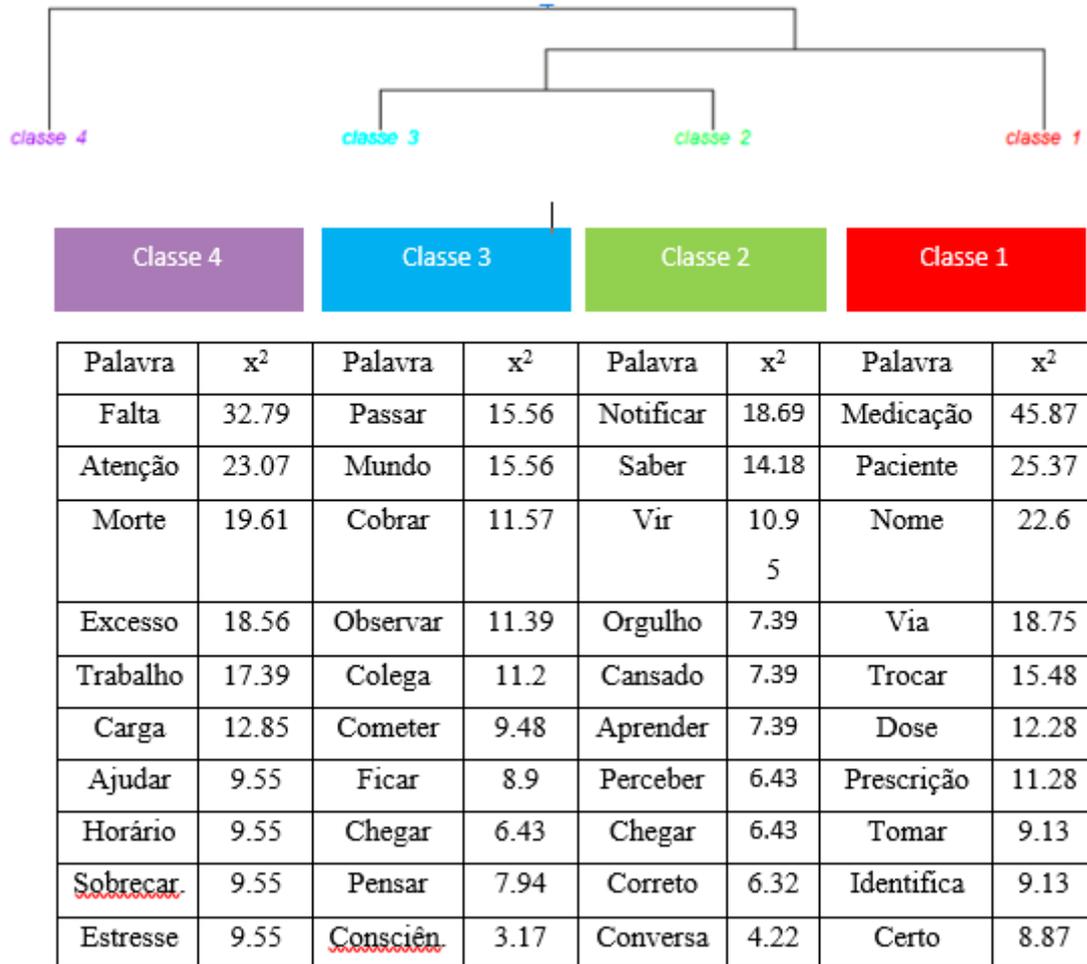
A classe 1 foi denominada como “A materialização do erro no cotidiano do trabalho” e compreende 25.21 % do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre  $\chi^2 = 45.87$  (medicação) e  $\chi^2 = 2.03$  (acontecer). Essa classe é composta por palavras como “medicação” ( $\chi^2 = 45.87$ ); “paciente” ( $\chi^2 = 25.37$ ); “nome” ( $\chi^2 = 22.06$ ); “via” ( $\chi^2 = 18.75$ ); “trocar” ( $\chi^2 = 15.48$ ); “dose” ( $\chi^2 = 12.28$ ); “prescrição” ( $\chi^2 = 11.28$ ); “tomar” ( $\chi^2 = 9.13$ ), “identificação” ( $\chi^2 = 9.13$ ) e “certo” ( $\chi^2 = 8.87$ ).

A Classe dois identificada como “Motivos que favorecem o erro no cotidiano da UTI” e compreende 29.41 % do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre  $\chi^2 = 18.69$  (notificar) e  $\chi^2 = 4.14$  (prescrever). Essa classe é composta por palavras como “notificar” ( $\chi^2 = 18.69$ ); “saber” ( $\chi^2 = 14.18$ ); “vir” ( $\chi^2 = 10.95$ ); “orgulho” ( $\chi^2 = 7.39$ ); “cansado” ( $\chi^2 = 7.39$ ); “aprender” ( $\chi^2 = 7.39$ ); “perceber” ( $\chi^2 = 6.43$ ); “chegar” ( $\chi^2 = 6.43$ ), “correto” ( $\chi^2 = 6.32$ ) e “conversar” ( $\chi^2 = 4.22$ ).

A Classe 3 foi chamada de “ O trabalho coletivo reduz o aparecimento do erro” e compreende 21.01 % do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre  $\chi^2 = 15.56$  (passar) e  $\chi^2 = 2.1$  (ver). Essa classe é composta por palavras como “passar” ( $\chi^2 = 15.56$ ); “mundo” ( $\chi^2 = 15.56$ ); “cobrar” ( $\chi^2 = 11.57$ ); “observar” ( $\chi^2 = 11.39$ ); “colega” ( $\chi^2 = 11.2$ ); “cometer” ( $\chi^2 = 9.48$ ); “ficar” ( $\chi^2 = 8.9$ ); “chegar” ( $\chi^2 = 6.43$ ), “pensar” ( $\chi^2 = 7.94$ ) e “consciência” ( $\chi^2 = 3.17$ ).

A Classe 4 foi denominada de “Condições de trabalho como causa de erro e cuidado inseguro” e compreende 24.37 % do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre  $\chi^2 = 32.79$  (falta) e  $\chi^2 = 2.25$  (acreditar). Essa classe é composta por palavras como “falta” ( $\chi^2 = 32.79$ ); “atenção” ( $\chi^2 = 23.07$ ); “morte” ( $\chi^2 = 19.61$ ); “trabalho” ( $\chi^2 = 17.39$ ); “excesso” ( $\chi^2 = 18.56$ ); “carga” ( $\chi^2 = 12.85$ ); “ajudar” ( $\chi^2 = 9.55$ ); “horário” ( $\chi^2 = 9.55$ ), “sobrecarga” ( $\chi^2 = 9.55$ ) e “estresse” ( $\chi^2 = 9.55$ ).

Figura 2: Apresentação das palavras e dos respectivos  $x^2$  por classe.

