



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Tatiana Gaffuri da Silva

**Representações sociais dos profissionais da enfermagem sobre segurança do paciente na  
Unidade de Terapia Intensiva**

Florianópolis  
2021

Tatiana Gaffuri da Silva

**Representações sociais dos profissionais da enfermagem sobre segurança do  
paciente na Unidade de Terapia Intensiva**

Tese submetida ao Programa de Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Eliane Regina Pereira do Nascimento, Dra.

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Tatiana Gaffuri da  
Representações sociais dos profissionais da enfermagem  
sobre segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva  
/ Tatiana Gaffuri da Silva ; orientadora, Eliane Regina  
Pereira do Nascimento, 2021.  
129 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Unidade de Terapia Intensiva. 3.  
Segurança do paciente. 4. Enfermagem. 5. Medidas de  
segurança. I. Nascimento, Eliane Regina Pereira do. II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem. III. Título.

Tatiana Gaffuri da Silva

**Representações sociais dos profissionais da enfermagem sobre segurança do paciente  
na Unidade de Terapia Intensiva**

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, Dra.  
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Profa. Daniele Delacanal Lazzari, Dra.  
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Profa. Valéria Faganello Madureira, Dra.  
Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

---

Profa. Jussara Gue Martini, Dra.  
Coordenadora do Programa

---

Profa. Eliane Regina Pereira do Nascimento, Dra.  
Orientadora

Florianópolis, 2021

## AGRADECIMENTOS

Percorrer o caminho do doutoramento ressignificou minha vida, cresci, mudei, melhorei. Neste processo de desenvolvimento, inúmeras foram as participações especiais.

### **À minha mãe Hedi!**

Amor sem fim e gratidão eterna por tudo que fizeste e faz por mim. Nem todas as palavras do mundo poderiam expressar o que representa na minha vida. És uma fortaleza, sempre em prontidão, cuidando, ajudando, não importa como, quando ou onde. Apoio incondicional, presente em todos os momentos. Obrigada mãe, Amo você!

### **Ao meu pai Adalino!**

Você foi o começo de tudo, gigante, especial demais, sempre acreditou em mim. Meu amor por você é pra sempre! (*In memoriam*)

### **Ao meu marido Paulo!**

Amor e gratidão. Neste caminhar juntos, vivemos tantas coisas, períodos mais fáceis, outros mais difíceis, sempre estimulou meu caminhar, minhas vitórias, sem importar o quanto ausente estaria e por quantas vezes. Sem teu apoio, teu carinho, e em especial teu amor, tudo seria mais difícil, o fardo seria mais pesado se não fosse dividido. Amo você!

### **Meus filhos amados Julia e Vítor!**

Desde cedo entenderam que as viagens, a constância no computador faz parte da minha vida. Quando cresço, vocês crescem comigo, ampliam seu modo de ver e entender o mundo. Que nossos voos sejam longínquos no conhecimento, na sabedoria e na luta por um mundo melhor. Quando um de nós ganha, todos nós ganhamos! Obrigada meus amores, vocês são a razão da minha vida!

### **Às minhas irmãs Giovana e Ticiania!**

Agradeço por compreenderem que os meus desejos são maiores que eu, que sou diferente, mas que meu amor é eterno.

### **À minha amiga Valéria!**

Não tenho palavras pra agradecer, a presença, a amizade, a confiança, a parceria, um pouco mãe, um pouco irmã, gratidão por ter você na minha vida.

### **Aos meus amigos queridos: Silvia, Alexandra, Anderson e Leoni!**

Participações mais do que especiais. Cada um de vocês é presença única na minha vida, da sua forma, do seu jeito, são presentes. Com vocês a caminhada é mais alegre, mais amorosa, mais feliz. Moram no meu coração!

**À minha Orientadora Professora Eliane Regina Pereira do Nascimento!**

Agradeço a confiança em mim depositada. Obrigada pelo apoio recebido durante a construção da Tese, pela possibilidade de entrar em campo prático na UTI e participar das aulas de simulação clínica. Apontou caminhos. Aprendi muito contigo. Tua postura como reflexo de teus valores ensina muito. Especial pra sempre. Obrigada de coração.

**Lucas, meu sobrinho!**

Querido, foi muito bom estar contigo, momentos da vida que não tem preço.

**Aos colegas de turma do doutorado!**

Em especial à Pâmela e à Daiane, foi muito bom tê-las conhecido e compartilhado vivências.

**Ao GEASS!**

Ao Laboratório de Pesquisa no Cuidado de Pessoas em Situações Agudas de Saúde (GEASS), obrigada pelos momentos compartilhados.

**À UFSC!**

À Universidade Federal de Santa Catarina e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por proporcionarem um ambiente de aprendizagem.

**Aos membros das bancas!**

Aos membros da banca de qualificação e defesa por suas contribuições com o estudo.

**Aos participantes deste estudo**

Membros da equipe de enfermagem, por aceitarem o convite, permitindo a realização desta pesquisa.

**À UFFS!**

À Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) pelo compromisso com a qualificação docente e da enfermagem.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram durante este processo de Doutorado e que participam da minha vida, obrigada!

## RESUMO

A busca por redução de riscos no cuidado em saúde tem impulsionado a realização de estudos na área da segurança do paciente. Neste contexto, a unidade de terapia intensiva representa um ambiente desafiador e complexo associado à apreensão das representações sociais dos profissionais da saúde envolvidos. Assim, o presente trabalho tem como objetivo geral compreender as representações sociais dos profissionais da enfermagem sobre a segurança do paciente na terapia intensiva. Especificamente, pretende-se: Identificar por meio de revisão de literatura os aspectos que interferem na segurança do paciente em terapia intensiva de acordo com os profissionais de saúde e conhecer o caminho metodológico de estudos de enfermagem em terapia intensiva que utilizaram o referencial da teoria das representações sociais de Serge Moscovici; Conhecer as representações sociais dos profissionais de enfermagem na terapia intensiva em relação à segurança do paciente; Analisar a gênese das representações sociais dos profissionais de enfermagem sobre a segurança do paciente em terapia intensiva e suas implicações para a segurança do paciente no cuidado. Trata-se de um estudo qualitativo fundamentado na Teoria das Representações Sociais. A coleta de dados foi realizada em duas etapas. A primeira, consistiu de revisões de literatura do tipo integrativa e de escopo que seguiu todos os passos metodológicos da revisão. A segunda etapa do estudo foi realizada na terapia intensiva de um Hospital Geral do Oeste Catarinense entre maio e setembro de 2019. Participaram do estudo 20 profissionais da equipe de enfermagem. Os dados foram coletados por meio de entrevista, observação não participante e desenho livre e analisados com o emprego do *software* IRAMUTEQ. Os aspectos intervenientes à segurança dos pacientes encontrados na literatura têm relação com a comunicação assertiva, o reconhecimento e apoio da gestão hospitalar, a resposta punitiva ao erro, o trabalho em equipe, a capacitação contínua de pessoal. Os estudos de enfermagem em terapia intensiva com o referencial da teoria das representações sociais foram qualitativos, utilizaram entrevista e a análise de conteúdo de Bardin, com citações e referência à teoria das representações somente na etapa do método, revelando pouca aproximação com o referencial adotado. As representações da segurança foram identificadas por meio das palavras “medicação”, “identificação”, “mão”, “grade”, “lavar”, “cuidado”, “lesão” e “decúbito”, que como objetivações da realidade estão ancoradas nos protocolos básicos da segurança dos pacientes instituídos em 2013 pelo Ministério da Saúde. Sua gênese constitutiva está centrada no profissional da equipe de enfermagem e estruturada em elementos como sobrecarga, cobranças e falta de recursos humanos. Em conclusão, o presente estudo aponta o reconhecimento da enfermagem sobre os protocolos de segurança como fundamentais, percebendo-os como tarefas a cumprir, representação que pode ser reorganizada e reestruturada a partir da naturalização de novos saberes, vinculados às representações sociais e sua gênese que se traduzem na forma de ser e exercer a enfermagem. O estudo pode contribuir para o planejamento de políticas públicas e estratégias que avançam frente aos impasses oriundos da compreensão que os profissionais têm sobre a segurança do paciente e seus elementos constituintes.

**Palavras-chave:** Unidade de Terapia Intensiva. Enfermagem. Segurança do paciente. Medidas de Segurança.

## ABSTRACT

The search for risk reduction in health care has driven studies in the field of patient safety. In this context, the Intensive Care Unit represents a challenging and complex environment associated with the apprehension of the health professionals' social representations. Thus, we aim to understand the social representations of nursing professionals regarding patient safety in the Intensive Care Unit. Specifically, we intend to: Identify through a literature review the aspects that interfere in Intensive Care Unit patient safety according to health professionals and to know the methodological path of intensive care nursing studies that used the Social Representation Theory, proposed by Serge Moscovici; Know the social representations of nursing professionals in the Intensive Care Unit concerning patient safety; To analyze the genesis of social representations of nursing professionals about patient safety in the Intensive Care Unit and its implications for patient safety during care. This is a qualitative study based on the Social Representation Theory. Data collection was carried out in two stages: the first consisted of integrative and scope-based literature reviews that followed all methodological steps of the review; the second was carried out in the Intensive Care Unit of a General Hospital in the West of Santa Catarina, between May and September 2019. Twenty professionals from the nursing team participated in the study. Data were collected through interviews, non-participant observation and free drawing and analyzed using the IRAMUTEQ software. The intervening aspects of patient safety found in the literature are related to assertive communication, the recognition and support of hospital management, the punitive response to error, teamwork, and staff's continuous training. The nursing studies in intensive care with the Social Representation Theory framework were qualitative, used interviews and content analysis (as proposed by Bardin), with citations and reference to the theory of representations only in the method stage, revealing little approximation with the adopted framework. The representations of security were identified through the words "medication", "identification", "hand", "grid", "washing", "care", "injury" and "decubitus", which, as the objectification of reality, are anchored in basic patient safety protocols instituted in 2013 by the Ministry of Health. Its constitutive origin is centered on the nursing team's professional and structured on elements such as overload, demands and lack of human resources. In conclusion, the present study points to the recognition of nursing about safety protocols as fundamental, perceiving them as tasks to be performed, a representation that can be reorganized and restructured based on the naturalization of new knowledge, linked to social representations and their origin that translate into the way of being and exercising nursing. The study can contribute to the planning of public policies and strategies that advance given the impasses arising from the understanding that professionals have regarding patient safety and its constituent elements.

**Keywords:** Intensive Care Unit. Nursing. Patient safety. Security measures.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Análise de Conteúdo
AFC	Análise Fatorial de Correspondência
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ALCESTE	Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
AT	Análise Temática
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CINAHL	<i>CINAHL Databases</i>
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EA	Eventos Adversos
EHESS	<i>École de Hautes Études en Sciences Sociales</i>
EUA	Estados Unidos da América
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IRAMUTEQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MERCOSUL	Mercado Comum do Cone Sul
MS	Ministério da Saúde
NE	Nível de Evidência
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PEN	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PRISMA	<i>Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of</i>

*Studies*

PUBMED	PubMed Central®
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem em São Paulo
RI	Revisão Integrativa
RIENSP	Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente
RS	Representações Sociais
SAE	Sistematização da Assistência em Enfermagem
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SC	Santa Catarina
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SP	Segurança do Paciente
ST	Segmento de Texto
TALP	Teste de Associação Livre de Palavras
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TJC	<i>The Joint Commission</i>
TRS	Teoria das Representações Sociais
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VM	Ventilação Mecânica
WHA	World Health Assembly
WHO	<i>World Health Organization</i>

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Linha do tempo da segurança do paciente.....	24
Figura 2 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente, Santa Catarina, Brasil, 2020.....	69
Figura 3 – Dendrograma das classes com suas respectivas palavras, Santa Catarina, Brasil, 2020.....	71
Figura 4 – Nuvem de palavras emergentes distribuídas pelas Classes, Santa Catarina, Brasil, 2020.....	72
Figura 5 – Nuvem de palavras do <i>corpus</i> textual que compunha o todo representando as três classes unificadas, Santa Catarina, Brasil, 2020.....	72
Figura 6 – Análise Fatorial de Correspondência (AFC) por modalidade (UCI, Santa Catarina, Brasil, 2020.....	73
Figura 7 – Nuvem de palavras correspondente à classe 2 do <i>corpus</i> das representações sociais da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente na Unidade de Cuidados Intensivos, Santa Catarina, Brasil, 2020.....	74
Figura 8 – Árvore de similitude correspondente à classe 2 do <i>corpus</i> sobre representações sociais da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente na Unidade de Cuidados Intensivos, Santa Catarina, Brasil, 2020.....	74
Figura 9 – Nuvem de palavras da classe 3 do <i>corpus</i> sobre representações sociais da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente na Unidade de Cuidados Intensivos, Santa Catarina, Brasil, 2020.....	74
Figura 10 – Análise de similitude da classe 3 sobre representações sociais da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente na Unidade de Cuidados Intensivos, Santa Catarina, Brasil, 2020.....	75
Figura 11 – Desenhos realizados por quatro participantes da pesquisa após evocação da palavra “segurança do paciente”, Santa Catarina, Brasil, 2020.....	75

### Manuscrito 1

Figura 1 – Fluxo de seleção dos estudos a partir da recomendação PRISMA, Chapecó, SC, Brasil, 2019.....	42
---	----

## **Manuscrito 2**

Figura 1 – Fluxo do processo de seleção dos estudos a partir da recomendação PRISMA, Chapecó, SC, Brasil, 2019.....	59
---	----

## **Manuscrito 3**

Figura 1 – Desenhos realizados por quatro participantes da pesquisa sobre a segurança do paciente na Unidade de Cuidados Intensivos, Santa Catarina, Brasil, 2020.....	81
Figura 2 – Nuvem de palavras correspondente à classe 2 do <i>corpus</i> das representações sociais da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente na Unidade de Cuidados Intensivos, Santa Catarina, Brasil, 2020.....	82
Figura 3 – Árvore de similitude correspondente à classe 2 do <i>corpus</i> sobre representações sociais da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente na Unidade de Cuidados Intensivos, Santa Catarina, Brasil, 2020.....	83

## **Manuscrito 4**

Figura 1 – Nuvem de palavras por classes do <i>corpus</i> sobre representações sociais da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente na Unidade de Cuidados Intensivos, Santa Catarina, Brasil, 2020.....	94
Figura 2 – Análise de similitude da classe 3 sobre representações sociais da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente na Unidade de Cuidados Intensivos, Santa Catarina, Brasil, 2020.....	95

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Apresentação do quadro de saturação de dados com enunciados que emergiram das entrevistas e constatação da saturação teórica.....	36
Quadro 2 – Representação das palavras e força associativa apresentadas no dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do <i>corpus</i> sobre representações sociais da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente na Unidade de Cuidados Intensivos, Santa Catarina, Brasil, 2020.....	75

### Manuscrito 1

Quadro 1 – Caracterização dos estudos sobre segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva segundo autor, título, ano de publicação, desenho, objetivos, resultados e nível de evidência. Florianópolis, SC, Brasil, 2019.....	44
Quadro 2 – Aspectos que interferem na segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. Florianópolis, SC, Brasil, 2019.....	47

### Manuscrito 2

Quadro 1 – Apresentação dos dados metodológicos dos artigos incluídos no estudo, Chapecó, SC, Brasil, 2019.....	60
---	----

### Manuscrito 3

Quadro 1 – Representação das palavras e força associativa apresentadas no dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do <i>corpus</i> sobre representações sociais da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente na Unidade de Cuidados Intensivos, Santa Catarina, Brasil, 2020.....	92
---	----

### Manuscrito 4

Quadro 1 – Representação das palavras e força associativa apresentadas no dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do <i>corpus</i> sobre representações sociais da equipe de	
---	--

enfermagem sobre a segurança do paciente na Unidade de Cuidados Intensivos, Santa Catarina, Brasil, 2020.....	94
---	----

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
<b>3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>19</b>
3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE.....	19
3.2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
<b>4 MÉTODO.....</b>	<b>29</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	29
4.2 ETAPAS DO ESTUDO.....	29
4.3 CENÁRIO DO ESTUDO.....	29
4.4 OS PARTICIPANTES.....	31
4.5 COLETA DE DADOS.....	32
<b>4.5.1 Observação não participante.....</b>	<b>33</b>
<b>4.5.2 Representações gráficas/desenho livre .....</b>	<b>34</b>
<b>4.5.3 Entrevista.....</b>	<b>35</b>
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	37
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	38
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>39</b>
5.1 MANUSCRITO 1: PERCORRENDO OS CAMINHOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	39
5.2 MANUSCRITO 2: A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM ESTUDOS DE TERAPIA INTENSIVA - POSSIBILIDADES METODOLÓGICAS: REVISÃO DE ESCOPO.....	55
5.3 CATEGORIAS TEÓRICAS E CLASSES ANALÍTICAS GERADAS.....	68
<b>5.3.1 Segmentos de texto classe 1.....</b>	<b>68</b>
<b>5.3.2 Segmentos de texto classe 2.....</b>	<b>68</b>
<b>5.3.3 Segmentos de texto classe 3.....</b>	<b>69</b>

5.4 MANUSCRITO 3: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	76
5.5 MANUSCRITO 4: A GÊNESE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE: OBJETIVAÇÕES E ANCORAGENS.....	89
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>103</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>105</b>
<b>APÊNDICE A – PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE.....</b>	<b>110</b>
<b>APÊNDICE B – PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....</b>	<b>114</b>
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICE D – ROTEIRO ESTRUTURADO DA OBSERVAÇÃO.....</b>	<b>121</b>
<b>APÊNDICE E – ROTEIRO ESTRUTURADO DA ENTREVISTA.....</b>	<b>122</b>
<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>123</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A apreensão das Representações Sociais (RS) dos profissionais de saúde que atuam na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) sobre a Segurança do Paciente (SP) constitui um desafio, dada a complexidade dos fenômenos envolvidos nesse contexto. O ambiente de terapia intensiva integra numerosos elementos, desde recursos tecnológicos e pacientes graves que requerem tomada de decisões de tratamento e cuidados imediatos, a profissionais de saúde com necessário arcabouço de conhecimento, expertise e características ético-humanísticas. A UTI é definida pelo Ministério da Saúde (MS) como um sistema organizado que oferece suporte vital avançado para manter a vida durante condições clínicas de gravidade extrema e risco de morte por insuficiência orgânica, de forma contínua, por equipe multidisciplinar especializada (BRASIL, 2020).