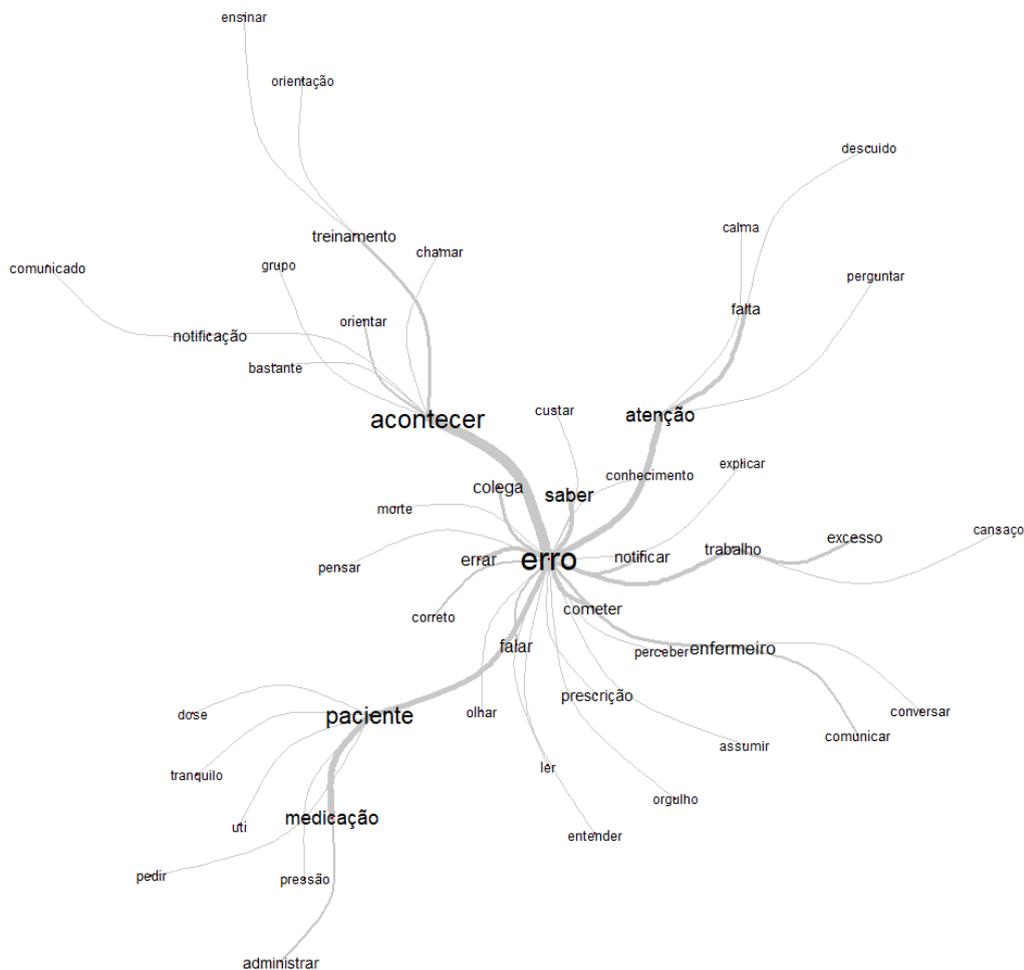


Fonte: Software IRAMUTEQ, dados da pesquisa (2022).

Para melhor explorar os resultados foi também realizada a análise de similitude baseando-se na teoria dos grafos onde é possível identificar as ocorrências textuais entre as palavras e as indicações de conexidade entre elas. A análise de similitude auxilia na identificação da estrutura do conteúdo do corpus textual.

Na análise de similitude deste estudo observa-se “erro” como palavra central e ramificações com outras palavras que sugerem significados mais detalhados da estrutura da representação.

Figura 3: Análise de similitude da representação social do erro.



Fonte: Software IRAMUTEQ, dados da pesquisa (2022).

A figura apresenta a palavra erro centralizada com três ramificações importantes. Na primeira ramificação a palavra erro apresenta conexidade com paciente, medicação, tranquilo e pressão. Outra conexão realizada ocorre com o nome do paciente, a dose e o perguntar. Tais ligações entre as palavras sugerem que destaca-se o erro de medicação vinculado a situações de pressão no trabalho e estão relacionados a troca de pacientes (nome) ou erro de dose. Outra ligação que complementa a descrita acima, conecta a palavra erro com equipe, atenção, falta, calmo, trabalho, excesso.

A palavra erro também apresenta relação com colega, saber, ensinar, aprender e conhecimento, além de ligar enfermeiro com conversar, orientar, chamar, observar e dúvida.



## 6. DISCUSSÃO DOS DADOS

O estudo evidencia que a representação social do erro está fortemente ligada ao erro de medicação com significativa relevância nas práticas diárias. O erro de medicação ganha destaque por meio das palavras “medicação”, “paciente”, “nome”, “via” e “trocar”.

ST ilustrativos:

... O erro pra mim é a medicação errada, o paciente errado, uma técnica errada (P9) .

... Tem as trocas de paciente, medicar o paciente errado, sem identificação, não pedem o nome do paciente (P4).

... ao medicar não lê a ampola e acaba trocando o medicamento, isso pode acontecer (P2).

Os participantes reconhecem o erro como possibilidade humana no cotidiano do cuidado oferecido na UTI, pelas equipes de saúde e o relacionam aos fazeres diários muitas vezes carregados de automatismo humano e práticas “inconscientes”.

Atribuem a capacidade de observação, a calma, o apoio da equipe, a conversa durante o desenvolver das ações cuidativas, além da importância do conhecimento, treinamentos, orientações e ambiente favorável como ferramentas que, de acordo com suas práticas, podem evitar o erro. Da mesma forma elencam as situações de estresse, a sobrecarga de trabalho, cobranças como fatores que favorecem o erro.

Alguns ST evidenciam:

.... eu já fiz medicação no automático que depois pensei meu deus será que fiz ou não e fui procurar realmente eu tinha feito mas não lembrava entende (P11).

...então assim claro você teria que fazer às coisas com calma, você teria que fazer com atenção, sim seria o correto, mas nem sempre você vai poder fazer isso com calma (P11).

...o erro significa muita correria quando acumula muita atividade pode acontecer falta de atenção, o cansaço, o stress também pode ajudar (P14).

... todo mundo comete erros, a enfermagem, o médico, observamos quando o paciente é isolamento multirresistente

o médico entra sem paramentação. Às vezes a enfermagem também, o pessoal do raio x, do laboratório (P16).

...percebo que quanto mais experiência e conhecimento tem um profissional mais fácil dele identificar coisas erradas (P15).

Segundo Figueiredo *et al* (2018), os erros de medicação são os de maior prevalência no mundo. Outros estudos corroboram ser o erro de medicação um dos mais frequentes nos espaços de saúde, talvez por ser facilmente percebido e reconhecido (FIGUEIREDO *et al*, 2018; CRUZ *et al*, 2018; SIMAN *et al*, 2021), conforme evidenciado na atual pesquisa.

Os erros de medicação segundo Siman *et al* (2021), SILVA; SANTANA; (2018), podem ser decorrentes da prescrição médica, rotulagem dos produtos, composição, ou falhas na distribuição, administração e monitoramento dos medicamentos. Cruz *et al* (2018), descrevem que os principais erros estão vinculados a doses erradas, perda de dosagem e até mesmo omissão de dose.

O processo de prescrição, preparo, diluição e administração de medicamentos é complexo e envolve diferentes profissionais da saúde, dentre eles o médico, a equipe de enfermagem e da farmácia (RAMOS; PERDIGÃO; OLIVEIRA; 2019; VIERA *et al*, 2019). Exige de toda atenção e controle em todas as suas etapas e podem ser classificados em erro de prescrição, transcrição, distribuição e dispensação, preparação e administração.

O fato dos participantes atribuírem o erro às possíveis falhas de medicação, chama a atenção, por não identificarem outros erros comuns no cotidiano do trabalho. Abaixar a cabeceira do leito, quando não indicado, perda da SNE, extubação acidental, úlcera por pressão, quedas, infecções da corrente sanguínea, flebites, não realizar a desinfecção das superfícies, entre outros, não são identificados como erros, dificultando a adesão de boas práticas.

Considerando a teoria das RS de Moscovici, que são oriundas das práticas do senso comum, pensamento cotidiano atreladas às discussões de grupos ou sociedade que envolvem o conhecimento prévio e científico adquirido pelo indivíduo e compartilhado no social (ALMEIDA; SANTOS; TRINDADE; 2019). Percebe-se que, os participantes evidenciam mais o erro de medicação que pode estar associado a possíveis punições ou talvez por esses erros apresentarem consequências imediatas, não permitindo-os a relacionar outros erros comuns no cotidiano do trabalho.

O Ministério da Saúde estabelece metas e adota estratégias para fortalecer a segurança do paciente, como a identificação segura, evitar quedas e lesão por pressão, cirurgia e administração de medicamentos seguros, comunicação eficaz e higienização das mãos (BRASIL, 2014).

Estudo realizado por Figueiredo *et al* (2018), aponta a necessidade de identificar os erros ocorridos nas unidades de trabalho, uma vez que seu reconhecimento oferece a possibilidade de feedback e apontamentos fundamentais para evitar novos erros e fortalecer a segurança do paciente.

Pensar no erro e nos seus vários modos de existir deve ser considerado um importante começo para que novos erros não aconteçam. Atentar para erros que não evidenciam causalidade imediata, pode ser o ponto chave para uma assistência mais qualificada.

Ademais, aceitar o erro como humano, buscando identificar o que o cerca e suas múltiplas causalidades, auxiliará na criação e implantação de processos baseados em evidências científicas que corroboram para o controle do erro, suas consequências além da adoção de práticas que buscam prevenir, evitar e aprimorar os resultados positivos em saúde (FOGAÇA; GARCIA, 2020; VIERA *et al*, 2019).

No estudo, a falta de atenção, o cansaço, a conversa, o excesso de trabalho são elencados como condições que favorecem o aparecimento do erro. O atendimento na UTI é complexo, exigem dos profissionais envolvidos características pessoais e profissionais, dos gestores e da estrutura organizacional condições de trabalho adequadas para que o erro possa ser minimizado.

Sendo assim, é dever dos profissionais identificá-los, “[...] para garantir a segurança do cliente e o restabelecimento de sua saúde, além de evitar ou minimizar possíveis intercorrências durante sua estadia na instituição (FIGUEIREDO *et al*, 2018, p.122).” Percebe-se que quanto mais o erro for reconhecido, for identificado situações de risco e possíveis causas, mais fácil será para estabelecer propostas que busquem mudanças comportamentais.

Além disso, Mascarenhas *et al* (2019) aponta a necessidade da notificação do erro, e a finalidade do NSP no ambiente de saúde.

A notificação é identificada no estudo como importante para evitar novos erros:

... quando o erro acontece passamos para a enfermeira, a gente comunica, daí depois é notificado principalmente se é alguma coisa mais grave ou se o erro persistir aí notifica (P6).

... todo mundo erra, agora se você errou não custa comunicar a enfermeira, “olha eu errei”(P7).

... se não for uma coisa muito rude que não interfere no seus pacientes pode comunicar o colega cuidar pra não fazer mais e depois comunica a enfermeira aí a enfermeira comunica o médico daí ele vê o que pode ser feito (P6).

As notificações de incidentes, erros e EA, partindo dos profissionais devem ser estimuladas pelas instituições, pois facilita o reconhecimento das ocorrências. Porém, à cultura de punições ainda existente nos ambientes de saúde, as eventualidades que por muitas vezes são subnotificadas, dificultam o reconhecimento da real adoção de medidas preventivas (LIMA *et al*, 2018).

Segundo Siman; Cunha; Brito (2017), as recomendações na realização de notificação dos EA, é o preenchimento voluntário e anônimo dos instrumentos de notificação disponibilizados pelo NSP da instituição. Apesar desses não conseguirem captar a totalidade dos incidentes, irá permitir o reconhecimento e auxiliar nas melhorias do cuidado, na apresentação das características dos erros e em outras situações de risco. Mas, apesar de tudo, muitos profissionais ainda têm consigo que a notificação dos erros leva a punição, o que os leva a subnotificação de muitos dos EA. E ainda, Almeida; Santos; Trindade (2019), nos colocam que na teoria das RS de Serge Moscovici, diz que o indivíduo irá agir conforme o que ele compreende como fenômeno e de acordo com suas experiências vivenciadas. Sendo assim, se algum destes profissionais presenciaram o ato de notificar e ser punido, podem estar transmitindo essa informação e influenciando o restante do grupo.

Dentre as situações que favorecem o aparecimento do erro, os saberes são considerados importante causa. Os achados do presente estudo corrobora com o que descreve Barbosa *et al* (2021), a qual cita que a ausência de conhecimentos e a falta de prática na realização dos procedimentos pode induzir ao erro no decorrer do desenvolvimento da assistência de enfermagem e fazer com que piore a condição de saúde do paciente.

Para Gama *et al* (2022), as principais causas de ocorrência dos erros, são a inexperiência dos profissionais recém formados e a falta de conhecimento. Os participantes reconhecem a necessidade de tirar dúvidas como forma de qualificar o cuidado.

ST:

... tem que ter mais atenção, sempre observar, ler e conversar com o enfermeiro ou o médico, dialogar se tiver dúvida e nunca fazer nada na dúvida (P2).

Autores descrevem também as características do estresse ocupacional como comportamentos físicos e mentais apresentados pelos profissionais ligados aos acontecimentos e às tarefas desenvolvidas no ambiente de trabalho (UENO *et al*, 2017).

Cabe destacar, porém, que no cotidiano do trabalho, além das causas de origem individual, o erro está associado a situações como deterioração do trabalho, escassez de recursos humano, materiais, sobrecarga de trabalho, além da desvalorização financeira (BARRETO *et al*, 2021). Autores como Dias; Silva; Santos (2020) e Barreto *et al* (2021), corroboram sobre a sobrecarga de trabalho, a falta de capacitação, as duplas jornadas de trabalho, os baixos salários, cansaço físico e emocional, que ao longo do tempo podem causar desatenção e influenciar diretamente na ocorrência do erro.

Ueno *et al* (2017), diz que a sobrecarga de trabalho, a pressão psicológica, atos ofensivos, novas tecnologias e a falta de reconhecimento, são fatores estressantes comuns no dia a dia de muitos profissionais. A exposição diária ao estresse gera exaustão e desenvolve prejuízos à saúde dos trabalhadores, aumentando o índice de incidentes e causando mau atendimento aos clientes, sendo assim, é dever da instituição criar medidas para diminuir o nível de estresse dos profissionais (BARRETO *et al*, 2021).

Além disso, segundo Santos (2019), os erros causam danos não só aos pacientes mas também nos profissionais de saúde, fazendo com que muitos sintam angústia, perturbação, culpa, ansiedade, insegurança e cansaço, o que ficou evidenciado nos seguintes ST:

... Quando acontece comigo, eu fico muito mal, minha consciência fica me cobrando o tempo todo, se eu erro, fico muito nervosa (P3).

...Ficamos muito mal. Já aconteceu comigo mas não era uma medicação assim danosa, não chegou a ser administrada, mas aí a tua consciência fica muito ruim, porque fica pensando podia ter acontecido isso, podia ter acontecido aquilo, então, você redobra mais atenção nas próximas (P9).

O estudo traz a palavra conversa, e autores como Biasibetti *et al* (2019); Barreto; Servo; Ribeiro (2020), descrevem que a comunicação é um ótimo método a ser utilizado na

prevenção de incidentes, como uma ferramenta terapêutica, que se dá em forma de diálogo, da interação entre profissional, paciente/familiares, com a troca de informações e experiências vivenciadas. Ademais, no decorrer da assistência, a comunicação efetiva exige a interação social de todos os profissionais envolvidos, como a equipe de saúde, gestores, pacientes e familiares (SANTOS *et al*, 2021). Assim sendo, a comunicação deve ser clara e objetiva, bem estruturada, visando a segurança do paciente, uma vez que quando ela é ineficaz pode ocasionar erros.

Cabe destacar que muitos dos problemas de comunicação ocorrem nas passagens de plantão, no vínculo dos profissionais e destes com o paciente, estando diretamente ligada na qualidade do cuidado (BIASIBETTI *et al*, 2019). Deste modo, a comunicação possibilita transformações de conduta, continuidade do cuidado oferecido beneficiando também na descrição dos incidentes e notificações (FIGUEIREDO *et al*, 2018). Observa-se os ST:

..Sim, notificamos e às vezes recebe até medida disciplinar, se for um erro de um paciente para outro pode acontecer, não presto atenção nos nomes são parecidos, daí tem a advertência. (P14).

...Na verdade a notificação é pra você, não é uma forma de punição, é uma forma de você aprender, orientar o colega e ser orientado, eu falo com a enfermeira mostrando quando acontece, não é seguido que acontecem, é muito difícil acontecer algo, é difícil (P03).

Se por um lado favorece práticas baseadas em discussões, conversas e em evidências científicas, possibilita a partir das práticas de notificação de erros a discussão sobre tais eventos com efeitos que visam reduzir seu aparecimento.

Resende *et al* (2020), nos aponta a importância de que todos os incidentes e EA relacionados à prestação da assistência sejam notificados. Segundo a RDC nº 36/2013, é dever de todos os profissionais realizar a notificação dos eventos ao SNVS.

Segundo o manual de Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (2016), é por meio das notificações que o SNVS analisa os formulários e facilita a aprendizagem continuada, desta maneira, não é destinado a punição, mas sim para promoção e implantação dos cuidados em saúde. A coleta de dados visa melhorar o ambiente, criar protocolo nacional para notificação e minimizar os EA. Ademais, o objetivo da notificação não é punir o profissional, mas sim, melhorar o processo de trabalho e prevenir reincidências dos erros (BRASIL, 2016).