Imbricado de propriedades e análogo às características sociais descritas por Moscovici, a UTI abriga inúmeras categorias profissionais, cujos membros dotados de características próprias se relacionam entre si por meio de ideias, imagens e linguagens e constroem a partir da diversidade um mundo aparentemente estável, repleto de história, de relações interpessoais e associações com tecnologias, mudanças demográficas, cultura, globalização e avanço científico, evidenciando fenômenos que Moscovici tem denominado de RS (MOSCOVICI, 2015).

Por meio do desnude destas dinâmicas que circulam e individualizam os grupos e que se constituem no encontro de pessoas em diferentes espaços sociais (MOSCOVICI, 2011), poder-se-á trazer à tona o que está oculto e implícito nas atitudes, nos padrões de comunicação, nos comportamentos, dando forma, segundo Moscovici (2015), às RS, que inseridas nos sentidos das palavras e perpetuadas nos discursos públicos guiam a comunicação/ação e delineiam o existir naquele contexto.

Ao debruçar-se sobre esta realidade simbolicamente construída, ter-se-á acesso a aspectos que poderão revelar como a SP é efetivada ou não no processo de cuidar em UTI, sendo que o conceito de segurança do paciente adotado neste estudo será aquele publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2009, a qual refere-se à redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável (WHO, 2009a).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, imputa aos hospitais a responsabilidade por 94% dos incidentes relacionados à assistência à saúde, com 29,8% dos

eventos ocorridos nos ambientes de terapia intensiva (BRASIL, 2011). Novaretti, Daud-Gallotti e Lapchik (2013) e Novaretti *et al.* (2014) também evidenciam em seus estudos que nas UTI, a sobrecarga de trabalho dos profissionais envolvidos no processo de cuidar está relacionada à maior morbimortalidade.

Pereira e colaboradores (2015) revelam o estresse causado pela terapia intensiva e a necessidade de os profissionais destas unidades tomarem constantemente decisões importantes frente à vida e à morte, em condições que exigem raciocínio rápido e ações imediatas que podem resultar em desfechos favoráveis ou não aos pacientes.

A evidência de possíveis iatrogenias e a falibilidade do setor de saúde foi por muitos anos obscurecida pela imagem hegemônica das ciências médicas, considerada absoluta e exemplar, apesar de estudos, já no início dos anos de 1950 e 1960, evidenciarem a presença de Eventos Adversos (EA) (WHO, 2004).

De fato, a ruptura paradigmática ocorreu na década de 1970, com o lançamento do livro “Limites da Medicina”, onde a presença de erros oriundos de procedimentos em saúde ganhou destaque (ILLICH, 2010). Além disso, em dezembro de 1999, o Instituto de Medicina (IOM, do inglês, *Institute of Medicine*) dos Estados Unidos da América (EUA) (IOM, 2000) publicou um relatório intitulado “*To error is human: building a safer health care system*” (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), chamando atenção para os erros associados à assistência à saúde como responsáveis por 44.000 e 98.000 mortes por ano nos hospitais dos EUA e colocando os EA como oitava causa de morte neste país (GAMA; OLIVEIRA; HERNÁNDEZ, 2013).

Ainda, o relatório também destacou os custos relacionados, apresentando dados entre 17 e 29 bilhões de dólares anuais. Estudo de Harvard realizado no ano de 1991 descreveu que 3,7% dos pacientes sofriam algum tipo de dano nos hospitais, e que 27,6% dos danos ocorriam devido à negligência, 70,5% resultavam em incapacidade de curta duração, sendo que 13,6% dos incidentes levavam à morte (BRENNAN, 2004). Tamanha foi a repercussão do estudo que, a partir de então, se deu início ao movimento global de SP.

Tal mobilização atingiu diversos setores no mundo todo. Em 2001, a *Agency for Health care Research and Quality* (AHRQ) destinou 50 milhões de dólares para pesquisa com SP (SORRA *et al.*, 2009). Na mesma direção, durante assembleia mundial de 2002, a OMS solicitou aos países signatários maior atenção à SP e a criação de sistemas e programas voltados para este aspecto. Neste mesmo ano, a *Joint Commission*, hoje denominada *The Joint Commission* (TJC), empresa de acreditação de qualidade e segurança hospitalar, foi designada

como centro colaborador para as soluções na SP, lançando um conjunto de metas integradas à sua certificação (SORRA *et al.*, 2009).

Em 2004 foi criada a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, com definição de objetivos voltados à viabilização da segurança do paciente na realidade assistencial (WHO, 2009a). Em dezembro deste mesmo ano, o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) lança a campanha das 100.000 vidas, logo sucedida pela campanha das 5 milhões de vidas (WHO, 2008). Enfim, pode-se dizer que muitos foram os investimentos buscando sensibilizar e mudar comportamentos e atitudes frente à necessidade de oferecer cuidados seguros nas instituições de saúde por todo o mundo.

No Brasil, a mesma percepção de fragilidades assistenciais também impulsionou a ANVISA, órgão regulador das práticas em saúde, para o desenvolvimento de ações com vistas à melhoria do cuidado nos espaços de saúde (BRASIL, 2014). O movimento teve início com a criação da Rede Sentinela, em 2002, e estende-se aos dias atuais com propostas unânimes no que diz respeito à intenção de superar práticas inseguras e adotar condutas livres de riscos.

Neste interim, estudos desenvolvidos sobre SP têm destacado que os erros presentes na assistência à saúde são decorrentes de uma série de fatores, como falta de dimensionamento de pessoal, comunicação ineficaz e falta de estrutura adequada nos serviços. Enfim, diferentemente do que atribuir a culpa a um único integrante do processo, são reconhecidos como consequência das deficiências do sistema de saúde, ou ainda, como uma disfunção presente no conjunto ou em uma parte substancial da organização (LLORY; MONTMAYEUL, 2014).

Frente à abordagem multifacetada, Vincent (2009), Claro *et al* (2011) e Fidelis (2011) reforçam a necessidade de gestores, em todas as esferas do sistema de saúde, que possibilitem a interposição de medidas cautelares à ocorrência de erros, agregando no cotidiano a prática e o hábito do diálogo, fundamental para a promoção e a sustentação da SP.

Assim, se a dimensão da SP abarca todo o contexto do sistema de saúde, é fato que mudanças no cenário exigem a adoção de novos padrões de comportamento dos profissionais e das instituições nos processos de trabalho, requerendo comprometimento, empenho, persistência e tempo. Acima de tudo, envolve reavaliações sistemáticas dos administradores e profissionais envolvidos, além do emprego de recursos financeiros.

Pesquisas recentes têm buscado identificar a cultura de segurança de instituições de saúde, a fim de reconhecer lacunas do sistema que possibilitem determinar proposições resolutivas (COSTA *et al.*, 2018; SANCHIS *et al.*, 2020). No entanto, acredita-se que para

além disso, deve-se imergir no mundo dos profissionais de saúde na terapia intensiva, buscando entender seus pensamentos, porque partilham informações e saberes e se comportam de determinada maneira no processo de cuidar. Assim, entender os motivos que servem de base para sustentar as ações, tomadas de decisão e empenho ou não dos profissionais no cuidado prestado, além de reconhecer o conhecimento outrora reificado e no momento naturalizado sobre SP, como requisito fundamental para compreender a realidade e suas RS que, como bem descreve Serge Moscovici, refletidas na atuação cotidiana dos sujeitos, podem edificar ou ainda reedificar novos panoramas em saúde, com menos erros e mais segurança (MOSCOVICI, 2015).

Nesse contexto, compreender como a SP é representada pelos profissionais da enfermagem na UTI e como esta significação repercute e se consolida no contexto da prática clínica reflete o interesse pelo desenvolvimento desta Tese de Doutorado.

O tema tem relação com o desejo latente de contribuir no processo de qualificação do serviço em saúde, em especial na terapia intensiva, com inquietações relacionados aos fenômenos envolvidos no cotidiano assistencial e que determinam as características do cuidado oferecido. Deste modo, defende-se a seguinte Tese: “As representações sociais dos profissionais da enfermagem sobre SP determinam o cotidiano da assistência na UTI”.

Julga-se que os achados dessa Tese poderão contribuir para a interposição de medidas que auxiliarão no desenvolvimento da ciência do cuidado, em especial no que concerne a SP em terapia intensiva.

Destarte, este estudo apresenta como questão norteadora: “Como as RS dos profissionais da enfermagem sobre SP no contexto da UTI se estruturam no cotidiano da assistência?”.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como as representações sociais dos profissionais da enfermagem sobre segurança do paciente no contexto da unidade de terapia intensiva se manifestam no cotidiano da assistência em unidade de terapia intensiva.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar, por meio de revisão de literatura, os aspectos que interferem na segurança do paciente em unidades de terapia intensiva, de acordo com os profissionais de saúde;
- Conhecer, por meio de revisão de literatura, o caminho metodológico de estudos de enfermagem em terapia intensiva que utilizaram o referencial da teoria das representações sociais de Serge Moscovici;
- Conhecer as representações sociais dos profissionais de enfermagem na unidade de terapia intensiva no que se refere à segurança do paciente;
- Analisar a gênese das representações sociais dos profissionais de enfermagem sobre a segurança do paciente.

### 3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo apresentará o estado da arte da SP, iniciando com a descrição dos marcos da segurança e aspectos históricos.

#### 3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

A partir da evidência de falhas no sistema de saúde relatadas há pelo menos 19 anos pelo relatório da IOM, e da percepção que a evolução tecnocientífica não seria mais suficiente para alcançar objetivos de qualidade e tratamentos seguros, profissionais da área vem se preocupando com a temática SP (WHO, 2016). Já naquela época, os EUA, representados pelo Congresso Norte Americano, solicitou um estudo sobre a viabilidade para implementação das recomendações publicadas no documento emitido pela IOM, instruindo a AHRQ a desenvolver programas de segurança nas organizações de atendimento à saúde e intensificar o trabalho das agências reguladoras, das sociedades profissionais e dos consumidores do serviço (BUENO; FASSARELLA, 2012). Desde então, organizações internacionais passaram a desenvolver abordagens para melhorar a qualidade e a SP, a qual foi definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WHO, 2016).

Nesta perspectiva de assegurar cuidados de saúde mais seguros, em 2001, foi publicado também pelo IOM o relatório “Cruzando o Abismo da Qualidade”, apontando e reforçando a necessidade de transformação do sistema de saúde e descrevendo propostas que deveriam nortear a assistência prestada em quaisquer ambientes de saúde, desde simples consultórios até complexos hospitais, sendo elas: segurança, efetividade, foco no paciente, otimização, eficiência e equidade (BRASIL, 2013).

Em maio de 2002, na vigência da 55ª Assembleia Mundial da Saúde, foi adotado a resolução *World Health Assembly* (WHA) 55.18, a qual propunha “Qualidade da Atenção: Segurança do Paciente” e solicitava aos Estados signatários da OMS maior atenção a estes problemas e efetivação de ações que promovessem o desenvolvimento de normas e padrões globais, políticas baseadas em evidências, e mecanismos para reconhecer a excelência no cuidado e internacionalmente o incentivo à pesquisa (WHO, 2018).

Ademais, na mesma direção que as ações anteriores, a OMS persistiu na adoção de medidas para fortalecer e estimular a elaboração de políticas internacionais para a SP. Neste

sentido, em 2004, a 57ª Assembleia Mundial da Saúde apoiou a criação da Aliança Mundial para a SP, com o propósito de identificar prioridades e fomentar o desenvolvimento de políticas e práticas de segurança (WHO, 2008), tendo como principais objetivos: 1) Apoiar os esforços dos Estados-Membros para promover uma cultura de segurança nos sistemas de saúde e desenvolver mecanismos para melhorar a SP; 2) Posicionar os pacientes no centro do movimento internacional de SP; 3) Catalisar o compromisso político e ação global em áreas de maior risco para a SP por meio dos desafios globais de SP; 4) Desenvolver normas globais, protocolos e orientações para detectar e aprender com problemas de SP, reduzindo os riscos para os futuros pacientes dos serviços de saúde; 5) Definir soluções de segurança relevantes que estejam amplamente disponíveis para todos os Estados-Membros e que sejam de fácil implementação, de acordo com suas necessidades; 6) Desenvolver e divulgar o conhecimento sobre saúde baseada em evidências e melhores práticas na SP; 7) Criar consenso sobre conceitos e definições comuns de SP e eventos adversos; 8) Iniciar e promover a investigação nas áreas que terão maior impacto nos problemas de segurança; 9) Explorar maneiras em que as novas tecnologias podem ser aproveitadas no interesse de cuidados mais seguros; 10) Reunir parceiros para contribuir com o desenvolvimento do conhecimento e mobilização social; e, 11) Direcionar trabalho técnico para refletir as prioridades de SP nos países de desenvolvidos e em desenvolvimento.

Com o mesmo propósito, em 2005 foi estabelecido metas para o desenvolvimento da segurança, sendo elas: 1) Identificar os pacientes corretamente; 2) Melhorar a comunicação efetiva; 3) Melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância; 4) Assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimento e paciente corretos; 5) Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; e, 6) Reduzir o risco de lesões ao paciente decorrente de quedas (BUENO; FASSARELA; 2012).

A OMS, atuando como líder mundial no estudo de sistemas de notificação de incidentes e de aprendizagem para a SP, iniciou em 2005 a elaboração do Projeto Diretrizes para Sistemas de Notificação e o projeto de Aprendizagem e a Comunidade Global de Prática (WHO, 2016). Também, foi lançado o Primeiro Desafio Global para a SP, tendo como pilar de sustentação a higienização das mãos (RIBEIRO, 2017).

Ainda em 2005, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) criou a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP), com o objetivo de traçar prioridades no desenvolvimento da enfermagem na área da SP a partir de evidências científicas (CALDANA *et al.*, 2015). No ano de 2007 a *World Health Organization's*

*Collaborating Centre for Patient Safety* lançou o programa *Nine Patient Safety Solutions*, objetivando reduzir os erros nos sistemas de saúde e redesenhar o processo de cuidar (WHO, 2007). O Segundo Desafio Global, com foco nas cirurgias seguras, também foi posto em evidência (RIBEIRO, 2017). Em meados de 2011, foi identificada a necessidade de desenvolver um Guia Curricular Multiprofissional de SP, abrangendo áreas da educação em odontologia, medicina, enfermagem e farmácia, na proposta de trabalhar a SP desde a universidade, a fim de atender as necessidades e exigências contemporâneas dos ambientes de trabalho, destacando os riscos à saúde e a melhor maneira de gerenciá-los (WHO, 2016).

Apesar disso, constantes desafios continuavam postos no cotidiano do trabalho, exigindo das lideranças e pesquisadores ações de sensibilização que mantivessem hasteada a bandeira da SP. Para tanto, a OMS, em 2012, constituiu um grupo para estudar as questões envolvidas com a segurança na atenção primária, com objetivo de desenvolver conhecimentos sobre os riscos para os pacientes no cuidado primário de saúde (WHO, 2018).

Em 2016 foi realizada em Londres a Primeira Cúpula Ministerial Global sobre SP e, posteriormente, a Segunda Cúpula Ministerial Global em Bonn, na Alemanha, no mês de março de 2017, com destaque para a necessidade de desenvolver a cultura de SP (OMS, 2018) e a edição do Terceiro desafio Global sobre segurança medicamentosa (RIBEIRO, 2017; WHO, 2017).

Em 2018, ocorreu a Terceira Cúpula Ministerial Global sobre SP em Tóquio. Cerca de 500 participantes representaram as delegações governamentais de alto nível dos MS de 44 países em todo o mundo e as principais organizações internacionais, sob o tema da saúde universal e SP. Durante o evento, foi emitida a “Declaração de Tóquio sobre SP”, a qual reafirmou o compromisso de alinhar incentivos, aumentando a transparência e adotando práticas que reconheçam a importância da melhoria contínua da segurança e da qualidade da assistência à saúde, reduzindo danos evitáveis aos sistemas de saúde até 2030. Além disso, a declaração apoiou o estabelecimento do Dia Mundial da SP, a ser celebrado dia 17 de setembro (WHO, 2018). Em 2018, a 71ª Assembleia Mundial de Saúde trouxe o tema “Ação global em SP para alcançar a cobertura universal de saúde efetiva”, com o intuito de mudar a cultura no ambiente de cuidados de saúde, incentivar a aprendizagem e a colaboração coletiva (OMS, 2018). As inúmeras propostas lançadas mundialmente apontam que muito se tem evoluído desde o início da caminhada da SP, com propostas de mudanças no que se refere às práticas, aos conceitos e aos processos. Porém, a realidade evidenciada nos serviços de saúde

retrata que ainda há muito por se fazer, ações que deverão percorrer toda a estrutura do sistema de saúde até a consolidação efetiva de uma assistência segura e responsável.

Na América Latina, buscando mobilizar os países frente ao compromisso de desenvolverem planos nacionais de SP, a XXII Reunião de Ministros da Saúde do Mercado Comum do Cone Sul (MERCOSUL) adotou o slogan “*una atención limpia, es una atención mas segura*”. Nesta direção, o Brasil buscou fomentar e instituir o Plano Nacional de Ações de SP, deixando a responsabilidade a cargo da ANVISA (BRASIL, 2011), a qual estruturou ações como a Prevenção e redução das Infecções Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS), envolvendo: higienização das mãos; procedimentos clínicos seguros; segurança do sangue e de hemoderivados; administração segura de injetáveis e de imunobiológicos; segurança da água e manejo de resíduos e implantação do programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas. A ANVISA estruturou também serviços como a Rede Nacional de Investigação de Surtos e EA em Serviços de Saúde, o Comitê Técnico Assessor para Uso Racional de Antimicrobianos e Resistência Microbiana, a Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana e os hospitais sentinela.

Como ação fundamental, em maio de 2008 foi implantada no Brasil a Rede Brasileira de Enfermagem em São Paulo (REBRAENSP) na perspectiva de ações que buscassem consolidar políticas e programas voltados para essa temática (CALDANA *et al.*, 2015). Em 2010, a ANVISA definiu a densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada ao uso de cateter venoso central como o primeiro indicador nacional de monitoramento obrigatório (BRASIL, 2011).

No ano de 2013 houve a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), reconhecido como marco na história da SP brasileira, instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013, objetivando contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional e definindo como seus objetivos específicos: promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à SP por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de Saúde; envolver os pacientes e os familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à SP; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre SP; fomentar a inclusão do tema SP no ensino técnico, de graduação e na pós-graduação na área da Saúde (BRASIL, 2013a). O PNSP é representado por quatro grandes eixos: estímulo a uma prática assistencial segura; envolvimento do cidadão na sua segurança; inclusão do tema no ensino; e, o incremento de pesquisa, sendo a cultura de SP elemento que perpassa todos esses eixos (BRASIL, 2013).

Ainda em 2013, a ANVISA aprovou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36, normatizando as ações para a SP em serviços de saúde, bem como a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente, a obrigatoriedade da notificação dos eventos adversos e a elaboração do Plano de SP (BRASIL, 2013b). Ademais, a Portaria n. 1.377/2013 aprovou os protocolos básicos de SP, assim intitulados: protocolo de cirurgia segura; higiene das mãos; identificação do paciente; prevenção de quedas; segurança medicamentosa; e, lesão por pressão (BRASIL, 2013c).

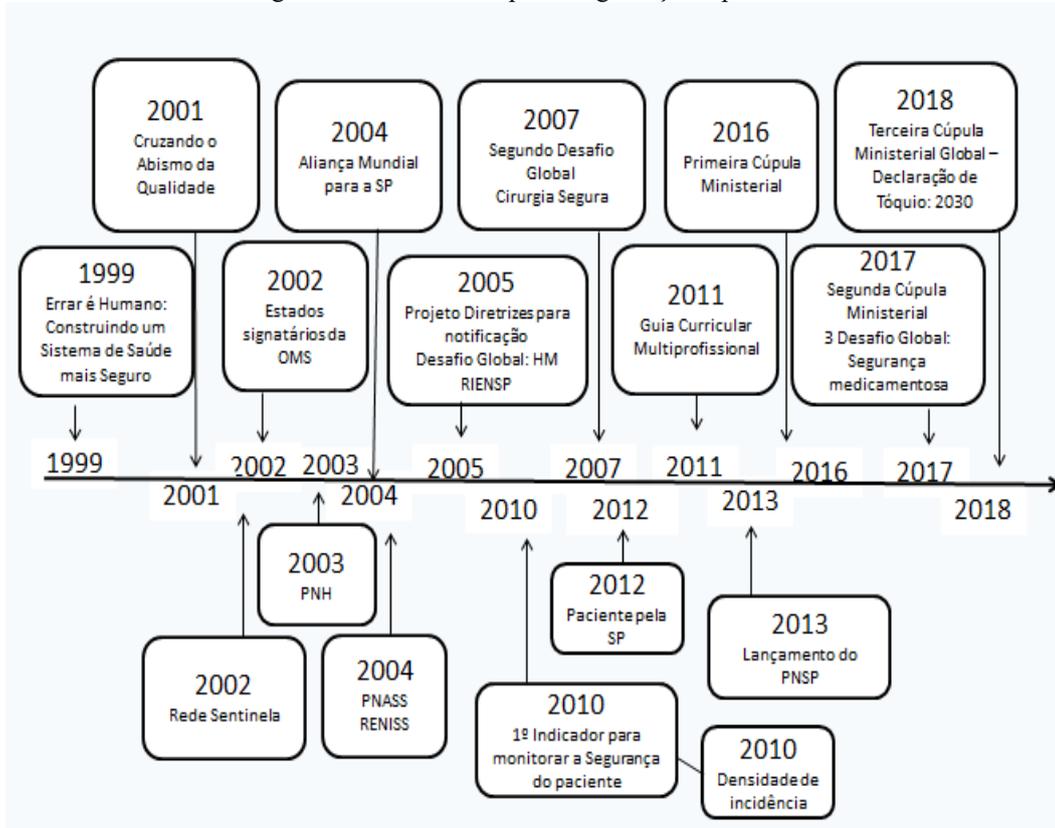
Buscando fortalecer a vigilância e o monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde, a ANVISA disponibilizou em 2015 o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de EA e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente, com o objetivo de identificar e minimizar riscos e prevenir danos aos pacientes em serviços de saúde (BRASIL, 2015).

Os dados evidenciam que inúmeras foram as ações já implementadas no Brasil, muitas delas oriundas de iniciativas advindas da enfermagem, que ao longo do tempo vem assumindo o papel de precursora nas discussões sobre a SP, destacando-se em pesquisas relacionadas à temática, abordando as várias etapas do processo e incluindo os demais atores, como farmacêuticos, médicos e fisioterapeutas (HARADA *et al.*, 2012). Além de pesquisas na área, tem buscado estratégias como a utilização de protocolos, *checklists*, capacitações, entre outras intervenções que possibilitem ao longo das ações em saúde uma assistência mais segura, livre de danos aos pacientes e com qualidade (LUZIA; ALMEIDA; LUCENA, 2014).

De forma geral, pode-se dizer que ações conjuntas entre governo e profissionais de saúde, que vão desde a implantação das políticas até ações locais de educação continuada para o fortalecimento da cultura de segurança, já estão modificando os ambientes de saúde. No entanto, o fortalecimento de práticas seguras requer a realização de estudos específicos por área de atendimento na busca por lacunas e ou ações já implementadas que corroborem para a consolidação da SP.

Em seguida, a Figura 1 apresenta a linha do tempo com os principais marcos referentes à segurança do paciente.

Figura 1 – Linha do tempo da segurança do paciente.



Fonte: a autora.

### 3.2 REFERENCIAL TEÓRICO

Inicialmente, serão descritos os aspectos gerais sobre a Teoria das Representações Sociais (TRS), referencial teórico adotado neste estudo. O propósito desta revisão foi identificar os objetivos e método dos estudos em enfermagem que utilizaram as RS como referencial teórico, a fim de nortear o caminho metodológico que melhor se ajustasse ao projeto de tese proposto.

Optou-se pelo referencial da TRS por acreditar ser o mais adequado para investigar a regulação das relações e comportamentos dos profissionais da enfermagem que atuam em UTI frente ao objeto SP. As representações sociais permitem, segundo Silva, Camargo e Padilha (2011), elucidar como o conhecimento é assimilado, naturalizado e expresso pelos grupos sociais por meio de sua comunicação e em seus comportamentos, possibilitando a compreensão das práticas e a determinação de intervenções que, por respeitarem as características específicas de cada segmento social, serão mais eficientes e trarão melhores resultados.

Neste contexto, o presente estudo será fundamentado nas ideias de Serge Moscovici, psicólogo social naturalizado francês que desenvolveu sua Teoria no campo das Ciências Sociais, contrário ao pensamento que a ideologia das massas deveria ser purificada com a visão científica e materialista do Ser. Para Moscovici, a difusão do conhecimento científico poderia melhorar o conhecimento comum, no sentido de que um não precisava erradicar o outro, pelo contrário, a fusão de ambos deveria dar origem ao produto final expresso no cotidiano (MOSCOVICI, 2015). Da mesma forma, para Moscovici, o social precisava ser compreendido como uma relação no triângulo Sujeito-Outro-Objeto, não como a soma de vários indivíduos fruto da concepção cartesiana, mas como resultado da interação entre os indivíduos (MOSCOVICI, 2003; GUARESCHI, 2004). Frente a estas percepções, apresentou sua Teoria em 1961 em seu livro “A Representação Social da psicanálise”, o qual tinha como propósito compreender como a psicanálise se propagava na população parisiense e reconhecer como esse saber se transformava conforme as pessoas que dele se apropriavam (MOSCOVICI, 2015).

Moscovici parte dos trabalhos de Durkheim para alcançar as representações sociais e, também, das contribuições dos estudos de Levy, Piaget e Freud para construir seu arcabouço teórico. A partir daí, ajusta a descrição de Representação Coletiva de Durkheim, concebida como experiência individual e social, que no individual se refere aos estados da vida pessoal e no social compõe um sistema de ideias que sofre ação dos pensamentos, culturas, hábitos, valores e opiniões do grupo, para uma descrição de RS, que se dá nas relações por meio de ajustes e elaboração coletiva, considerando as interações entre indivíduo e sociedade e as transformações mútuas decorrentes deste processo (MOSCOVICI, 2003; CAMARGO, 2005; MOSCOVICI, 2015).

As RS são reconhecidas como entidades quase tangíveis, fenômenos que circulam, se entrecruzam, se cristalizam através de gestos, atitudes, palavras no mundo cotidiano e que impregnam as relações estabelecidas (MOSCOVICI, 2003). Guareschi (2007) descreve que constituem e ocupam espaços vitais e simbólicos, nos quais os indivíduos se movem, pensam, falam e agem. Situados por detrás das ações e fundamentados no conhecimento popular, na ciência e no senso comum, se apresentam na maneira de pensar e agir na vida cotidiana.

Ainda, Moscovici (2003) destaca que as RS correspondem à compreensão da realidade social, representada pelos sujeitos, por seus pensamentos, suas imagens, crenças, comportamentos simbólicos, ideias, questões históricas, culturais e políticas, além de valores que interligados correspondem aos modelos de ação vigentes. Ou seja, segundo Moscovici, a

reprodução imagética de um objeto é possível por meio de suas representações, que são moldadas na mente dos indivíduos e que determinam comportamentos e controlam, compreendem e interpretam a realidade. Sob este enfoque, o estudo das representações sociais poderá dar visibilidade às imagens mentais determinantes das ações em saúde, permitindo discutir o repensar de ideias que podem originar novas representações e, com isso, novas formas de interagir com o social.

Segundo Moscovici (2003), como uma modalidade de conhecimento, as representações sociais têm por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos numa sociedade de interações sociais. Para Jodelet e Loprete (2015), o estudo das RS é uma forma de saber e interpretar o mundo da vida. Moscovici (2003) descreve como a busca por familiarizar o não familiar, não como tentativa de simplificar o complexo, mas como uma ponte entre o estranho e o familiar, para que à medida que o desconhecido se desvela e ocorra sua acomodação, se reconheça seu conteúdo naquilo que podemos ver (MOSCOVICI, 2003).

Quanto aos tipos de RS, Moscovici (2015) descreve existir três classificações: a hegemônica, compartilhada por todos; a emancipada, compartilhada por diferentes grupos; e, a controversa, gerada através de conflitos entre os grupos. Também, descreve existir na sociedade dois tipos de universos de pensamento: o reificado, definido como espaço científico, formado por especialistas, cujos membros desiguais participam de acordo com o grau de especialização e qualificação, universo onde circula a ciência; e, o consensual, formado a partir das ideias comuns, pessoas iguais e livres para se comportarem como amadores manifestando opiniões e apresentando teorias, onde não há hierarquização, também chamado de universo do senso comum, constituindo-se no âmbito das conversas informais e cotidianas.

Enquanto o primeiro tenta estabelecer explicações do mundo independente das pessoas, o segundo prospera através da negociação e aceitação mútua. Na mesma medida, o primeiro, para concluir, se apoia nos fatos, enquanto o segundo, na memória coletiva e no consenso, porém ambos se apoiam no raciocínio. Além disso, é importante considerar que não há uma única forma de pensamento puro, ou seja, emprega-se maneiras de pensar diversas e opostas regidas pelo que Moscovici (2003), denominada de racionalidade. Da mesma forma, as pessoas são influenciadas pela cultura na qual nasceram e cresceram, hábitos familiares, crenças religiosas, entre tantos outros fatores reverberados pela memória coletiva. Para o autor, cada universo possui três dimensões que fornecem a visão geral do conteúdo: atitude;

informação; e, representação da imagem. A partir daí, e buscando esclarecer melhor o campo das RS, Moscovici determina como elementos formadores de sua estrutura a objetivação e a ancoragem. A face figurativa correspondente ao objeto e a face simbólica ou sentido atribuído ao objeto, denominado ancoragem.

Segundo Sá (1993), objetivar é dar materialidade ao objeto. Para objetivar, é preciso descobrir a qualidade icônica de uma ideia, é reproduzir um conceito em uma imagem. A objetivação é formadora de imagens, o processo através do qual o abstrato é transformado em algo concreto, como um mecanismo de concretização simbólica da realidade. Comparar e já representar, encher o que está vazio. Todavia, segundo Moscovici (2015), nem todas as palavras que se referem a determinado objeto produzirão imagens sobre ele, ou seja, é necessário a pré-existência de imagens para selecionar aquelas dotadas de mais características comuns a uma determinada RS, para serem “objeto” de objetivações.