A recomendação é evitar o estresse e punições fortemente atreladas ao erro sem considerar o conjunto de fatores que favorecem a ocorrência do erro. Recomenda-se a implantação de uma cultura de segurança nos ambientes de saúde com mudanças na cultura punitiva para uma cultura de aprendizagem, onde os profissionais possam dialogar, expor e aprender com os erros. A busca é por mudanças de hábitos e implementação de novas estratégias de prevenção (LEMOS *et al*, 2018).

Segundo Lopes; Pontelli; Oliveira (2018), as dificuldades encontradas no cotidiano das equipes de saúde, estão relacionadas com a convivência de sujeitos com diferentes personalidades, havendo falhas na comunicação, falta de comprometimento, déficit de capacitações, sobre carga de trabalho, falta de materiais necessários para desempenhar as funções, formação focada na assistência e a desvalorização trabalho, prejudicando diretamente os cuidados prestados.

Para segurança do paciente é primordial que o trabalho em equipe seja fortalecido para que a divisão e compartilhamento de tarefas seja cotidiano para o alcance dos objetivos (LACCORT; OLIVEIRA; 2017).

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu identificar que a Representação Social do erro está relacionada ao erro de medicação. Ficou evidenciado que outros erros, comuns nas práticas de saúde, não são facilmente reconhecidos ou não é dada a eles a mesma importância que aqueles vinculados às medicações. Mas, por outro lado, as questões abordadas durante as entrevistas podem ter ocasionado de certa forma mudanças de paradigma para os participantes, que podem, não relacionar os erros aos EA e sim atribuir estes erros a uma forma de punição.

As complicações agudas apresentadas pelos pacientes secundárias aos erros de medicação podem ser causas/motivos pelos quais ganham visibilidade. Inúmeras outras situações podem gerar consequências danosas aos pacientes, no entanto, por vezes, não fica explicitamente evidenciado a relação de causalidade entre o evento e a consequência, o que, aparentemente retira do fato em si, do erro, a importância da atenção, do conhecimento, da técnica tão necessários para práticas seguras.

Conclui-se, que ainda há um vasto caminho a ser percorrido, para que haja mudanças de comportamento e na cultura de trabalho destes profissionais, de modo que compreendam com mais clareza e facilidade o erro e a importância da notificação, do debate para além de considerar aspectos punitivos.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araujo. **Teoria das Representações Sociais: 50 Anos**, 2. ed. Brasília: Technopolitik, 2019).

ALVES, Michelle de Fatima Tavares; CARVALHO, Denise Siqueira de; ALBUQUERQUE, Guilherme Sousa Cavalcanti de. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2895-2907, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/VZJJRXcjhPfy5vqCs4BMmFc/?lang=pt>> Acesso em: 19 de ago. de 2022.

BARBOSA, Italo Everton Bezerra *et al.* Segurança do paciente: principais eventos adversos na Unidade Terapia Intensiva, **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Manaus- AM, v.13, n.2, p.1-9, fev. 2021. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6454/4174>> Acesso em: 03 jan. 2023.

BARRETO, Gabrielle Alves da Anunciação *et al.*, Nursing working conditions: an integrative review, **Revisa**, v.10, n.1, p.13-21, Jan-Mar. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p13a21>> Acesso em: 09 jan. 2023.

BARRETO, Rejane Santos, SERVO, Maria Lúcia Silva, RIBEIRO, Amanda Maria Villas Bôas, Representações Sociais Sobre Segurança do Paciente na Ótica de Enfermeiras Intensivistas, **Rev baiana enferm.**, [s.l.], v. 34, n. 36969, p.1-11, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36969/21872>> Acesso em: 30 dez. 2022.

BATISTA, Josemar *et al.*, Prevalência e evitabilidade de eventos adversos cirúrgicos em hospital de ensino do Brasil, **Rev Lat-Am Enfermagem**, Curitiba (PR), v. 27, n. 2939, p. 1-9, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/XpgShVwtVqC78bymt63Scwc/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 22 de fev. 2022.

BIASIBETTI, Cecilia *et al.*, Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas, **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre-RS, v. 40, n. 20180337, p. 1-9, 2019. Disponível em : <<https://www.scielo.br/j/rngenf/a/dQdbGSgdxYBtXphLXsr5khv/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 03 jan. 2023.

BOHOMOL, Elena; MELO, Eliana Ferreira de, Cultura de Segurança do Paciente em Centro Cirúrgico: Percepção da Equipe de Enfermagem, **Rev. Sobecc**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 132-138, set. 2019. Disponível em: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/491/pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BORSON, Lourena Aparecida Machado Godoi; CARDOSO, Michelle da Silva; GONZAGA, Marcia Fêldreman Nunes. A Teoria Ambientalista de Florence Nightingale, **Revista Saúde em Foco**, São Paulo, n.10, p. 1-5, 2018. Disponível em:

<[https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/12/0105\\_A-TEORIA-AMBIENTALISTA-DE-FLORENCE-NIGHTINGALE.pdf](https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/12/0105_A-TEORIA-AMBIENTALISTA-DE-FLORENCE-NIGHTINGALE.pdf)> Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**, Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <[https://www.saude.gov.br/images/imagens\\_migradas/upload/arquivos/2017-09/2017-anvisa---caderno-1---assistencia-segura---uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf](https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2017-anvisa---caderno-1---assistencia-segura---uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf)> Acesso em: 17 de ago. de 2022.

BRASIL, Agência Nacional De Vigilância Sanitária-ANVISA. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**, Brasília-DF, Anvisa, 2016. Disponível em: <[https://www.saude.gov.br/images/imagens\\_migradas/upload/arquivos/2017-09/2016-anvisa---caderno-6---implantacao-nucleo-de-seguranca.pdf](https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2016-anvisa---caderno-6---implantacao-nucleo-de-seguranca.pdf)> Acesso em: 02 jan. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, **Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde**, Brasília – DF, 1ª ed, 2013. Disponível em: <[https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/5%20Investiga%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_Eventos%20em%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%BAde.pdf](https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/5%20Investiga%C3%A7%C3%A3o_de_Eventos%20em%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%BAde.pdf)> Acesso em: 23 de jan. 2022.

BRASIL. Decreto n.94.406 de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências, Ministério da Saúde: [Brasília], 1987. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687\\_4173.html?fbclid=IwAR0F7EIRZQ1\\_D8FxxMg2bIiJffBc2uT8-WSHtNC05DAMtRqFL1RiDBSXLj0](http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html?fbclid=IwAR0F7EIRZQ1_D8FxxMg2bIiJffBc2uT8-WSHtNC05DAMtRqFL1RiDBSXLj0)> Acesso em: 22 jan. 2023.

BRASIL, Lei n. 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Ministério da Saúde: [Brasília], 1986. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html?fbclid=IwAR3ICpDp8Fm8hYBuoMYqfwRL1Z2\\_7A2zAFebWYU9ajMHStD-6wC64Bue64U](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html?fbclid=IwAR3ICpDp8Fm8hYBuoMYqfwRL1Z2_7A2zAFebWYU9ajMHStD-6wC64Bue64U)> Acesso em: 22 jan. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**, Brasília-DF, 2014. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)> Acesso em: 05 de jan. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 529, de 1º de Abril de 2013, **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**, Diário Oficial da União, 01 de abr 2013. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)> Acesso em: 05 de jan. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Protocolo de Identificação do Paciente**, Brasília-DF, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/seguranca-do-paciente/protocolo-de-identificacao-do-paciente.pdf/view>> Acesso em: 17 jan. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Protocolo para Cirurgia Segura**, Brasília-DF, 2013. Disponível em:

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/seguranca-do-paciente/protocolo-cirurgia-segura.pdf/view>> Acesso em: 17 jan. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Protocolo para Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde**, Brasília-DF, 2013. Disponível em:

<[https://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot\\_higiene\\_das\\_maos.pdf](https://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_higiene_das_maos.pdf)> Acesso em: 17 jan. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão**, Brasília-DF, 2013. Disponível em:

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/seguranca-do-paciente/protocolo-ulcera-por-pressao.pdf/view>> Acesso em: 17 jan. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos**, Brasília-DF, 2013. Disponível em:

<[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4563327/mod\\_resource/content/1/2013%20Protocolo%20de%20seguran%C3%A7a.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4563327/mod_resource/content/1/2013%20Protocolo%20de%20seguran%C3%A7a.pdf)> Acesso em: 17 jan. 2023.