Ainda de acordo com Sá (1993), ancoragem significa classificar, nomear, categorizar, dando sentido à figura. É considerada como o processo de transformar algo estranho em algo comum, familiar, como quando coloca-se um objeto estranho em uma determinada categoria e a ele é dado um nome conhecido. Ou seja, segundo Moscovici (2015), refere-se à inserção do que é estranho no pensamento já constituído. Assim, no momento em que determinado objeto ou ideia é comparado a uma categoria, adquire características desta categoria e é reajustado para que se enquadre nela. Corroborando, o mesmo autor salienta que classificar algo significa confiná-lo a um conjunto de comportamentos e regras pertencentes a tudo que estiver envolvido nesta classe. Significa escolher um dos paradigmas estocados em nossa memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele. Quando é positiva, registra nossa aceitação, quando negativa, nossa rejeição. O desejo de classificar também reflete a necessidade de defini-lo como normal ou aberrante, como conforme ou divergente da norma. Tal processo de classificação requer a nomeação do sujeito ou objeto, a exclusão do anonimato, é a ação de precipitá-lo, com consequências de adquirir características próprias de um determinado grupo (MOSCOVICI, 2015). Desta forma, se as RS tornam o não familiar em familiar, dependem da solidez da memória para, a partir delas, extrair imagens e conceitos e reproduzi-los no mundo exterior (MOSCOVICI, 2015).

Dado a importância de estudos que se propõe compreender a realidade, a TRS é introduzida no Brasil, conforme Almeida (2009), por brasileiros que tinham frequentado em Paris a *École de Hautes Études en Sciences Sociales* (EHESS) durante os anos de 1970, desenvolvendo suas teses com Serge Moscovici e Denise Jodelet, sendo que naquele período

o estudo das RS era considerado uma resposta aos problemas emergentes da vida cotidiana, diante dos quais os pesquisadores eram chamados a se posicionar.

Apesar das resistências, a teoria se expandiu e atualmente sua utilização se estende a diferentes áreas do saber, configurando-se como um conhecimento interdisciplinar que colabora com a explicação de problemas relevantes para a educação, saúde, meio ambiente, entre tantos outros (CAMARGO, 2005). Entre os fatores determinantes para sua consolidação, pode-se citar a criação de grupos de estudos e pesquisas, em especial nos Programas de Pós-Graduação *stricto sensu*, no intercâmbio e na colaboração de pesquisadores estrangeiros como Jodelet e o próprio Moscovici, além da existência de redes de comunicação, com promoção de debates e trocas de experiências entre os grupos de estudos sobre a TRS (SANTOS, 2013).

No campo da enfermagem, o uso teórico e metodológico das representações sociais tem se caracterizado pela sua pluralidade e complexidade conceitual nos estudos de mestrado e doutorado, colocando-se como opção que possibilita a compreensão de uma realidade concreta (ARAÚJO MARTINEZ; SOUZA; ROMIJN TOCANTINS, 2012).

## 4 MÉTODO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo qualitativo por possibilitar compreender o significado que os indivíduos ou grupos atribuem a um determinado fenômeno, apoiado na interpretação da complexidade de uma situação (CRESWELL, 2010), neste estudo representada pela TRS e pela SP em UTI. Creswell (2010) descreve dentre as características da pesquisa qualitativa que reconhecer o pesquisador como instrumento fundamental é necessário para a compreensão e observação de comportamentos e atitudes, além de apontar as múltiplas fontes de dados como recurso que oferece ao pesquisador maior segurança para o alcance de resultados fidedignos. Neste sentido, a escolha deste desenho de pesquisa tem relação especial com o desejo do pesquisador em compreender o objeto de estudo em seu ambiente natural, a partir da significação dos participantes.

### 4.2 ETAPAS DO ESTUDO

O estudo foi realizado em duas etapas. A primeira, contemplou duas revisões de literatura, uma do tipo integrativa e outra do tipo escopo. A revisão integrativa tem como propósito identificar os aspectos que interferem na segurança do paciente em unidades de terapia intensiva, de acordo com os profissionais de saúde (protocolos utilizados para condução da revisão integrativa sobre “segurança dos pacientes” e “representações sociais” disponíveis nos APÊNDICES A e B). A revisão de escopo teve como finalidade conhecer o caminho metodológico de estudos de enfermagem em terapia intensiva que utilizaram o referencial da teoria das representações sociais de Serge Moscovici. Optou-se por apresentar os passos metodológicos das duas revisões, na seção Resultados. A segunda etapa compreendeu a coleta de dados no cenário do estudo.

### 4.3 CENÁRIO DO ESTUDO

Para estudar e compreender as representações sociais, fez-se necessário conhecer as condições e contexto que os indivíduos estão inseridos, como desenvolvem a enfermagem, como veem o cuidado e suas inserções no ambiente.

A UTI, local de atuação dos participantes, está localizada em um hospital do Oeste Catarinense, há uma distância aproximada de 600 km da capital do Estado, Florianópolis, em cidade considerada polo regional por sediar algumas das principais empresas processadoras de suínos, aves e derivados do país. Atualmente representa a base da economia regional, tendo sua emancipação político-administrativa promulgada no ano de 1917. Colonizada por italianos, sua origem também está atrelada aos índios caingangues, guaranis e caboclos (POLI, 2008). Segundo dados do último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), concentra uma população com pouco mais de 220.367 mil habitantes. Foi palco de diversos movimentos sociais criados no período de 1978 a 1987, com destaque ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, Movimento das Mulheres Agricultoras e o Movimento dos Atingidos pelas Barragens do Rio Uruguai (POLI, 2008).

Em outubro de 1986, a cidade abrigou o primeiro hospital público da cidade, local onde o estudo será desenvolvido. Desde sua criação, o hospital é de caráter público, fator determinante na escolha do local de investigação por tipificar com clareza como a saúde é oferecida à comunidade. Atende pacientes provenientes das cidades vizinhas com intercorrências clínicas variadas, apesar de ser referência na região Oeste do estado de Santa Catarina 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, 2018).

Atualmente, conta com 320 leitos distribuídos em alas pediátricas, clínicas médicas, cirúrgicas, neurológicas, oncológicas, materno-infantil, centro cirúrgico, traumatortopedia e unidades de terapia intensiva geral e neonatal. Também, possui ala de quimioterapia, radioterapia, bem como serviço de emergência e serviço de ambulatório em neurologia, ortopedia e oncologia (HRO, 2018).

Possui duas UTI para adultos, unidade A e B, cada uma com nove leitos e três turnos de trabalho, manhã, tarde e noite. A unidade B é considerada mista por atender adultos e crianças. A unidade “A” serve de campo de prática para os cursos de graduação em Medicina, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Enfermagem e para realização de pesquisas e trabalhos de extensão.

A pesquisa foi realizada na UTI A por ser aquela destinada ao atendimento exclusivo de adultos. A equipe de enfermagem possui um enfermeiro gestor compartilhado entre as duas UTI, um enfermeiro assistencial e cinco técnicos de enfermagem por turno de trabalho,

totalizando cinco enfermeiros e 20 técnicos em enfermagem. A unidade possui dois horários pré-determinados para visita dos familiares de pacientes internados, sendo o primeiro ao meio dia e segundo às dezoito horas, com período de visitação de trinta minutos em cada horário (HRO, 2018).

A gestão do cuidado é integral, sendo que cada técnico fica responsável por dois pacientes/turno. No desenvolvimento dos cuidados básicos, como banho e mudança de posição no leito, os profissionais técnicos têm por hábito trabalhar em equipe.

A UTI possui uma caixa lacrada para o depósito de notificações, denúncias ou sugestões referentes a erros e incidentes vinculados à segurança do paciente. Mensalmente, a caixa é recolhida por uma pessoa que atua no núcleo de segurança da instituição e, após avaliação, é realizado geralmente educação em serviço e conversa com a equipe. Possui também controles relacionados aos protocolos de segurança relativos à queda do leito, extubação acidental, retirada acidental de sonda oro ou nasogástrica ou ainda enteral, flebites e controle de úlcera de pressão (escala de Braden). Estes controles são preenchidos diariamente pelo enfermeiro, compilados mensalmente, apresentados e discutidos em reuniões mensais da equipe de enfermagem.

O núcleo de segurança do paciente do hospital foi instaurado em 2014, com o objetivo de promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactam nos riscos ao paciente. Durante este período, o núcleo instituiu: o plano de ação de segurança do paciente; protocolo de prevenção ao risco de quedas; protocolo de identificação do paciente; protocolo de cirurgia segura; protocolo de prevenção e tratamento de lesões de pele; implantação da escala de Morse; e, capacitações acerca das metas da ANVISA para segurança do paciente (HRO, 2018).

#### 4.4 OS PARTICIPANTES

Para alcançar os objetivos deste estudo, foram selecionados intencionalmente profissionais da equipe de enfermagem com atuação mínima de um ano na UTI adulta, 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 da UTI. Participaram da pesquisa três enfermeiros e 17 técnicos em enfermagem de um total de cinco e 20 profissionais, respectivamente, que atuavam no setor

por mais de um ano e não estavam em férias ou licença e atestado no momento da coleta dos dados.

Como princípio orientador para a determinação da quantidade de participantes, foi considerado o grupo de profissionais da enfermagem como um todo, sem distinguir os profissionais técnicos dos enfermeiros. Foi usada a técnica de saturação teórica proposta por Fontanella e colaboradores (2011), caracterizada pelo período em que a coleta de dados é interrompida por não mais apresentar elementos novos para subsidiar a teorização almejada. Padilha, Silva e Coelho (2007) enfatizam que, por serem as RS formas de conhecimento produzidas ou elaboradas coletivamente, isto é, por um grupo social, significa dizer que o número de sujeitos constituintes da amostra não pode ser um número tão pequeno que não represente um grupo. Ademais, todos os turnos de trabalho foram representados na pesquisa. Para determinar o alcance da saturação teórica, foram seguidos cinco passos de Fontanella *et al.* (2011) que serão apresentados na seção coleta de dados. De acordo com os descritos de Minayo (2017), também foi considerado determinante para a saturação o momento que o conjunto das informações produzidas atendeu aos objetivos da pesquisa e satisfez o pesquisador.

#### 4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de maio a setembro de 2019. A entrada no campo se deu com a apresentação do projeto em momento anterior à passagem de plantão para todos os membros da equipe de enfermagem. Foi discorrido sobre os aspectos de maior relevância do projeto, como título, objetivos, método e técnicas utilizadas para a coleta de dados. Também, explicado as razões que motivaram a escolha da equipe de enfermagem da terapia intensiva para a participação no estudo, relacionando com os objetivos, justificativa do estudo, lacunas na ciência e área de atuação da pesquisadora e colhido assinatura no Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

Para a coleta de dados, utilizou-se a triangulação metodológica, à qual consiste em produzir os dados de diferentes maneiras a fim de se obter resultados mais sólidos e consistentes que possibilitem ampliar a forma de ver e compreender a realidade. Neste estudo, optou-se por três técnicas de coleta: observação não participante, entrevista e desenho livre.

#### 4.5.1 Observação não participante

Segundo Moscovici (2003), a observação não participante, sob o olhar das RS, auxilia o pesquisador a compreender a realidade social representada pelos sujeitos. Para Spink (1995) *apud* Moscovici (2011), oferece condições para entender a gênese e a estrutura das representações sociais, além de libertá-lo da quantificação e da experimentação prematura, que podem gerar a fragmentação do fenômeno estudado. É preciso, então, observar os indivíduos em seus próprios territórios e interagir com eles através de sua linguagem e em seus termos.

A observação foi realizada com finalidade de imergir na realidade do outro, acompanhar as experiências diárias e apreender o significado que atribuíam à realidade. Os dados da observação foram coletados durante os meses de junho e julho de 2019 por trinta dias consecutivos, de segunda a sexta-feira. Foi realizado alternância de dia e horário de observação, por exemplo, num dia a observação era feita durante a tarde, noutro de manhã e assim sucessivamente, sem organização pré-definida, com duração média de 2 h/dia, registrado em diário de campo e utilizando um roteiro estruturado (APÊNDICE D). Neste contexto, a pesquisadora adentrava na UTI com vestimentas específicas para o ambiente, seguindo as normativas institucionais. Desde o início, buscou espaços no ambiente que facilitassem a observação de toda a dinâmica da UTI. Nos primeiros dias, um certo desconforto foi sentido por ficar ociosa, observando a rotina acelerada da equipe. Com o passar dos dias e maior interação com o pessoal, a sensação de “não estar fazendo nada” foi gradativamente sendo superada.

As cenas eram observadas sem esboçar comentários e com neutralidade na expressão facial. Na sequência, fazia o relato do evento buscando revelar detalhes possíveis para o reconhecimento das significações da equipe, a fim de não perder o foco das representações e da segurança do paciente. Em algumas situações, foi necessário intervir em decorrência do não reconhecimento por parte da equipe de condições que requeriam intervenção imediata, como avisar que a bomba de infusão estava alarmando, que o paciente estava com secreção e precisava de aspiração, entre outras. O término da observação se deu diante da evidência do não aparecimento de dados novos, em termos de apreensão da realidade e de significações a respeito da segurança do paciente.

#### 4.5.2 Representações gráficas/desenho livre

Para melhor compreender as RS, ao terminar a etapa de observação foi iniciado concomitantemente as etapas de desenho livre e entrevistas. A coleta de dados destas etapas ocorreu entre agosto e setembro de 2019. Duas ou três vezes ao dia, era contatado o enfermeiro da UTI para verificar a disponibilidade dos profissionais da equipe de enfermagem em participar da entrevista e do desenho. Muitas vezes, a UTI estava com 100% de ocupação e/ou com pacientes graves que impossibilitavam a coleta de dados. Além disso, em inúmeros momentos, mesmo com liberação da enfermeira, situações de emergência ou agudização de casos clínicos inviabilizavam a saída do participante para a entrevista. A partir disso, o pesquisador retornava em outro momento.

O espaço destinado à realização das entrevistas e desenhos dispunha de cadeiras e era reservado para este fim, de modo que pesquisador e entrevistado ficavam sozinhos no ambiente. Inicialmente, era oferecido um papel em branco e lápis ou caneta ao participante e dito para desenhar o que primeiro lhe viesse à mente, quando o pesquisador evocava as palavras “segurança do paciente”. Em silêncio, o pesquisador aguardava o término do desenho e, após, solicitava a explanação com concomitante gravação do que significava o desenho realizado.

Somente 12 participantes aceitaram fazer o desenho, os demais justificaram recusa por inabilidade. Nem todos os desenhos foram incluídos no estudo em decorrência de repetições que poderiam demonstrar redundância.

A imagem constitui um elemento gráfico importante na representação das interações individuais e coletivas. Segundo Moscovici (2015), as representações sociais têm como seus elementos formadores a objetivação e a ancoragem, sendo a objetivação o agrupamento de ideias e imagens em torno de um assunto, como uma esquematização figurada, que dá forma ao pensamento e representa seu jeito de ser e estar no mundo. Para Moscovici (2003), objetivar é transformar o abstrato em concreto, é tornar a imagem como réplica da realidade, tornar o ausente, presente. Já a ancoragem, segundo Moscovici (2015), é compreendida como uma rede de significados em torno do objeto, ou ainda, universo de opiniões que se constitui pela assimilação da imagem criada na objetivação.

### 4.5.3 Entrevista

Considerada como uma modalidade de interação entre duas ou mais pessoas, combina o relato das experiências cotidianas, a visão da realidade resultante da dinâmica social onde os participantes constroem conhecimento e procuram dar sentido ao mundo que os cerca, com o emprego de linguagem do senso comum como condições consideradas indispensáveis para o êxito da pesquisa qualitativa (MINAYO, 2011; GASKEL, 2014). Creswell (2010) refere que a entrevista é uma importante fonte de dados por suscitar concepções e opiniões dos participantes frente ao fenômeno envolvido.

Como importante fonte de informações, a entrevista exige do pesquisador habilidades de comunicação as quais devem encorajar os participantes a falarem livremente sobre os tópicos listados (POLIT; BECK, 2018). Ademais, de acordo com Lefevre e Lefevre (2014), a entrevista apresenta como vantagens a abordagem do sujeito a sujeito, o resgate da opinião individual e o aflorar do discurso espontâneo.

A entrevista teve início ao término do desenho livre e de sua explanação, após o consentimento para gravação. Inicialmente, era conversado sobre as informações que compunham os dados de identificação a fim de aproximar pesquisador e pesquisado, reduzir a tensão e oferecer um ambiente agradável que facilitasse o diálogo. Utilizou-se um roteiro estruturado (APÊNDICE E). A pergunta disparadora consistia sobre a significação da SP no cuidar em UTI. Em seguida, os participantes discorriam sobre situações do cotidiano, erros, pontos falhos sem aparente dificuldade, conforme roteiro (APÊNDICE D). Os aspectos positivos também eram destacados, às vezes como resultado do trabalho em equipe, por vezes como mérito pessoal e com menos frequência como reflexo da gestão, seja ela da equipe ou da instituição como um todo. A duração média das entrevistas foi de 40 min.

Essa etapa finalizou com o alcance da saturação teórica. No presente estudo, após constatado a saturação teórica de acordo com Fontanella (2011), foram realizadas mais nove entrevistas para o alcance de recomendações propostas para estudos de representações sociais.

Passos utilizados para avaliação da saturação dos dados segundo Fontanella (2011):

- Passo 1 - Registro de dados brutos (fontes primárias): ao chegar em casa após a realização das entrevistas, era feita a transcrição dos dados na íntegra com tempo variável entre três e seis horas;
- Passo 2 - Imersão nos dados: após a transcrição era realizada a leitura flutuante das entrevistas;

- Passo 3: a partir da leitura flutuante eram extraídas e agrupadas ideias;
- Passo 4: na sequência, era feito a alocação das ideias/temas em um quadro para a apresentação da regularidade dos achados nos depoimentos;
- Passo 5: a partir da confecção do quadro, era feita a constatação da saturação teórica dos dados por meio da identificação de ausência de elementos novos em cada agrupamento.

A saturação de dados com enunciados que emergiram das entrevistas e constatação da saturação teórica é apresentada a seguir no Quadro 1:

Quadro 1 – Apresentação do quadro de saturação de dados com enunciados que emergiram das entrevistas e constatação da saturação teórica.

Entrevistas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Ideias																					
Diálogo	X	x	x	x	x	x	X	x	x	X		x	X								x
Poder	X																				
Erro	X				x		x								x						x
Equipe	X	x	x	x	x		X	x	x		x	x		x	x						
Protocolos	X	x	x	x	x	X		x	X	x	X	X	x	x	x	X	x	x	x	x	x
Sobrecarga de trabalho	X			x	x		X	X							x	x		x			
Capacitações	X	x	x	x		x	x														
Conhecimento		X	x	x						x	X		x	x							
Ambiente		X																			
Responsabilidade		X	x	x				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				x
Atenção			X	x				x	X	x	X	X	x	x		x	x	x	x		
A vida particular			X						X	x		X	x						x	x	
O descaso				x		X		x		x			x								
Organização interfere na SP					X																
Cobrança do gestor					X	x															
Falta de coleguismo								x		x											
Gostar, zelo										x	X	x			x	x				x	x
Medo da punição											x	x							x		x

Fonte: a autora.

Após a coleta e transcrição de todos os dados (observação participante, entrevista e desenho livre), os participantes tiveram acesso às falas e registros feitos durante os momentos da observação participante e entrevistas. Por fim, após leitura, aceitaram a manutenção dos dados na pesquisa.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados resultantes da triangulação metodológica (observação não participante, desenho livre e entrevista) serão apresentados e analisados nos manuscritos três e quatro.

Para a análise dos dados, foi utilizado o IRAMUTEQ, programa desenvolvido na linguagem Python que utiliza funcionalidades providas pelo *software* estatístico R. Criado por Pierre Ratinaud na língua francesa, começou a ser utilizado no Brasil em 2013 em pesquisas de RS, possibilitando apresentar os mesmos dados de diferentes maneiras, a fim de facilitar sua compreensão.

Para utilização do programa, o conteúdo de todas as entrevistas foi transcrito e unificado num único *corpus* textual, formatado de acordo com as especificações exigidas pelo *software*. Em seguida, o *corpus* textual foi processado e solicitado a análise dos dados que pode ser apresentada por diferentes formas, sendo a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) a mais representativa.

A CHD, realizada pelo IRAMUTEQ, consiste em calcular a frequência que uma palavra ocorre no texto, relacionando a quantidade de frequência com a posição que cada palavra aparece. A partir disso, o *software* determina um indicador de frequência estatística conhecido como qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Quanto maior o valor do  $\chi^2$  de uma palavra, mais representativa ela é dentro do discurso dos sujeitos entrevistados, formando um esquema hierárquico de classes. Cada classe é constituída de palavras que emergem para um mesmo significado textual e que, por meio do  $\chi^2$ , revela a força associativa entre as palavras e a sua classe.

A força associativa é analisada quando o  $\chi^2$  for maior que 3,84, representando um valor de  $p < 0,0001$ . O menor valor do  $\chi^2$  representa uma menor relação entre as variáveis (LAHLOU, 2012; OLTRAMARI; CAMARGO, 2010).

A CHD tem como função principal inferir o conteúdo do *corpus* e compreender grupos de discursos ou ideias emergentes do texto, formando as classes e apresentando-os por meio de um dendrograma (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Os dados podem ser apresentados de outras maneiras, através por exemplo da análise de similitude, a qual apresenta por meio de uma árvore as conexões entre as palavras de acordo com a raiz semântica, possibilitando verificar a relação existente entre os dados. Também, a “nuvem de palavras” apresenta os dados através de imagem que corresponde ao resultado de um cálculo de frequência, onde palavras com maior representatividade são

descritas com a fonte em um tamanho maior e as menos representativas em tamanho menor. Além de ser facilmente compreendida, a nuvem é importante pois destaca as palavras-chave de um *corpus* textual. Ainda, há também a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), como outra forma de visualizar os mesmos dados e fazer associação entre as palavras das classes da CHD, partindo de sua incidência no texto, avaliando os principais fatores existentes em um conjunto de dados, definindo com qual intensidade de pertinência ocorrem e suas relações entre si.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para a execução deste estudo, foram cumpridas as exigências legais e éticas. Desta forma, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado com o parecer nº 3.442.846, CAAE: 10415419.0.0000.0121 (ANEXO A). Aos participantes do estudo, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), segundo a Resolução nº. 466/2012, no qual foi solicitada a participação, assegurado o anonimato e o direito do participante desistir da pesquisa em qualquer momento. Foi solicitada também a assinatura de aceite em participar da pesquisa, ficando uma cópia com o pesquisador e outra com o participante do estudo (BRASIL, 2012).

## 5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo são apresentados na forma de manuscritos, conforme Instrução Normativa 01/PEN/2016, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), que dispõe sobre a apresentação final de trabalhos de conclusão de Mestrado e Doutorado em Enfermagem. Dos quatro manuscritos elaborados, o primeiro e o segundo correspondem à revisão integrativa e de escopo, respectivamente. O terceiro e quarto manuscritos são referentes aos dados oriundos da pesquisa de campo.

### 5.1 MANUSCRITO 1: PERCORRENDO OS CAMINHOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

#### Resumo

**Objetivo:** Identificar os aspectos que interferem na segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva de acordo com os profissionais de saúde. **Método:** Revisão Integrativa realizada nas bases de dados CINAHL, Pubmed/Medline, SCOPUS e bibliotecas eletrônicas SciELO e BVS no período de março a maio de 2019, com artigos publicados entre 2013 e 2019, disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol. **Resultados:** Foram incluídos 19 artigos. Dentre os aspectos que mais interferem na segurança do paciente destacaram-se a comunicação efetiva e assertiva, o reconhecimento e apoio pela gestão hospitalar, a resposta punitiva ao erro, o trabalho em equipe, a capacitação contínua de pessoal e a aprendizagem organizacional. **Conclusão:** Elementos presentes no cotidiano do trabalho interferem na segurança do paciente. Os resultados evidenciam a necessidade de novos olhares sobre a maneira de gerir e pensar o cuidado e a saúde nas instituições.

**Descritores:** Segurança do paciente. Unidade de Terapia Intensiva. Enfermagem.

#### Introdução

Ao longo dos anos, a temática segurança do paciente (SP) tem obtido notoriedade mundial, sendo reconhecida pelos profissionais da saúde e comunidade geral por ter como foco central a busca pela redução dos riscos de danos desnecessários, associados à assistência à saúde até um mínimo aceitável (WHO, 2009), além de apresentar-se como componente chave no processo de qualificação do cuidado (GOUVÊA, 2015). Em decorrência do movimento global, a SP tem favorecido ainda a implementação de campanhas, programas e

projetos em diversas partes do mundo, com investimento de recursos financeiros e humanos para mapear, identificar lacunas e traçar metas frente à SP no contexto da assistência à saúde (BUENO; FASSARELLA, 2012).

No Brasil, inúmeras ações foram implementadas, destacando-se a Rede Brasileira de Hospitais Sentinela em 2002, a qual por meio de participação voluntária tem buscado a notificação de eventos adversos (EA) e queixas técnicas de produtos de saúde como um importante mecanismo para o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (BRASIL, 2013a). Em 2008, foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem e SP (REBRAENSP) como estratégia para fortalecer a assistência de enfermagem segura. Em 2013, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) através da Portaria nº 529/13 do Ministério da Saúde (MS) e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36/2013, propondo o estabelecimento de metas que corroborassem com objetivos em prol da assistência à saúde segura (BRASIL, 2013b).

Percebe-se, no entanto, que apesar das iniciativas e dos movimentos favoráveis à SP, a funcionalidade das metas delimitadas está atrelada a condições impostas pelo sistema e instituições de saúde. Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o cuidado de pacientes em estado grave de saúde exige redobrada atenção dos profissionais envolvidos em razão do número de procedimentos realizados, da tecnologia e da demanda por tomadas de decisão em curto espaço de tempo. Além disso, a SP pode ser afetada por questões relacionadas ao ambiente, infraestrutura, superlotação, quantidade inadequada de profissionais, sobrecarga de trabalho e/ou recursos limitados (DAL-BÓ; SILVA; SAKAE, 2012). Assim, inúmeras situações podem condicionar o cuidado (in)seguro, apesar da assistência à saúde ter como propósito a isenção de riscos e falhas.

Como garantia de melhores resultados, tem-se buscado evidências que balizem o desenvolvimento de práticas seguras e apontem aspectos que devem ser superados no cotidiano assistencial. Neste sentido, o estudo busca desenvolver uma síntese do conhecimento produzido e publicado em periódicos científicos sobre os aspectos que interferem na SP em unidades de cuidados críticos atribuído por profissionais que desenvolvem suas atividades laborais nesse ambiente.

A relevância do estudo está atrelada à atualidade do tema e a suas contribuições para o planejamento de estratégias intrainstitucionais que busquem segurança, redução de danos e qualidade no atendimento à saúde, tendo como objetivo evidenciar os aspectos que interferem na SP em UTI atribuídos por profissionais de saúde.

## Método

A revisão integrativa (RI) tem se destacado por reunir e apresentar o conhecimento produzido em determinada área. De acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008), a RI possibilita a incorporação das evidências na prática clínica e tem como finalidade a síntese dos resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão de maneira sistemática.

Assim, no presente estudo utilizou-se a proposta de Mendes, Silveira e Galvão (2008), seguindo os seis passos recomendados para a elaboração da RI: elaboração da questão de pesquisa; determinação dos critérios de inclusão e exclusão e seleção da amostra; extração das informações; análise crítica; interpretação dos dados e apresentação dos resultados. De forma complementar, a etapa “elaboração da questão de pesquisa” foi orientada pela estratégia PICO, a qual identifica os aspectos-chave População, Fenômeno de Interesse e Contexto (JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2011). A pergunta orientadora da RI foi “Quais são os aspectos que interferem na segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva de acordo com os profissionais de saúde”?

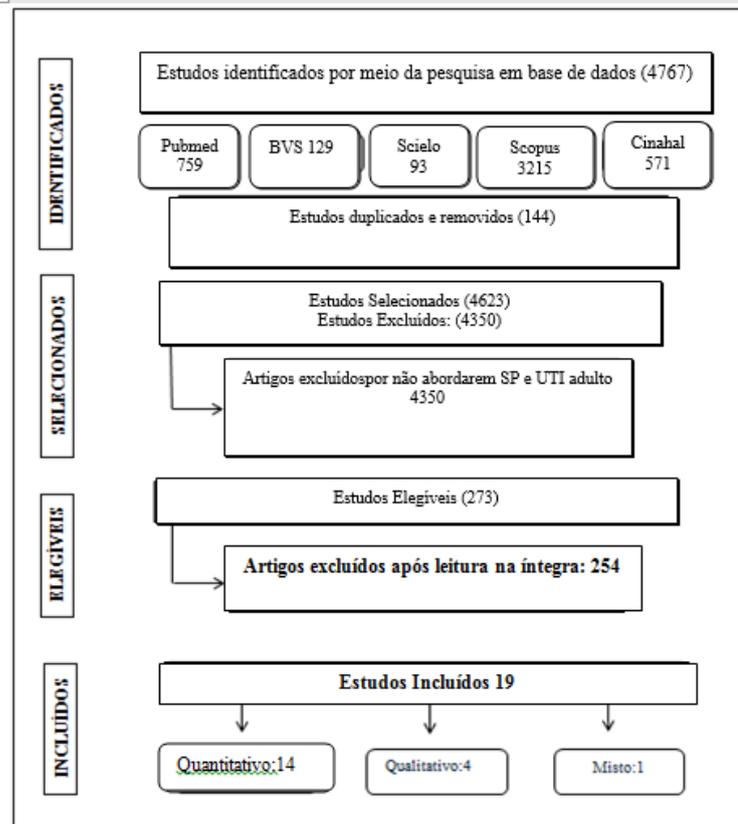
Para a identificação dos estudos redigiu-se um protocolo de pesquisa utilizando os seguintes descritores e palavras-chave: “Unidades de Terapia Intensiva”, “UTI”, “CTI”, “terapia intensiva”, “centro intensivo”, “centros intensivos”, “cuidados intensivos”, “cuidado intensivo”, “cuidados críticos”, “cuidado crítico”, “segurança do paciente”, “segurança dos pacientes”, “gestão da segurança”, “cultura de segurança”, “enfermagem, enfermeir\*”, “cuidados de enfermagem”, “pessoal de saúde”, “profissional da saúde”, “profissional de saúde”, “profissionais da saúde”, “profissionais de saúde”, “trabalhador de saúde”, “trabalhador da saúde”, “trabalhadores de saúde”, “trabalhadores da saúde”, “*Intensive Care Units*”, “*intensive care*”, “*ICU*”, “*intensive care units*”, “*intensive care*”, “*patient safety*”, “*safety care*”, “*safety management*”, “*safety culture*”, “*nursing*”, “*nurse\**”, “*nursing care*”, “*health personnel*”, “*health care providers*”, “*health care provider*”, “*healthcare providers*”, “*healthcare provider*”, “*healthcare workers*”, “*healthcare worker*”, “*Unidade de Cuidado Intensivo*”, “*cuidados intensivos*”, “*UCI*”, “*unidades de cuidados intensivos*”, “*cuidados intensivos*”, “*seguridad del paciente*”, “*gestión de la seguridad*”, “*cultura de seguridad*”, “*enfermería*”, “*enfermer\**”, “*atención de enfermería*” e “*personal de salud*”. Ademais, usou-se a associação entre os operadores booleanos “OR” e “AND”. No protocolo também foram incluídos os idiomas português, inglês e espanhol, bem como o recorte

temporal entre os anos de 2013 e 2020, período de implantação da PNSP pelo MS até os dias atuais.

A coleta dos dados foi realizada nos meses de março e maio de 2019, nas bases de dados CINAHL, Pubmed/Medline e SCOPUS (sendo que no Portal de Periódicos CAPES a busca dos artigos foi realizada pelo sistema Cafe-UFSC) e nas bibliotecas eletrônicas BVS e SciELO. Os estudos identificados foram salvos no programa organizador de dados *Mendeley*, com subsequente exclusão dos duplicados. A partir disso, a elegibilidade dos estudos foi determinada através da leitura do título e do resumo, considerando como critérios de inclusão: artigos científicos, estudos sobre as temáticas: SP e UTI adulto, disponíveis na íntegra *online* e gratuitamente. Como critérios de exclusão, determinou-se: artigos na modalidade cartas, resenhas e editoriais, teses e dissertações. Os estudos elegíveis foram lidos na íntegra, dando origem à listagem dos estudos que constituíram de fato o quadro amostral.