BRASIL, Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, Brasília-DF, 2012. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 05 jan. 2023.

BRASIL, Resolução - RDC nº 36, de 25 de Julho de 2013, **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília-DF, 2013. Disponível

em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.htm](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.htm)> Acesso em: 05 jan. 2023.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria, **Tutorial para o uso do software IRAMUTEQ**, Florianópolis, [s.n.], nov. 2018. Disponível em:

<<http://iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>> Acesso em: 04 jan. 2022.

COSTA et al, Natália Nunes, O Retrato dos Eventos Adversos em uma Clínica Médica: Análise de uma Década, **Rev.Cogitare Enferm.**, Goiânia (GO), v. 21, [s.n.], p. 01-10, mar./jul., 2016. Disponível em:

<<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1523/45661-184779-1-pb.pdf>> Acesso em: 05 de jan. 2022.

CRUZ, Franciele Ferreira da *et al*, Segurança do Paciente na UTI: Uma Revisão da Literatura, **Revista Científica FacMais**, [s.l.], v. 12, n. 1, p. 167-187, jan. 2018. Disponível em:

<<https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2018/06/12.-SEGURAN%C3%87A-DO-PACIENTE-NA-UTI-UMA-REVIS%C3%83O-DA-LITERATURA.pdf>> Acesso em: 05 dez. 2022.

DIAS, Beatriz Barbosa, SILVA, Isabela Cristina da, SANTOS, Kate Winslet Siqueira dos, **Incidentes e Eventos Adversos em Unidade de Terapia Intensiva**, 2020, 50f. Dissertação (Graduação em Enfermagem) - Bacharelado em Enfermagem, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2020. Disponível em:

<<https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1040/1/TCC%20III%20ENF>

%20Incidentes%20e%20eventos%20adversos.pdf> Acesso em: 26 nov. 2022.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado *et al*, Segurança do paciente: compreendendo o erro humano na assistência de enfermagem em terapia intensiva, **Rev Esc Enferm USP**, Rio de Janeiro, v. 52, n.03406, p.1-8, jul. 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/bHBtxsXZJbrWskBhdnKmtWQ/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 11 dez. 2022.

FIGUEIREDO, Mirela Lopes de *et al*, Análise da ocorrência de incidentes notificados em hospital-geral, **Rev Bras Enferm**, [s.l.], v. 71, n. 1,p. 121-130, 2018. Disponível

em:<<https://www.scielo.br/j/reben/a/KtjYvLrRSfvZtFFJcCyrCft/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 30 dez.2022.

FOGAÇA, Fabiane Cristina, GARCIA, Marize Aparecida Theobaldo, Segurança do Paciente no Ambiente Hospitalar: Os Avanços na Prevenção de Eventos Adversos no Sistema de Medicação, **Revista Científica Eletrônica de Ciências Aplicadas da FAIT**, Itapeva-SP, n. 2, p, 1-15, maio. 2020. Disponível em:

<[http://www.fait.revista.inf.br/imagens\\_arquivos/arquivos\\_destaque/CgEwTrsnqGWcOpM\\_2020-9-1-19-53-18.pdf](http://www.fait.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/CgEwTrsnqGWcOpM_2020-9-1-19-53-18.pdf)> Acesso em: 09 dez. 2022.

FONSECA, Priscila Nayara de Oliveira, SANTOS, Thiago Rodrigues da Silva, Causas de subnotificação de eventos adversos por profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa, Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)(Bacharelado em Enfermagem), Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac, Brasília-DF 2019. Disponível em:

<[https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/319/1/Thiago\\_Santos\\_0001843\\_Priscila\\_Fonseca\\_0001837.pdf](https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/319/1/Thiago_Santos_0001843_Priscila_Fonseca_0001837.pdf)> Acesso em: 24 de ago. de 2022.

FOSCHI, Elisa Porciuncula *et al*, Realidade da Ocorrência de Eventos Adversos em Internação cirúrgica: Estudo Quantitativo e Descritivo, Florianópolis-SC, **Enferm Foco**, [s.l.], v.12, n. 3, p. 436-441, 2021. Disponível em:

<<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3407/1184>> Acesso em 11 jun. 2022.

GAMA, Daniely Oliveira Nunes *et al*, Caracterização da produção científica sobre erro no trabalho em saúde. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 35, n. 003562, p. 1-8, ago. 2022.

Disponível em:

<[https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/1982-0194-ape-35-eAPE003562/1982-0194-ape-35-eAPE003562.x42714.pdf](https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-35-eAPE003562/1982-0194-ape-35-eAPE003562.x42714.pdf)> Acesso em: 24 jan. 2023.

HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa *et al*, Reflexões sobre sistemas de notificação de incidentes de segurança do paciente, **Rev Bras Enferm**, [s.l.], v.74, n.1, 2021. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/reben/a/CvntWZSdnnzxwzxc87cj8n/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 21 de ago. de 2022.

HRO. Hospital Regional do Oeste. O HRO Hospital Regional do Oeste. Chapecó, 2021.

Disponível em: <<https://hro.org.br/o-hro/>> Acesso em: 24 jan. 2023.

IBGE, Instituto brasileiro de geografia e estatística, Censo Brasileiro, Chapecó, 2021.

Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/chapeco/panorama>> Acesso em: 24 jan. 2023.

JESUS, Alzenir Maria de, MORAIS, Caroline Reis, ALMEIDA, Hendyara Oliveira Carvalho, Eventos Adversos Relacionados à Assistência em Serviços de Saúde: Um Desafio para a Segurança do Paciente, **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju, v. 6, n. 2, p. 11-22, 2020. Disponível em:

<<https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/7228/4195>> Acesso em: 16 de set. de 2022

KAMI, Maria Terumi Maruyama *et al.* Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa, **Esc Anna Nery**, v.20, n.3, p. 1-5, jul-set, 2016. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ean/a/DhLnCPmsfvdTLs68XPP64qQ/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 04 jan. 2023.

LACCORT, Alessandra de Almeida, OLIVEIRA, Grasiela Becker de, A Importância do Trabalho em Equipe no Contexto da Enfermagem, **Revista UNINGÁ Review**, Maringá-PR, v.29, n. 3, p. 06-10, fev., 2017. Disponível em: <<https://revista.uninga.br/uningareviews/article/view/1976>> Acesso em: 07 jan. 2023.

LEMOS, Grazielle de Carvalho *et al.*, A Cultura de Segurança do Paciente no Âmbito da Enfermagem: Reflexão Teórica, **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [s.l.], v. 8, n. 2600, p. 1-10, 2018. Disponível em:

<<http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/2600/1880>> Acesso em: 09 jan. 2023.

LIMA, Sônia Maria Silvestre de *et al.*, Percepção dos profissionais de saúde das limitações à notificação do erro/ evento adverso, **Revista de Enfermagem**, Coimbra, v. 4, n. 19, p. 90-110, out. 2018. Disponível em:

<<https://www.redalyc.org/journal/3882/388258241011/388258241011.pdf>> Acesso em: 22 jan. 2023.

LOPES, Lizandra Fernandes, PONTELLI, Bartira Palin Bortolan, OLIVEIRA, Rinaldo Eduardo Machado De, Gerência de Enfermagem e Trabalho em Equipe na Atenção Básica: Uma Revisão de Literatura, **Revista Fafibe**, Bebedouro- SP, v.11, n. 1, p. 108-116, 2018. Disponível em:

<<https://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/81/23052019172334.pdf>> Acesso em: 07 jan. 2023.

MAIA, Christiane Santiago *et al.*, Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016, **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 1-10, 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/pdf/ress/2018.v27n2/e2017320/pt>> Acesso em: 02 fev. 2022.

MARINHO, Monique Mendes *et al.*, Resultados de intervenções educativas sobre segurança do paciente na notificação de erros e eventos adversos. **Rev baiana enferm**, Florianópolis, v. 32, n. 25510, 2018.