A busca de evidências nas bases de dados, foi conduzida seguindo as recomendações (*checklist*) do *Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies* (PRISMA), o qual é subdividido em: artigos identificados, selecionados, elegíveis e incluídos (LIBERATI *et al.*, 2009) (Figura 1).

Figura 1 – Fluxo de seleção dos estudos a partir da recomendação PRISMA, Chapecó, SC, Brasil, 2019.



Fonte: a autora.

Ao todo, 254 artigos foram excluídos após leitura na íntegra por não responderem à questão de pesquisa deste estudo. Os artigos incluídos foram descritos em tabela no *Microsoft Word*, com a extração das informações: título, autores, ano, objetivos, método e resultados. A partir destes dados, foi identificado o nível de evidência (NE) de acordo com as recomendações de Polit e Beck (2018): Nível I, revisões sistemáticas; Nível II, ensaio clínico randomizado individual e estudos de coorte prospectivo para questões de prognósticos e algumas questões de diagnóstico - para estudos transversais individuais para questões quantitativas descritivas; e para estudo qualitativo minucioso para questões de significado de processo; Nível III, ensaio não randomizado individual; Nível IV, estudo de coorte prospectivo individual – exceto questões de nível II; Nível V, estudo de caso controle individual, exceto questões de nível II; Nível VI, estudo transversal individual, exceto questões de nível II; Nível VII, estudo qualitativo minucioso individual, exceto questões de nível II; Nível VIII, opiniões de especialistas e relatos de caso.

Os dados foram analisados, discutidos e apresentados conforme recomendam Mendes, Silveira e Galvão (2008). Por se tratar de uma RI da literatura, este estudo não necessitou da aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Contudo, foram considerados como aspectos éticos a citação de todos os autores dos artigos envolvidos nesse estudo.

## **Resultados**

Após análise baseada nos critérios de inclusão e exclusão e análise detalhada das publicações, 19 artigos integraram o estudo. Desses, nove foram publicados em português e 10 em inglês. Considerando o método dos estudos: três são qualitativos, um misto e 15 são quantitativos e fizeram uso dos instrumentos *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) e *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), recomendados pelo MS com propósito de avaliar a cultura de segurança e contribuir para a qualificação do cuidado em estabelecimentos de saúde.

Quanto ao NE dos estudos, 15 foram classificados como NE II, o que, de acordo com os critérios de hierarquia estabelecidos por Polit e Beck (2018), caracteriza dados bem elaborados, convincentes, oriundos de pesquisas desenvolvidas com rigor metodológico.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos sobre segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva segundo autor, título, ano de publicação, desenho, objetivos, resultados e nível de evidência. Florianópolis, SC, Brasil, 2019.

<b>Autor/Título/Ano</b>	<b>Desenho</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>NE</b>
E1: Mello e Barbosa. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. 2013.	Survey e transversal.	Sistematizar as recomendações dos profissionais de enfermagem.	A maioria das recomendações dos profissionais de enfermagem para melhorar a segurança do paciente está voltada para as dimensões aprendizado organizacional, melhoria contínua pessoal, percepção geral de segurança do paciente, e apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente.	Nível II
E2: Chaboyer <i>et al.</i> <i>Safety culture in australian intensive care units: establishing a baseline for quality improvement.</i> 2013.	Descritivo, transversal e multicêntrico.	Avaliar a cultura de segurança em unidades de terapia intensiva da Jordânia.	Entre as recomendações destacou-se a relação entre enfermeiros e pacientes, boa comunicação e colaboração entre os profissionais de saúde, melhorar a educação continuada e o treinamento.	Nível II
E3: Raftopoulos e Pavlakis. <i>Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire.</i> 2013.	Survey multicêntrico.	Avaliar a cultura de segurança e o clima de trabalho em equipe nas unidades de terapia intensiva (UTI) públicas dos cinco hospitais públicos regionais em Chipre.	Foram observadas variações no clima de trabalho e na SP entre as UTI dos hospitais regionais do Chipre. Dentre elas, a idade, a infraestrutura, a gravidade dos casos e o mix de habilidades do enfermeiro são variáveis que afetam a cultura de segurança do paciente em um ambiente de UTI	Nível II
E4: Matta. <i>Determination of the patient safety culture among nurses working at intensive care units.</i> 2015.	Descritivo e transversal.	Determinar a cultura de segurança do paciente entre enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva.	Profissionais afirmam que enfrentam diariamente incidentes de potencial ameaça à segurança do paciente. Dentre as respostas positivas, a mais alta foi para a dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades” e a menor para a dimensão “resposta não punitiva ao erro”.	Nível II
E5: Santiago e Turrini. <i>The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit.</i> 2015.	Estudo de caso com método misto.	Explorar as atitudes e percepções de enfermeiros e médicos relevantes para a cultura de segurança e para elicitar estratégias para promover a cultura de segurança em uma unidade de terapia intensiva.	Entrevistas revelaram vários desafios de segurança, incluindo subnotificação, falha em aprender com os erros, falta de comunicação, baixa satisfação no trabalho entre os enfermeiros e comunicação ineficaz entre enfermeiro e médico.	Nível II
E6: Minuzzi <i>et al.</i> Contributions of healthcare staff to promote patient safety in intensive care. 2016.	Estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa.	Apresentar as recomendações dos profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva para a melhoria da cultura de segurança do paciente.	Dentre as recomendações, destacaram-se as relacionadas ao apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, em especial, ao suprimento de recursos materiais; e também ao aprendizado organizacional e melhoria contínua, com sugestões de treinamentos e implementação de protocolos, visando à padronização da assistência.	Nível II

Autor/Título/Ano	Desenho	Objetivo	Principais resultados	NE
E7: Costa <i>et al.</i> Percepção de profissionais de enfermagem acerca de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. 2016.	Estudo de natureza descritiva, com abordagem qualitativa.	Compreender a percepção dos profissionais de enfermagem de unidades de terapia intensiva gerais de hospitais públicos acerca da segurança do paciente.	Quatro condições foram descritas como intervenientes na segurança do paciente: ações diante do evento adverso; concepções e ações que integram o cuidado seguro. Revelou-se que a segurança do paciente é uma consequência da cultura adotada pelos profissionais.	Nível VII
E8: Minuzzi, Salum e Locks. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. 2016.	Estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa.	Avaliar as dimensões da cultura de segurança do paciente, na perspectiva dos profissionais de saúde, de uma unidade de terapia intensiva.	Destacaram-se as dimensões: expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor, trabalho em equipe na unidade e abertura para comunicações. Os aspectos com piores avaliações foram: apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, respostas não punitivas aos erros e trabalho em equipe entre as unidades.	Nível II
E9: Schwonke <i>et al.</i> Cultura de segurança: a percepção dos profissionais de enfermagem intensivistas. 2016.	Descritivo e quantitativo.	Caracterizar a cultura de segurança de instituições hospitalares, na percepção dos profissionais de enfermagem intensivistas.	Foram propostos quatro construtos, contendo diferentes atitudes, que interferem na segurança do paciente: promoção da segurança do paciente em nível organizacional; segurança no cuidado ao paciente; prevenção de erros como prioridade organizacional; e percepção de riscos e erros que ocorrem na organização.	Nível II
E10: Collier <i>et al.</i> <i>Employee engagement and a culture of safety in the Intensive Care Unit.</i> 2016.	Descritivo, retrospectivo e quantitativo.	Explorar a relação entre o engajamento dos funcionários e a cultura de segurança.	Os resultados demonstraram uma forte relação positiva entre o escore total de engajamento e o escore total de segurança do paciente. Com implicações para melhorar as estratégias gerenciais relativas ao engajamento dos funcionários, que podem impactar, em última análise, as percepções de uma cultura de segurança.	Nível II
E11: Reis <i>et al.</i> Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva. 2017.	Estudo transversal.	Avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde.	Os domínios que interferem na SP, apresentaram menor pontuação a Percepção da Gerência e Condições de Trabalho e a maior pontuação foi no domínio satisfação no trabalho.	Nível II
E 12: Al Malki, Endacott e Innes. <i>Health professional perspectives of patient safety issues in intensive care units in Saudi Arabia.</i> 2018.	Descritivo e transversal.	Examinar atitudes em relação à segurança do paciente em duas unidades de terapia intensiva da perspectiva dos profissionais de saúde na Arábia Saudita.	Os domínios que interferem na SP apresentaram menor pontuação a percepções, melhor escore para o gerenciamento e a comunicação.	Nível II
E13: Rizalar e Topcu. <i>The patient safety culture perception of Turkish nurses who work in operating room and intensive care unit.</i> 2017.	Quantitativo descritivo.	Determinar a percepção da cultura de segurança do paciente do centro cirúrgico e dos enfermeiros de terapia intensiva e os fatores que afetam essa percepção.	O comportamento do empregado obteve maior pontuação para interferir na SP e a menor pontuação ocorreu na subescala do sistema de notificação de eventos adversos.	Nível II

<b>Autor/Título/Ano</b>	<b>Desenho</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>NE</b>
E14: Ramya. <i>Patient safety culture in Intensive Care Units.</i> 2017.	Quantitativo e transversal.	Explorar a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança nas unidades de terapia intensiva de um hospital privado, segundo os domínios do <i>Safety Attitudes Questionnaire</i> .	O escore mais alto foi encontrado no clima de trabalho da equipe, enquanto o menor escore foi no reconhecimento de estresse.	Nível II
E15: Keys e Stichler. <i>Safety and security concerns of nurses working in the Intensive Care Unit.</i> 2018.	Qualitativo.	Identificar as perspectivas sobre elementos que promovem segurança e proteção nas unidades de terapia intensiva.	Os resultados indicam que os participantes preferem prestar cuidados em UTI com não mais que 12 a 14 leitos. Quase todos os entrevistados mencionaram o pessoal adequado como o atributo mais importante para um ambiente seguro.	Nível VII
E16: Sharour, Suleiman e Al-Ghabees <i>Toward having safe environment in critical care units: a multisite study.</i> 2018.	Descritivo e transversal.	Avaliar a cultura de segurança na terapia intensiva jordaniana.	A relação padrão enfermeiro-paciente, boa comunicação e colaboração entre profissionais de saúde, melhora a educação continuada e favorecem e influenciam na cultura de segurança e SP.	Nível II
E17: Souza <i>et al.</i> Associação entre clima de segurança e a carga de trabalho da enfermagem. 2019a.	Quantitativo.	Verificar a associação entre clima de segurança e carga de trabalho dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva.	Submetidos à alta carga de trabalho (>571 pontos). Resultados: obteve-se associação entre três domínios do SAQ: clima de trabalho em equipe (p=0,010), clima de segurança (p=0,009) e satisfação no trabalho (p=0,020) e a SP.	Nível II
E18: Souza <i>et al.</i> Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. 2019b.	Qualitativo.	Conhecer a cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva.	Emergiram duas categorias como influenciadoras da cultura de segurança: percepção sobre o erro e gestão do erro	Nível VII
E19: Soares de Souza <i>et al.</i> Clima de segurança em terapia intensiva para adultos: foco nos profissionais de enfermagem. 2019.	Quantitativo.	Analisar o clima de segurança em uma unidade de terapia intensiva (UTI) para adultos.	Obteve-se os totais médios por domínio: clima de trabalho em equipe=77,38 pontos, clima de segurança=69,90 pontos, satisfação no trabalho=88,04 pontos, percepção do estresse=67,19 pontos, percepção da gerência=60,71 pontos e condições de trabalho=74,11 pontos como determinantes para a segurança do paciente.	Nível II

Fonte: a autora.

Quadro 2 – Aspectos que interferem na segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. Florianópolis, SC, Brasil, 2019.

Aspectos que interferem positivamente ou negativamente na SP em UTI	Ocorrência %	Estudo
A comunicação efetiva e assertiva torna o cuidado mais seguro.	55	E2, E5, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E16, E17
Reconhecimento e apoio pela gestão hospitalar da SP como prioridade	55	E1, E4, E6, E7, E8, E9, E10, E12, E13, E15, E16
Resposta punitiva aos erros	30	E5, E8, E9, E10, E16, E17
Trabalho em equipe	30	E1, E2, E4, E8, E11, E17
Capacitação contínua de pessoal	25	E2, E3, E6, E14, E17
Aprendizado organizacional	25	E1, E8, E9, E16, E18
Dimensionamento de pessoal	18	E2, E6, E8
Definição de protocolos	15	E1, E2, E18
Comprometimento da equipe	15	E11, E17, E18
Satisfação no trabalho	15	E12, E18, E19
Percepção do erro	10	E17, E18
Infraestrutura adequada	10	E6, E14
Carga de trabalho	10	E6, E11
Condições adequadas de trabalho	5	E17
Redução de eventos adversos	5	E14
Comunicação de erros	5	E1
Necessidade de mudanças para garantir cuidado seguro	5	E7
Melhoria de pessoal	5	E1

Fonte: a autora.

## Discussão

Diante dos resultados, observou-se que inúmeros fatores interferem na SP no ambiente da terapia intensiva, com destaque para a comunicação efetiva e assertiva, que torna o cuidado mais seguro, o reconhecimento e apoio pela gestão hospitalar como prioridade para a SP, a resposta punitiva ao erro e o trabalho em equipe.

A comunicação eficaz, tanto verbal como não verbal, também foi descrita como partícipe na SP, uma vez que possibilita aos profissionais troca de conhecimentos e reconhecimento das necessidades daqueles que estão sob seus cuidados. Segundo estudo realizado por Massoco e Melleiro (2015), a comunicação é fundamental para o desenvolvimento do trabalho dos enfermeiros junto à equipe, pois abrange desde a transmissão e interconexão das informações entre emissores e receptores, até sua influência direta sobre os indivíduos.

Exemplos de comunicação (in)efetiva podem ocorrer em situações como passagem de plantão, visita domiciliar, em situações de emergência, ao solicitar a dieta para o serviço de nutrição e dietética, na elaboração de protocolos, enfim, em toda e qualquer atividade nos ambientes de saúde e que estão diretamente relacionadas ao alcance ou não da SP.

Cabe destacar que segundo o Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP), a ineficiência da comunicação no setor de saúde está entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros na assistência. Neste sentido, destaca-se como prioridade a busca pela padronização dos processos de comunicação em especial quando há repercussão direta no cuidado prestado ao paciente (IBSP, 2019).

Autores corroboram que o apoio dos gestores é fundamental para o fortalecimento da SP, por representarem o eixo central das instituições com elevado nível de comprometimento, bem como daquelas com forte espírito de coesão institucional (MELO; BARBOSA, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2014). Também, destacam o importante papel articulador da gerência frente à organização hospitalar, uma vez que o aval institucional é necessário para a implementação de qualquer medida de controle.

Revisão sistemática realizada em 2014 aponta que o tempo de dedicação e o trabalho dos gestores podem influenciar nos resultados clínicos, nos processos e no desempenho em termos de qualidade e segurança (PARAND *et al.*, 2014). Neste sentido, a gestão deve não só ser incorporada, mas integrar movimentos intrainstitucionais que fomentem a SP desde o princípio e, na contramão da fragmentação dos processos, busquem melhor compreensão do todo para consequente melhor resolução de problemas (COSTA; MEIRELLES; ERDMANN, 2013).

Dada sua importância, cabe às instituições avaliar com responsabilidade o papel que os gestores devem desempenhar, uma vez que suas decisões envolvem a gestão de pessoas, o planejamento das instalações, a elaboração dos procedimentos operacionais, a escolha dos equipamentos, bem como todas as demais decisões que definem a estrutura e o funcionamento do sistema (FRANÇOLIN *et al.*, 2015).

Como reflexo do modo com que as instituições são geridas, têm-se as condições de trabalho, também consideradas importantes elementos no que se refere à SP, que abrangem desde o apoio e respeito (in)existente entre os membros da equipe, até a relação estabelecida entre o número de pessoal e carga de trabalho. As condições de trabalho podem também ser percebidas pelo clima e satisfação no cotidiano do trabalho, o que estudos apontam como determinantes no cuidado (MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013).