MARKOVÁ, Ivana, The Making of The Theory of Social Representations, **Cadernos de Pesquisa**, [s.l.], v.47, n.163, p.358-374, jan./mar. 2017. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/cp/a/3VdRjVMytzZqPRjWPkPNKTG/?format=pdf&lang=en>>  
Acesso em: 24 jan. 2023.

MARQUES, Andressa Theodoro *et al*, Avaliação da técnica de higienização das mãos e sua relação com segurança do paciente, **Glob Acad Nurs**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 1-11, mar. 2021. Disponível em:  
<<https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/281/421>> Acesso em: 15 de jul. de 2022.

MASCARENHAS, Franciane Aceli de Souza *et al*, Facilidades e Dificuldades dos Profissionais de Saúde Frente ao Processo de Notificação de Eventos Adversos, **Texto & Contexto Enfermagem**, [s.l.], n. 20180040, v. 28, p. 1-15, 2019. Disponível em:  
<<https://www.scielo.br/j/tce/a/ypg7nybyXdxtwK6Ddvx5gLQ/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 27 dez.2022.

NASCIMENTO, Luciana de Cassia Nunes *et al*. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares, **Rev Bras Enferm**, [s.l.], v. 1, n. 71, p. 243-248, 2018. Disponível em:  
<<https://www.scielo.br/j/reben/a/SrfhX6q9vTKG5cCRQbTFNwJ/?format=pdf&lang=pt>>  
Acesso em: 04 fev. 2023.

OLIVEIRA, Júlian Katrin Albuquerque de *et al*, Segurança do paciente na assistência de enfermagem durante a administração de medicamentos, **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [s.l.], v. 26, n. 3017, p. 1-8, 2018. Disponível em:  
<<https://www.scielo.br/j/rlae/a/wnNqM4sNGTGyRhhSgGVPwpf/?format=pdf&lang=pt>>  
Acesso em: 23 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente**. Lisboa, 2011. Disponível em:  
<<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Estrutura%20Conceitual%20da%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20Int%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente.pdf>> Acesso em: 02 fev. 2022.

PRESTES, Andréa *et al*, **Manual do gestor hospitalar**, Brasília: Federação Brasileira de Hospitais, [s.n.], 2019. Disponível em:  
<[http://fbh.com.br/wp-content/uploads/2020/11/MANUAL-FBH\\_web.pdf](http://fbh.com.br/wp-content/uploads/2020/11/MANUAL-FBH_web.pdf)> Acesso em 17 de jul. 2022.

RAFTER, Natascha *et al*, The Irish National Adverse Events Study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals--a retrospective record review study. **BMJ Qual Saf.**, Dublin (Irlanda), v. 26, n. 2, 2017. Disponível em:  
<<https://qualitysafety.bmj.com/content/26/2/111.short>> Acesso em: 06 mar.2022.

RAMOS, Susana, PERDIGÃO, Paula, OLIVEIRA, Rita Palmeira de, Erros relacionados aos medicamentos, In: \_\_\_\_\_, **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**, SOUSA, Paulo, MENDES, Walter, 2 ed, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2019. Disponível em:  
<[https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=lang\\_pt&id=fojUDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA161&dq=cinco+certos+administra%C3%A7%C3%A3o+medicamentos&ots=jskIGbDBIC&sig=kEOkmhczpxgRRkLpk\\_Rmb\\_Rcf4#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=lang_pt&id=fojUDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA161&dq=cinco+certos+administra%C3%A7%C3%A3o+medicamentos&ots=jskIGbDBIC&sig=kEOkmhczpxgRRkLpk_Rmb_Rcf4#v=onepage&q&f=false)> Acesso em: 11

dez. 2022.

ROSAS-VARGAS, Laura; ZÁRATE-GRAJALES, Rosa Amarilis. Validación del instrumento “Factores asociados a la notificación de eventos adversos por el personal de salud”, **Rev. Enferm. Inst. Max. Seguro. Soc.**, México, v. 25, n. 3, p. 227-232, 2017. Disponível em: <<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim173j.pdf>> Acesso em: 17 de ago. de 2022.

RESENDE, Ana Lúcia da Costa *et al*, A importância da notificação de eventos adversos frente à segurança do paciente e à melhoria da qualidade assistencial: uma revisão bibliográfica, **Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health**, [s.l.], v. sup., n. 39, p. 1-7, fev., 2020. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2222/1250>> Acesso em: 04 jan. 2023.

ROCHA, Fernanda Rego Pereira dos Santos da, NOVAES, Cristiane de Oliveira, Abordagens para notificação de incidentes e eventos adversos em hospitais de grande porte: Revisão integrativa, **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 11, n. 4, p.1-13, 2022. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/27423/24121>> Acesso em: 19 de ago. de 2022.

SALVADOR, Pétala Tuani Candido de Oliveira *et al*, Uso do *Software* IRAMUTEQ nas Pesquisas Brasileiras da área da Saúde: Uma *Scoping Review*, **Rev Bras Promoç Saúde**, [s.l.], v.31, [s.n.], p. 1-9, nov., 2018. Disponível em: <<https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/8645/pdf>> Acesso em: 04 jan. 2023.

SANTOS, Calize Oliveira dos, **Educação Permanente da Assistência: Uma Sensibilização para Notificação de Eventos Adversos a Medicamentos**, 2019, 112f. Dissertação (Pós-Graduação) Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde, Porto Alegre, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.ufcsa.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1715/1/%5bDISSERTA%20c%27%20%20Santos%20Calize%20Oliveira%20dos.pdf>> Acesso em: 03 jan. 2023.

SANTOS, Tatiane de Oliveira *et al*, Comunicação efetiva da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente em ambiente hospitalar, **Rev. Mult. Psic.**, [s.l.], v.15, n. 55, p.159-168, maio, 2021. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3030/475>> Acesso em: 06 jan. 2023.

SILVA, Marcelo Flávio Batista da, SANTANA, Jefferson da Silva, Erros na Administração de Medicamentos Pelos Profissionais de Enfermagem, **Arq. Catarin Med.**, [s.l.], n. 4, v. 47, p. 146-154, dez. 2018. Disponível em: <<https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/359/321>> Acesso em: 05 dez. 2022.

SILVA, Tatiana Gaffuri, Representações Sociais dos Profissionais da Enfermagem Sobre Segurança do Paciente na Unidade de Terapia Intensiva, 2021, 129f. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/220532/PNFR1191-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>> Acesso em: 03 de jan.2023.

SIMAN, Andréia Guerra *et al*, Erro de Medicação: Concepção e Conduta da Equipe de Enfermagem, **Rev Fund Care**, [s.l.], v. 13, n. 7853, p. 109-116, jan/dez. 2021. Disponível em: <[http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7853/pdf\\_1](http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7853/pdf_1)> Acesso em: 30 dez. 2022.

SIMAN, Andréia Guerra, CUNHA, Simone Grazielle Silva, BRITO, Maria José Menezes, A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino, **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 51, n. 03243, p. 1-8, nov./mar., 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/TF3cXD3jQsqgyrPvWCTWMcx/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 10 mar. 2022.

SOUZA, Jaqueline Fátima de; VITURI, Dagmar Willamowius. Notificações de incidentes relacionados à segurança do paciente como ferramenta de gestão para a mudança da cultura organizacional, **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Londrina (PR), v. 17, n. 237, p. 1-10, ago./jan., 2019. Disponível em: <[file:///C:/Users/Philco/Downloads/237-Artigo-524-1-10-20190110%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Philco/Downloads/237-Artigo-524-1-10-20190110%20(3).pdf)> Acesso em: 04 mar. 2022.

SOUZA, Marli Aparecida Rocha de *et al*. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas, **Rev Esc Enferm USP**, Curitiba, v. 52, n. 03353, p. 1-7, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pPCgsCCgX7t7mZWfp6QfCcC/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 04 jan. 2023.

UENO, Larissa Gabrielle Souza *et al*, Estresse Ocupacional: Estressores Referidos pela Equipe de Enfermagem, **Rev enferm UFPE**, Recife, n.4, v.11, p.1632-1638, abr., 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/15232/18002>> Acesso em: 09 jan. 2023.