Atribui-se à satisfação no trabalho, a participação e interação do profissional com sua equipe, promovendo atitudes positivas e melhora do desempenho final com ajuste e equilíbrio na relação do trabalhador com a organização, clientes e família (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011; ZAKARI, 2011). Na contramão, estudo desenvolvido por Cheung e Ching

(2014) apontam que a insatisfação no trabalho afeta a qualidade da assistência prestada. Estudo realizado por Matiello *et al.* (2016) em Vitória, evidencia a satisfação e a comunicação coerente no trabalho como importantes atributos para a cultura de segurança. Resultado análogo foi encontrado por Rigobello *et al.* (2012), que também descrevem a satisfação e disposição profissional como fatores fundamentais para a SP. Autores destacam que trabalhar satisfeito e em ambiente agradável pode influenciar positivamente o cotidiano dos profissionais, facultando qualidade e segurança à assistência oferecida ao paciente (ALVES; GUIRARDELLO, 2016). A satisfação no trabalho é, também, resultado de canais de boa comunicação e equipes bem coordenadas que atuam de forma cooperativa em prol de objetivos comuns (KOLANKIEWICZ *et al.*, 2017).

Outro aspecto evidenciado nos estudos foi a resposta punitiva ao erro como uma realidade nas instituições de saúde (SANTIAGO; TURRINI, 2015; LIVORSI *et al.*, 2016; SCHWONKE *et al.*, 2016; MELLO; BARBOSA, 2017). Para a efetivação da SP é necessário estabelecer processos de confiança, aprendizado organizacional e comprometimento coletivo em relação aos aspectos da segurança, liderança e à abordagem não punitiva (TOMAZONI *et al.*, 2014).

A punição inibe a notificação do erro, bem como a possibilidade de rever suas causas e oferecer o *feedback* esperado às equipes. Segundo Silva *et al.* (2016), a resposta punitiva ao erro é a que se mostra mais problemática entre todas as dimensões avaliadas por instrumentos de identificação de cultura de segurança, uma vez que os profissionais relatam medo da demissão e do registro pessoal na empresa. Tal situação compromete discussões e identificação de causas que poderiam ao longo do tempo assegurar o serviço oferecido.

No passado, havia uma falsa expectativa de que profissionais de saúde trabalhassem sem causar erros numa condição de infalibilidade e, para além disso, de culpa na sua vigência. Atualmente, apesar de o erro ser tratado pela ciência numa concepção multifatorial, na práxis sua ocorrência ainda está atrelada a competência profissional, colocando em destaque a necessidade urgente de repensar e reconstruir pilares que dão sustentação à segurança do paciente.

Outro aspecto apresentado nos estudos diz respeito à estrutura física, com importante papel na redução de EA e na SP. Estudo desenvolvido por Rosa e Menezes (2015) evidencia que a arquitetura e a engenharia dos ambientes de saúde têm contribuído para a SP e para o desenvolvimento de processos relacionados ao acolhimento e tratamento das necessidades humanas. Na mesma direção, Vaccari *et al.* (2014) ressaltam que o ambiente físico com sua

estrutura, disposição do mobiliário, formas de utilização e material empregado, tem função relevante na SP, como por exemplo, na ocorrência de quedas em idosos. Outro exemplo se relaciona à higienização das mãos a qual, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), ocorre com maior frequência quando pias ou dispensadores com álcool estão prontamente acessíveis aos profissionais no cotidiano da prática clínica (WHO, 2009).

A RDC 50 descreve que todos os projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde deverão obrigatoriamente ser elaborados em conformidade com a norma. O projeto deve ainda atender outras prescrições pertinentes ao objeto estabelecidas em códigos, leis, decretos, portarias e normas federais, estaduais e municipais como, por exemplo, a NBR 5261 que apresenta a simbologia gráfica de eletricidade ou, ainda, a NBR 14100, que descreve a proteção contra incêndio (BRASIL, 2002).

Assim, percebe-se nos diferentes exemplos a magnitude dos fatores que interferem positiva ou negativamente na SP e como a participação e comprometimento de todos envolvidos fomenta a existência de ambientes seguros.

### **Considerações finais**

A partir desta revisão foi possível identificar que, para os profissionais de saúde, a gestão, condições de trabalho, estrutura física, comunicação e resposta punitiva ao erro são fatores que interferem no desenvolvimento de cuidados seguros. A complexidade de tais elementos repercute no panorama apresentado no contexto da saúde e traduz um longo caminho a ser percorrido, decorrente da necessidade de rever comportamentos e formas de pensar o cuidado e a saúde nas instituições.

As instituições têm um importante papel na gestão e organização do trabalho que favoreça a confiança dos profissionais entre si e deles com a própria instituição, já que tal confiança é essencial para os processos claros de comunicação necessário à SP, bem como à não ocultação do erro por medo da punição.

Destaca-se a variedade de aspectos descritos nos estudos, como os relacionados à gestão, estrutura, dimensionamento de pessoal, entre outros, sugerindo a presença de lacunas em diferentes pontos da estrutura do serviço de saúde e da atenção à saúde. Os elementos identificados traduzem a necessidade de novos olhares sobre a maneira de gerir e pensar o cuidado e a saúde. É emergente repensar prioridades, definindo objetivos que vão ao encontro

do cuidar seguro a partir da macrogestão em direção à organização das unidades e serviços oferecidos nos espaços de saúde.

Chama atenção o fato das publicações sobre SP na UTI centrarem os estudos na avaliação da cultura de segurança por meio de instrumentos validados e recomendados no Brasil, como forma de estabelecer diagnósticos situacionais. No entanto, as evidências apontam para a necessidade de pesquisas que avancem além da avaliação de itens relacionados à cultura e passem a compreender a SP através de abordagens qualitativas que busquem elucidar o cotidiano da assistência oferecida pelos profissionais de saúde.

## Referências

AL MALKI, A.; ENDACOTT, R.; INNES, K. Health professional perspectives of patient safety issues in intensive care units in Saudi Arabia. **Journal of Nursing Management**, v. 26, n. 2, p. 209–218, 2018.

ALVES, D. F. S.; GUIRARDELLO, E. B. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 2, e58817, 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Epidemiológica. **Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: ANVISA, 2002.

BRASIL. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BUENO, A. A. B.; FASSARELLA, C. S. Segurança do paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Rede De Cuidados De Saúde**, v. 6, n. 1, p. 2–10, 2012.

CHABOYER, W.; CHAMBERLAIN, D.; HEWSON-CONROY, K.; GREALY, B.; ELDERKIN, T.; BRITTIN, M.; MCCUTCHEON, C.; LONGBOTTOM, P.; THALIB, L. CNE article: safety culture in Australian intensive care units: establishing a baseline for quality improvement. **American Journal of Critical Care**, v. 22, n. 2, p. 93–102, 2013.

CHEUNG, K.; CHING, S. S. Y. Job satisfaction among nursing personnel in Hong Kong: a questionnaire survey. **Journal of Nursing Management**, v. 22, n. 5, p. 664-675, 2014.

COLLIER, S. L.; FITZPATRICK, J. J.; SIEDLECKI, S. L.; DOLANSKY, M. A. Employee engagement and a culture of safety in the Intensive Care Unit. **The Journal of Nursing Administration**, v. 46, n. 1, p. 49–54, 2016.

COSTA, T. D.; SALVADOR, P. T. C. O.; RODRIGUES, C. C. F. M.; ALVES, K. Y. A.; TOURINHO, F. S. V.; SANTOS, V. E. P. Percepção de profissionais de enfermagem acerca de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 3, e61145, 2016.

COSTA, V.; MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1165-1171, 2013.

DAL-BÓ, K.; SILVA, R. M.; SAKAE, T. Infecção hospitalar em uma unidade de terapia intensiva neonatal do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 24, n. 4, p. 381-5, 2012.

FRANÇOLIN, L.; GABRIEL, C. S.; BERNARDES, A.; SILVA, A. E. B. C.; BRITO, M. F. P.; MACHADO, J. P. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 2, p. 0277-0283, 2015.

GOUVÊA, C. S. D. **Desenvolvimento de indicadores de segurança para o monitoramento de cuidado em hospitais brasileiros de pacientes agudos**. Rio de Janeiro: Proqualis, 2015.

IBSP. Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente. **O papel da enfermagem na segurança do paciente**. 2019. Disponível em: <https://www.segurancadopaciente.com.br/opiniaio/o-papel-da-enfermagem-na-seguranca-do-paciente/>. Acesso em: 06 fev. 2021.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. Reviewer's manual: 2011 edition. Adelaide: Institute Joanna Briggs, 2011.

KEYS, Y.; STICHLER, J. F. Safety and security concerns of nurses working in the Intensive Care Unit. **Critical Care Nursing Quarterly**, v. 41, n. 1, p. 68–75, 2018.

KOLANKIEWICZ, A. C. B.; LORO, M. M.; SCHMIDT, C. R.; SANTOS, F. P.; BANDEIRA, V. A. C.; MAGNAGO, T. S. B. S. Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 5, p. 531-537, 2017.

LIBERATI, A.; ALTMAN, D. G.; TETZLAFF, J.; MULROW, C.; GÖTZSCHE, P. C.; IOANNIDIS, J. P.; CLARKE, M.; DEVEREAUX, P. J.; KLEIJNEN, J.; MOHER, D. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. **BMJ**, v. 339, n. b2700, 2009.

LIVORSI, D.; KNOBLOCH, M. J.; BLUE, L. A.; SWAFFORD, K.; MAZE, L.; RIGGINS, K.; HAYWARD, T.; SAFDAR, N. A rapid assessment of barriers and facilitators to safety culture in an intensive care unit. **International Nursing Review**, v. 63, n. 3, p. 372–376, 2016.

MAGALHÃES, A. M.; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 146-154, 2013.

- MASSOCO, E. C. P.; MELLEIRO, M. M. Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 187-91, 2015.
- MATIELLO, R. D. C.; LIMA, E. F. A.; COELHO, M. C. R.; OLIVEIRA, E. R. A.; LEITE, F. M. C.; PRIMO, C. C. A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, p. 01-09, 2016.
- MATTA, M. Comparison of safety culture between nurses and physicians at Cleveland Veterans Affairs (VA) Medical Intensive Care Unit (MICU). **Chest**, v. 148, n. 4, p. 219A–219B, 2015.
- MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 1124–1133, 2013.
- MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, 2017.
- MELO, M. B.; BARBOSA, M. A.; SOUZA, P. R. Job satisfaction of nursing staff: integrative review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 1047-1055, 2011.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método da pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
- MINUZZI, A. P.; SALUM, N. C.; LOCKS, M. O. H.; AMANTE, L. N.; MATOS, E. Contributions of healthcare staff to promote patient safety in intensive care. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 121-129, 2016.
- MINUZZ, A. P.; SALUM, N. C.; LOCKS, M. O. H. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 1–9, 2016.
- OLIVEIRA, R. M.; LEITÃO, I. M. T. A.; SILVA, L. M. S.; FIGUEIREDO, S. V.; SAMPAIO, R. L.; GONDIM, M. M. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.
- PARAND, A.; DOPSON, S.; RENZ, A.; VINCENT, C. The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. **BMJ open**, v. 4, n. 9, e005055, 2014.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018.
- RAFTOPOULOS, V.; PAVLAKIS, A. Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. **Journal of Critical Care**, v. 28, n. 1, 2012.

RAMYA, K. R. Patient safety culture in Intensive Care Units. **Asian Journal of Nursing Education and Research**, v. 7, n. 4, p. 509-514, 2017.

REIS, F. F. P.; OLIVEIRA, K. F.; LUIZ, R. B.; BARICHELLO, E.; CRUZ, L. F.; BARBOSA, M. H. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 6, n. 2, p. 34-48, 2017.

RIGOBELLO, M. C. G.; CARVALHO, R. E. F. L.; CASSIANI, S. H. B.; GALON, T.; CAPUCHO, H. C.; DEUS, N. N. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012.

RIZALAR, S.; TOPCU, S. Y. The patient safety culture perception of Turkish nurses who work in operating room and intensive care unit. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, v. 33, n. 2, p. 374-379, 2017.

ROSA, C. D.; MENEZES, M. A. J. Avaliação da influência da estrutura física das unidades de internação de clínica médica e cirúrgica de um hospital público do município de São Paulo: proposta para o gerenciamento de risco de quedas. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 4, n. 1, p. 55-70, 2015.

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 123-130, 2015.

SCHWONKE, C. R. G. B.; FILHO, W. D. L.; LUNARDI, G. L.; DA SILVEIRA, R. S.; RODRIGUES, M. C. S.; GUERREIRO, M. O. Cultura de segurança: a percepção dos profissionais de enfermagem intensivistas. **Enfermería Global**, v. 15, n. 41, p. 220-232, 2016.

SHAROOR, L. A.; SULEIMAN, K.; AL-GHABEESC, S. Toward having safe environment in critical units: a multisite study. **Critical Care Shock**, v. 21, p. 168-73, 2018.

SILVA, E. M. B.; PEDROSA, D. L. L.; LEÇA, A. P. C.; SILVA, D. M. Percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico. **Revista de Enfermagem Referência**, v. IV, n. 9, p. 87-95, 2016.

SOARES DE SOUZA, V.; DERENZO, N.; RAMOS COSTA, M. A.; RODRIGUES MENDONÇA, R.; FERREIRA DE LIMA, W. L.; MISUE MATSUDA, L. Clima de segurança em terapia intensiva para adultos: foco nos profissionais de enfermagem. **Avances en Enfermería**, v. 37, n. 1, p. 83-91, 2019.

SOUZA, C. S.; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G.; ROCHA, L. P.; BARLEM, E. L. D.; SILVA, T. L.; NEUTZLING, B. R. S. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. spe, e20180294, 2019b.

SOUZA, V. S.; OLIVEIRA, J. L. C.; COSTA, M. A. R.; VICENTE, G.; MENDONÇA, R. R.; MATSUDA, L. M. Associação entre clima de segurança e a carga de trabalho da enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, e58976, 2019a.

TOMAZONI, A.; ROCHA, P. K.; SOUZA, S.; ANDERS, J. C.; MALFUSI, H. F. C. Patient safety culture at neonatal intensive care units: perspectives of the nursing and medical team. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 755-763, 2014.

VACCARI, E.; LENARDT, M. H.; WILLIG, M. H.; BETIOLLI, S. E.; OLIVEIRA, E. S. Safety of the hospital environment in terms of preventing falls on the part of the elderly: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 13, n. 3, p. 271-281, 2014.

WHO. **Guidelines on hand hygiene in health care**. First global patient safety challenge: clean care is safe care. Geneva: World Health Organization, 2009.

WHO. **World alliance for patient safety: patient for patient safety**. Geneva: World Health Organization, 2009.

ZAKARI, N. M. A. Attitude of academic ambulatory nurses toward patient safety culture in Saudi Arabia. **Life Science Journal**, v. 8, n. 3, p. 230-237, 2011.

## 5.2 MANUSCRITO 2: A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM ESTUDOS DE TERAPIA INTENSIVA - POSSIBILIDADES METODOLÓGICAS: REVISÃO DE ESCOPO

### Resumo

**Objetivo:** Conhecer o caminho metodológico percorrido em estudos de enfermagem em terapia intensiva que utilizaram o referencial da Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici. **Método:** Revisão de escopo fundamentada nas recomendações do Instituto Joanna Briggs. A coleta de dados ocorreu no período de março a maio de 2019, considerando um recorte temporal dos últimos dez anos, artigos publicados entre 2010 e 2019. Os estudos identificados foram organizados no *software Mendeley*. **Resultados:** Dos 113 artigos encontrados, oito foram incluídos no estudo. Todos utilizaram o desenho qualitativo com prevalência da entrevista como técnica de coleta de dados. Em relação à análise dos dados, sobressaiu a de conteúdo de Bardin. A apresentação da Teoria das Representações Sociais predominou na etapa do método, sendo pouco explorada nas demais fases dos artigos no que tange a determinação de ideias, imagens, compreensões, significados e comportamentos que representam o fenômeno estudado. **Conclusão:** Os estudos que utilizaram o referencial da teoria das representações sociais acompanham as recomendações propostas em relação ao percurso metodológico adotado no que tange ao desenho qualitativo e uso de entrevista para a coleta de dados. Foi evidenciado que este referencial teórico é pouco utilizado na enfermagem em terapia intensiva.