VIERA, Tatiane dos Santos *et al*, A percepção dos técnicos de enfermagem quanto aos erros no preparo e administração de medicamentos, **Saúde Coletiva**, Barueri-SP, n.51, v.09, p. 1899-1906, nov. 2019. Disponível em:<<https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/174/168>> Acesso em 26 dez. 2022.

## **APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UFFS

### **TÍTULO DA PESQUISA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL GERAL SOBRE EVENTOS ADVERSOS**

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM QUE ATUAM EM UMA UTI DE UM HOSPITAL GERAL SOBRE EVENTOS ADVERSOS”. Desenvolvida por Maricler de Lourdes Bento Dellalibera, discente de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Chapecó, sob orientação da Professora Dra. Tatiana Gaffuri da Silva. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido bem como o projeto ao qual faz parte estão fundamentados na Resolução CNS 466/12.2. A equipe formadora é constituída pelo pesquisador principal e orientador, Tatiana G. da Silva, o co-orientador Tiago Labres e o pesquisador discente Maricler L. B. Dellalibera. Assim sendo, caracteriza-se por incorporar referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Enquanto pesquisador cumprirei os termos da resolução 466/12.2. O objetivo central do estudo é: Analisar as representações sociais dos eventos adversos para os profissionais da enfermagem que atuam em uma UTI de um hospital geral na assistência oferecida. Sua participação se deve à sua atuação ser superior há seis meses no ambiente da terapia intensiva, tempo considerado necessário e suficiente para compreender os processos de trabalho, sentir-se parte da equipe por meio do compartilhamento de ideias que sustentam e embasam a forma de pensar e agir no cotidiano do serviço. A participação na pesquisa ocorrerá por meio de: a) entrevista gravada e posteriormente transcrita. A entrevista será gravada mediante seu consentimento. Assim sendo, peço sua autorização para gravação de voz:

( ) Autorizo a gravação de minha entrevista.

( ) Não autorizo.....

Isso será feito para que as respostas possam ser transcritas, e, posteriormente, analisadas. As

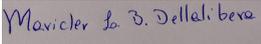
entrevistas serão previamente agendadas, conforme sua disponibilidade de data e horário, medidas realizadas em nome da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Essa coleta (entrevista) será realizada no ambiente que desejar, conforme adequação de sua agenda e da pesquisadora entrevistadora. Os dados obtidos serão usados para esta pesquisa, com a finalidade prevista no projeto e para publicações futuras relacionadas ao tema. Asseguramos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o seu anonimato e a sua imagem. Os dados serão arquivados por cinco anos no computador do pesquisador principal. As medidas a serem adotadas caso os riscos identificados venham a se concretizar, tanto para os participantes, como para as instituições envolvidas na coleta de dados, será conforme descrito oferecer apoio psicológico e indenização a ser estipulada conforme orientação legal e paga pelos pesquisadores. Os riscos serão evitados por meio do compromisso assumido entre pesquisadores e participantes. Qualquer dúvida que tenha antes ou durante a pesquisa, estaremos à disposição para respondê-las. Acreditamos que este estudo possibilitará implementar intervenções na busca pelo cuidado qualificado os quais poderão estimular as instituições, docentes e discentes a pensar/criar possibilidades para o enfrentamento deste fenômeno, ademais, os benefícios relacionados contribuem para a segurança do paciente, melhora na qualidade dos serviços oferecidos e ampliar o conhecimento relacionado aos eventos adversos. O Sr (a) não terá custos, nem compensações financeiras. No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, mesmo que não haja previsão de custos, haverá ressarcimento em dinheiro ou depósito em conta corrente. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente de sua participação no estudo, terá direito à indenização, conforme descrito acima, custeada pelos pesquisadores. Informamos que esta pesquisa poderá oferecer riscos de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais em relação às situações vivenciadas, podendo aflorar sentimentos por relembrar fatos e situações. Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária. A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 30 minutos. A participação na pesquisa poderá causar riscos de dano emocional, ao lembrar de fatos que possa ter vivenciado durante seu cotidiano, neste caso, podemos interromper e continuar em outro momento se desejar, também posso lhe ofertar um

amparo por meio de ausculta terapêutica das suas particularidades, a fim de que supere o sentimento causado por lembranças e ainda. Outro risco iminente é o de quebra de sigilo de informações, o qual será evitado, pois o participante não terá seu nome divulgado (podendo ser utilizados nomes fictícios nos resultados da pesquisa). Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, físico ou digital, por um período de cinco anos, no computador do pesquisador e sob sua responsabilidade. Após cinco anos os dados serão excluídos de forma permanente. Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Ao término, a pesquisa será apresentada aos participantes, a equipe da UTI e para outros colaboradores do Hospital pesquisado que tiverem interesse em participar (convite aberto). No dia da apresentação do TCC, todos serão convidados a participar. Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador. Não receberá cópia deste termo, mas apenas uma via. Desde já agradecemos sua participação. Para a realização desta pesquisa será respeitado todos os critérios estabelecidos na Resolução 466 de 2012.

CAAE: 61108422.6.0000.5564,

Número do Parecer de aprovação no CEP/UFS: 5.644.603

Data de Aprovação: 15 de setembro de 2022.

Assinatura do Pesquisador Responsável: 

Contato profissional com o(a) pesquisador(a) responsável:

Tel: 55 – 49 – 988147371

e-mail: maricler28@estudante.ufs.edu.br

Endereço para correspondência: Bairro: Efapi, Loteamento Colina do Sol, Rua: Boa Ventura Alves da Silva, nº 262, CEP: 89809-655, Chapecó - SC.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFS:

Tel e Fax - (055) 49- 2049-3745

E-Mail: cep.ufs@ufs.edu.br

[http://www.ufs.edu.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2710&Itemid=1101&site=proppg](http://www.ufs.edu.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2710&Itemid=1101&site=proppg)

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS - Comitê de  
Ética em Pesquisa da UFFS, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul,  
CEP 89815-899 Chapecó - Santa Catarina – Brasil)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo  
em participar.

Nome completo do (a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Semi Estruturada Profissionais da Saúde**

Características dos participantes

Nome :

Idade:

Sexo e Gênero:

Estado civil: ( ) casado/união estável ( ) solteiro ( ) divorciado/separada(o) ( ) viúvo

Cor da pele: ( ) preto ( ) branco ( ) pardo ( ) outra:

Escolaridade:

Profissão:

Ocupação:

Quanto tempo você é formado e quanto tempo atua na instituição? \_\_\_\_\_

Questões norteadoras.

O que o erro significa para você?

Quando o erro acontece?

Em quais situações o erro mais acontece?

Quem mais comete erros no cotidiano do trabalho?

Como você lida com o erro?

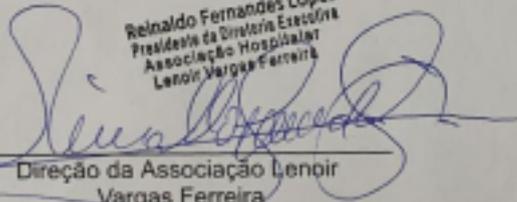
## APÊNDICE C - Declaração de Ciência e Concordância da Instituição Envolvida

### DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, Sérgio Thomazoni, o representante legal da instituição Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira envolvida no projeto de pesquisa intitulado Representações Sociais dos Profissionais da Enfermagem de uma UTI de um Hospital Geral Sobre Eventos Adversos declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes, bem como apresentar cópia de parecer do CEP junto a esta Instituição antes do início da coleta de dados.



Pesquisador Responsável/Professor  
Orientador

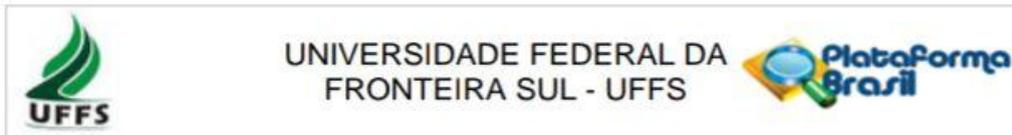


Reinaldo Fernandes Lopes  
Presidente da Diretoria Executiva  
Associação Hospitalar  
Lenoir Vargas Ferreira

Direção da Associação Lenoir  
Vargas Ferreira

Chapecó-SC, 29 de junho de 2022

## ANEXO A - Parecer Substanciado o CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM DE UMA UTI DE UM HOSPITAL GERAL SOBRE EVENTOS ADVERSOS

**Pesquisador:** Tatiana Gaffuri da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 61108422.6.0000.5564

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.644.603

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de reapresentação do protocolo de pesquisa, para o qual a pesquisadora responsável respondeu adequadamente todas as pendências indicadas no parecer.

**Objetivo da Pesquisa:**

Transcrição dos objetivos

Objetivo Primário:

Analisar como as representações sociais dos profissionais da enfermagem que atuam em uma UTI de um hospital geral sobre eventos adversos repercutem na assistência de enfermagem oferecida

Objetivo Secundário:

Identificar as representações sociais dos profissionais da enfermagem que atuam em em uma UTI de um hospital geral sobre eventos adversos;

Reconhecer o significado de evento adverso para profissionais da enfermagem que atuam em uma UTI de um hospital geral.

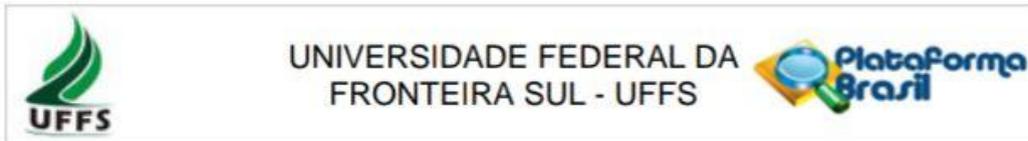
**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Transcrição dos riscos e benefícios

Riscos:

Para o desenvolvimento desta pesquisa e para evitar riscos aos participantes será respeitado a

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.802-112  
**UF:** SC **Município:** CHAPECÓ  
**Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



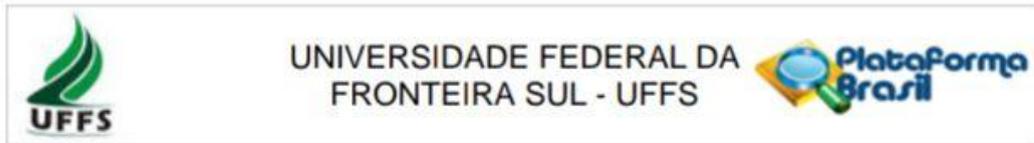
Continuação do Parecer: 5.644.603

Resolução Nº 466 do CNS (2012) a qual implica entre outras coisas: a) respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; c) garantia de que danos previsíveis serão evitados; d) assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros; e) respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, como também os hábitos e costumes, quando as pesquisas envolverem comunidades; f) assegurar aos participantes da pesquisa as condições de acompanhamento, tratamento, assistência integral e orientação se assim for necessário. Nestes casos será oferecido apoio psicológico conforme disposto no TCLE deste projeto com custeio pelo pesquisador. As medidas a serem adotadas caso os riscos identificados venham a se concretizar, tanto para os participantes, como para as instituições envolvidas na coleta de dados será conforme descrito oferecer apoio psicológico e indenização a ser estipulada conforme orientação legal e paga pelos pesquisadores. Os riscos serão evitados por meio do compromisso assumido entre pesquisadores e participantes. Outro risco iminente é o de quebra de sigilo de informações, o qual será evitado, pois o participante não terá seu nome divulgado.

**Benefícios:**

Este estudo possibilitará implementar intervenções na busca pelo cuidado qualificado os quais poderão estimular as instituições, docentes e discentes a pensar/criar possibilidades para o enfrentamento deste fenômeno, ademais, os benefícios relacionados contribuem para a segurança do paciente, melhora na qualidade dos serviços oferecidos e ampliar o conhecimento relacionado aos eventos adversos.

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.802-112  
**UF:** SC **Município:** CHAPECÓ  
**Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.644.603

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de reapresentação do protocolo de pesquisa, para o qual a pesquisadora responsável respondeu adequadamente todas as pendências indicadas no parecer.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora responsável anexou adequadamente os documentos.

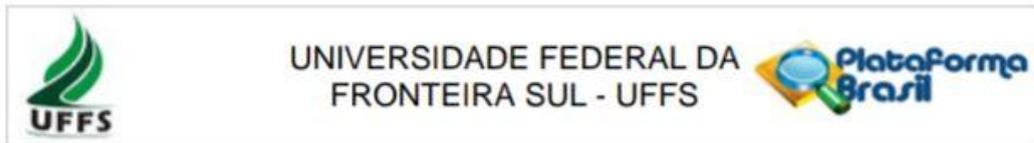
**Recomendações:**

# Considerando a atual pandemia do novo coronavírus, e os impactos imensuráveis da COVID-19 (Coronavirus Disease) na vida e rotina dos/as Brasileiros/as, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) recomenda cautela ao/à pesquisador/a responsável e à sua equipe de pesquisa, de modo que atentem rigorosamente ao cumprimento das orientações amplamente divulgadas pelos órgãos oficiais de saúde (Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde). Durante todo o desenvolvimento de sua pesquisa, sobretudo em etapas como a coleta de dados/entrada em campo e devolutiva dos resultados aos/às participantes, deve-se evitar contato físico próximo aos/às participantes e/ou aglomerações de qualquer ordem, para minimizar a elevada transmissibilidade desse vírus, bem como todos os demais impactos nos serviços de saúde e na morbimortalidade da população. Sendo assim, sugerimos que as etapas da pesquisa que envolvam estratégias interativas presenciais, que possam gerar aglomerações, e/ou que não estejam cuidadosamente alinhadas às orientações mais atuais de enfrentamento da pandemia, sejam adiadas para um momento oportuno. Por conseguinte, lembramos que para além da situação pandêmica atual, continua sendo responsabilidade ética do/a pesquisador/a e equipe de pesquisa zelar em todas as etapas pela integridade física dos/as participantes/as, não os/as expondo a riscos evitáveis e/ou não previstos em protocolo devidamente aprovado pelo sistema CEP/CONEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências e/ou inadequações éticas, baseando-se nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, e demais normativas complementares. Logo, uma vez que foram procedidas pelo/a pesquisador/a responsável todas as correções apontadas pelo parecer consubstanciado, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) julga o protocolo de pesquisa adequado para, a partir da data deste novo parecer consubstanciado, agora de APROVAÇÃO, iniciar as etapas de coleta de dados e/ou

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.802-112  
**UF:** SC **Município:** CHAPECO  
**Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.644.603

qualquer outra que pressuponha contato com os/as participantes.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento “Deveres do Pesquisador”.

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

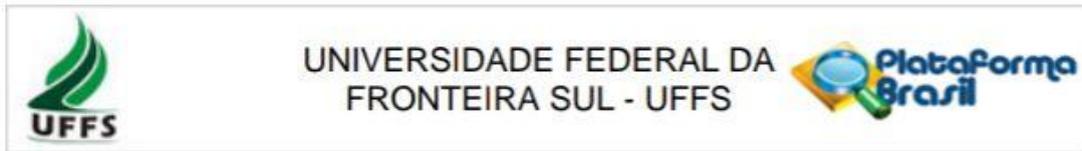
Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a “central de suporte” da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

<b>Endereço:</b> Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar	
<b>Bairro:</b> Área Rural	<b>CEP:</b> 89.802-112
<b>UF:</b> SC	<b>Município:</b> CHAPECO
<b>Telefone:</b> (49)2049-3745	<b>E-mail:</b> cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.644.603

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1956793.pdf	07/09/2022 16:37:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_final_maricler.docx	07/09/2022 16:27:53	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Outros	Carta_Resposta_Maricler.docx	07/09/2022 16:26:57	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_maricler.docx	07/09/2022 16:26:34	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Outros	Roteirodeentrevista.docx	29/08/2022 14:40:47	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	29/08/2022 14:39:17	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Outros	carta_resposta.docx	29/08/2022 14:38:57	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_final.docx	29/08/2022 14:37:25	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Outros	HRO.jpeg	23/08/2022 10:23:28	Sarah Franco Vieira de Oliveira Maciel	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	27/07/2022 23:16:37	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Declaração de concordância	declaracao.pdf	08/06/2022 14:19:55	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	08/06/2022 14:17:07	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CHAPECO, 15 de Setembro de 2022

Assinado por:  
Renata dos Santos Rabello  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.802-112  
**UF:** SC **Município:** CHAPECO  
**Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br