**Descritores:** Teoria das Representações Sociais. Unidade de Terapia Intensiva. Enfermagem.

### Introdução

A enfermagem, em suas diversas áreas de atuação, tem como característica utilizar-se de uma diversidade de referenciais teóricos e metodológicos em seus estudos e produções científicas como possibilidade de adentrar nas temáticas e reconhecê-las por meio de múltiplos olhares. Um dos referenciais teóricos mais utilizados na enfermagem, porém com origem nos estudos da psicologia social, é o das Representações Sociais (RS), postulada por Serge Moscovici (2015), relacionada ao pensamento simbólico, que pressupõe e dá sentido à linguagem, às ações e atitudes no cotidiano da vida (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011; SILVA *et al.*, 2017).

Criada em 1961 como resultado da tese “A Psicanálise, a sua imagem e o seu Público”, o estudo ganhou notoriedade com a publicação de sua reedição em 1976 (MOSCOVICI, 2015). Em consequência, a teoria foi considerada um referencial complexo e ousada diante da intersecção da pessoa e de seu mundo (MOSCOVICI, 2013).

Segundo Veronese e Guareschi (2007), as RS constituem os fios da trama social que, apropriada pelos sujeitos, adquire externalidade e dá contorno à realidade. Ao assumir determinados papéis sociais, o sujeito herda a história deste papel que, em comunhão com outros sistemas de orientação, retroagem e constituem o mundo vivido, conduzindo à geração de vias concretas de ações/atitudes.

Neste sentido, colabora para a compreensão de problemas sociais relevantes e de impacto frente a constante necessidade de desenvolvimento social. Jodelet (2015) corrobora essa afirmação ao descrever que o estudo das RS tem o objetivo prático de interpretar o mundo da vida, das orientações, das condutas e das comunicações. Ainda, para Morera, Padilha e Zeferino (2015), é através das RS, coletivamente elaboradas, que se dá sentido ao mundo e suas relações.

No campo da saúde e na enfermagem, especificamente, o desenvolvimento de estudos nesta área auxilia pesquisadores a compreenderem o que orienta e determina o comportamento dos grupos profissionais, dos gestores e dos usuários do sistema. Neste contexto de diferentes saberes, intervenções poderão ser propostas e novas características introduzidas nos grupos através dos resultados de pesquisas no campo das RS, favorecendo novas práticas e novos panoramas nos contextos já identificados.

A terapia intensiva é considerada um setor complexo que exige conhecimento, expertise, agilidade e comprometimento ético de sua equipe. Nos fazeres da vida diária, a carga de trabalho é intensa e normalmente somada à falta e/ou escassez de recursos humanos,

favorecendo situações adversas que de forma imediata ou tardia podem colocar em risco a vida dos pacientes.

Considerando que o referencial das RS busca clarificar os comportamentos adotados pelos profissionais e pacientes e o entrecruzamento de saberes que tanto determinam como são determinados pelos espaços sociais, percebe-se sua importância, como possibilidade de (re)construção de novos ambientes e processos no encontro da satisfação de todos os envolvidos no sistema.

Ao aplicar a Teoria das Representações Sociais (TRS) nas pesquisas de enfermagem, oportuniza-se compreender as representações construídas sobre o cuidado e conhecer os sentidos que a ele se atribuem, a realidade material que lhe serve de referência, as explicações engendradas que permitem entender os comportamentos, as atitudes e as opções das pessoas pelos caminhos que seguem nos seus cotidianos. Enfim, ampliar a compreensão sobre as pessoas, seus afetos e seus processos de conhecer e agir frente ao mundo, ajuda conduzir o cuidado num plano terapêutico assentado na lógica do “outro”, que é para quem o cuidado se destina (FERREIRA, 2016).

A complexidade da TRS incita a busca por estudos que se apropriam deste referencial. Daí a proposição desta revisão integrativa de literatura com o objetivo de conhecer o percurso metodológico utilizado em estudos de enfermagem em terapia intensiva utilizando o referencial da TRS.

## **Método**

O estudo foi delineado como uma revisão de escopo com arcabouço metodológico proposto pelo Instituto Joanna Briggs, por meio da seguinte estrutura: 1) identificação da questão e objetivo de pesquisa; 2) identificação de estudos relevantes; 3) seleção de estudo, conforme os critérios predefinidos; 4) mapeamento de dados; 5) sumarização dos resultados, por meio de uma análise temática qualitativa em relação ao objetivo e pergunta; e, 6) apresentação dos resultados.

Para construção da pergunta de pesquisa foi utilizado a estratégia PICO, considerando como população os estudos que utilizam as RS, o fenômeno de interesse referente aos aspectos metodológicos dos estudos e o contexto vinculado à área da enfermagem. Após ajustar os objetivos do estudo ao PICO (JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2011), a pergunta definida foi expressa da seguinte forma: “Qual o caminho metodológico utilizado em estudos

que adotam a Teoria das Representações Sociais na área da enfermagem em terapia intensiva?” (JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2011).

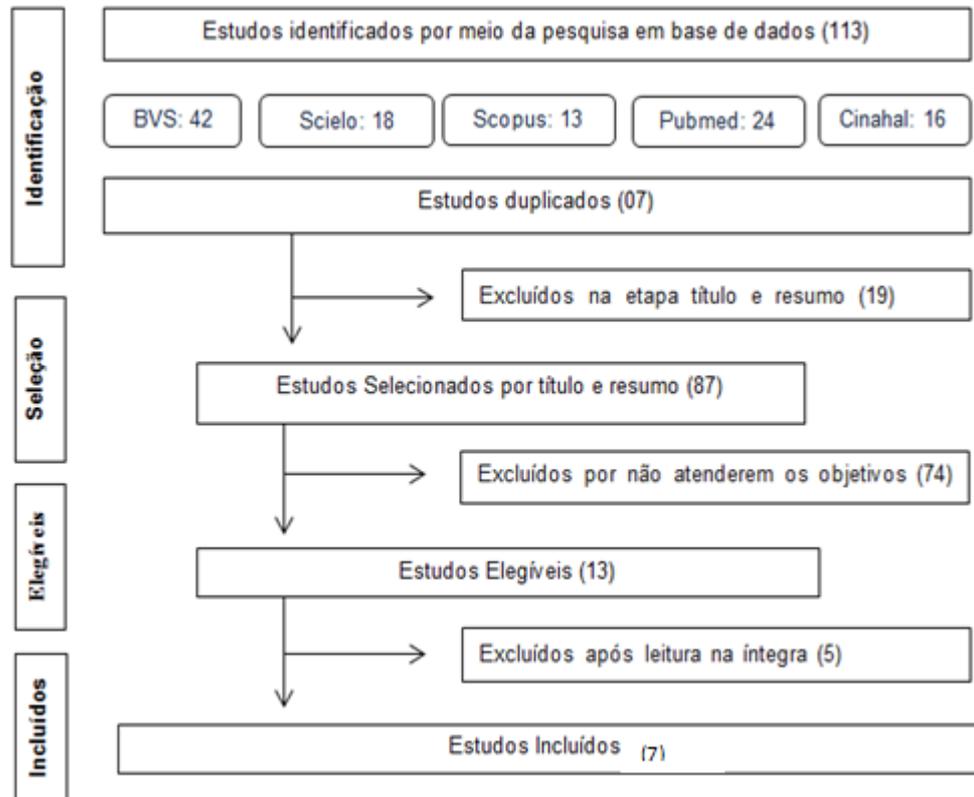
Para a identificação dos estudos foi redigido um protocolo de pesquisa utilizando os recursos informacionais: “enfermagem”, “enfermeir\*”, “cuidados de enfermagem”, “unidades de terapia intensiva”, “UTI”, “CTI”, “terapia intensiva”, “centro intensivo”, “centros intensivos”, “cuidados intensivos”, “cuidado intensivo”, “cuidados críticos”, “cuidado crítico”, “representações sociais”, “*nursing*”, “*nurse\**”, “*nursing care*”, “*intensive care units*”, “*intensive care*”, “*ICU*”, “*social representations*”, “*enfermería*”, “*enfermer\**”, “*atención de enfermería*”, “*unidades de cuidados intensivos*”, “*cuidados intensivos*”, “*UCI*”, e “*representaciones sociales*”. Ademais, usou-se a associação entre os operadores booleanos “*OR*” e “*AND*”. No protocolo, também foi incluído os idiomas português, inglês e espanhol e recorte temporal entre os anos de 2010 e 2020.

A coleta dos dados foi realizada nos meses de março a maio de 2019, por meio de busca nas bases de dados eletrônicas, *CINAHL*, *Scopus*, *Pubmed* e bibliotecas virtuais *SciELO* e *BVS*. Os estudos identificados foram salvos em programa organizador de dados denominado *Mendeley*, com subsequente exclusão dos duplicados. Na sequência, por meio de leitura de título e resumo, determinou-se a elegibilidade dos estudos considerando como critério de inclusão: a) artigos científicos disponibilizados gratuitamente na íntegra e no período de janeiro de 2010 a abril de 2020; e, b) estudos na área da enfermagem em terapia intensiva que utilizaram a TRS de Serge Moscovici. Como critérios de exclusão, considerou-se: a) artigos na modalidade cartas, resenhas, revisões, reflexão e editoriais, b) estudos duplicados; e, c) teses e dissertações. Os textos elegíveis foram lidos na íntegra, dando origem aos estudos incluídos na amostra.

A escolha dos manuscritos nas bases de dados foi conduzida seguindo as recomendações (*checklist*) do *Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies* (PRISMA), o qual é subdividido em: artigos identificados, selecionados, elegíveis e incluídos (Figura 1). Os dados foram organizados no programa *Mendeley* (LIBERATI *et al.*, 2009).

Dos 113 artigos encontrados, sete foram incluídos no estudo. Foi elaborado, a partir dos objetivos específicos delineados no estudo, um instrumento para a extração dos dados, característica e desafio das revisões de escopo, uma vez que cada revisão procura por categorias inovadoras, diferentemente das tradicionais categorias das revisões integrativas (SANTOS; SECOLI; PÜSCHEL, 2019).

Figura 1 – Fluxo do processo de seleção dos estudos a partir da recomendação PRISMA, Chapecó, SC, Brasil, 2019.



Fonte: a autora.

## Resultados

Após leitura exaustiva dos artigos, foram extraídos os resultados que foram transcritos para um instrumento de coleta de dados. Dos 113 manuscritos encontrados na busca, sete foram incluídos no estudo, os demais não utilizavam o referencial de Serge Moscovici ou não se tratavam de estudos realizados em terapia intensiva adulta.

De acordo com a proposta, os estudos selecionados eram na sua maioria escritos no idioma português e qualitativos. No que se refere ao ano de publicação, um trabalho foi publicado em 2012, um em 2014, três em 2016, um em 2018 e um em 2019.

Quadro1 – Apresentação dos dados metodológicos dos artigos incluídos no estudo, Chapecó, SC, Brasil, 2019.

Referência	Desenho	Coleta	Participantes	Análise
SILVA <i>et al.</i> Autonomy in the work of critical care nurses: study of social representations. <b>Revista Baiana de Enfermagem</b> , v. 26, n. 1, p. 387-398, 2012.	Qualitativo	Entrevista	5 enfermeiros	Bardin
SILVA; FERREIRA; APOSTOLIDIS. Practices of intensive care nurses in the face of technologies: analysis in the light of social representations. <b>Texto &amp; Contexto - Enfermagem</b> , v. 23, n. 2, p. 328-337, 2014.	Qualitativo	Entrevista	21 enfermeiros	Bardin
PEREIRA. Representaciones sociales acerca de la donación de órganos en enfermeros de una unidad de paciente crítico. <b>Enfermería: Cuidados Humanizados</b> , v. 5, n. 2, 2016.	Qualitativo	Entrevista	5 enfermeiros	Bardin
SILVA <i>et al.</i> Representações sociais de enfermeiros sobre o processo de Morte e morrer em uti. <b>Ciência, Cuidado e Saúde</b> , v. 15, n. 3, p. 474-481, 2016.	Qualitativo	Entrevista Evocação de palavras	23 enfermeiros, mestrandos e doutorandos.	IRAMUTEQ
VASCONCELOS <i>et al.</i> The daily life of relatives of patients admitted in ICU: a study with social representations. <b>Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online</b> , v. 8, n. 2, p. 4313-4327, 2016.	Qualitativo	Entrevista	40 famílias	Bardin
SILVA; FERREIRA; APOSTOLIDIS. Ser enfermeira intensivista: elementos identitários presentes no campo das representações sociais. <b>Revista Enfermagem UERJ</b> , v. 26,:e20787, 2018.	Qualitativo	Entrevista	21 enfermeiros	Bardin
FREITAS <i>et al.</i> The social representations of patients' relatives in Intensive Care Units: the implications to self-caring. <b>Journal of Research: Fundamental Care Online</b> , v. 11, n. 3, p. 664-671, 2019.	Qualitativo	Entrevista	40 familiares	Bardin

Fonte: a autor.

## Discussão

A busca literária por estudos desenvolvidos na terapia intensiva que utilizaram como referencial a TRS apontou oito artigos num recorte temporal de dez anos. As evidências apresentam um número restrito de estudos na área da enfermagem em terapia intensiva. Tal situação sugere que a enfermagem vem buscando apropriar-se deste referencial, a fim de apreender o modo de ser social e identitário de grupos delimitados no que diz respeito a determinados objetos de investigação e o desvelamento dos significados que sustentam e dão forma ao cotidiano (SANTOS, 2013).

Verificou-se, também, que os temas abordados nos estudos incluídos abrangem uma diversidade de situações que vão desde autonomia até a morte e o morrer, doação de órgãos entre outros, os quais revelam como as representações têm sido utilizadas para investigar os contextos, elementos da vida e objetos relacionados ao cotidiano que determinam o viver em

enfermagem. Na terapia intensiva, compreender o que ampara as ações dos envolvidos no processo de cuidar pode subsidiar o desenvolvimento profissional da enfermagem e melhorar o cuidado oferecido.

Dentre as linhas metodológicas da TRS, os estudos partícipes utilizaram o modelo processual adotado por Serge Moscovici como norteador da TRS, o qual tem como fundamento basilar a compreensão de como o senso comum se apropria dos conhecimentos e lhes confere sentido no cotidiano através das representações sociais (MOSCOVICI, 2015).

Este modelo, volta-se para o conteúdo das representações, o qual, por meio da compreensão dos sujeitos e do estudo do conhecimento do senso comum se desvela e orienta ações e comportamentos num *contínuum* repetitivo que confere estabilidade à realidade. Possibilita identificar como se constroem as representações a partir do quê, por quem, de que forma e como se dá a incorporação do novo, do não familiar, aos universos consensuais. Amplia o olhar das fronteiras da ciência, considerando o conhecimento comum do homem como fonte do conhecimento legítimo e propulsor das transformações sociais. Logo, as RS dão forma e contorno ao mundo, sendo que ao apropriar-se deste referencial, a enfermagem terá a possibilidade de reconhecer as significações que consolidam a realidade e concretizam as formas de Ser enfermeiro/enfermagem (SÁ, 1993).

Nesse sentido, a TRS auxilia no processo de compreensão da transformação de conceitos difundidos no universo reificado – para nós entendido como o universo da ciência – e na sua transmutação para o universo consensual – espaço extra-acadêmico, do senso comum. Na partilha consensual desses mesmos conceitos, há uma dinâmica a ser desvendada que visa compreender o processo de construção das representações sociais e revelar importantes aspectos imbricados na realidade. É no universo reificado que verdades imprecisas são difundidas e validadas socialmente por intermediários, normalmente a mídia e outros processos de comunicação em massa (MOSCOVICI, 1978).

Para desvendar comportamentos e atitudes consolidados nos grupos sociais, faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas que vão ao encontro do outro na sua subjetividade. Assim, o desenho qualitativo prevaleceu nos artigos que integraram o estudo, em coerência com o que estabelece a psicologia social a qual reconhece o valor do aspecto cognitivo do indivíduo e, nesta perspectiva, interfere nas práticas sociais, nas atitudes e condutas relativas ao objeto da representação (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011).

Entende-se que a pesquisa qualitativa no contexto das representações sociais auxilia o pesquisador na compreensão dos objetos de investigação. Isso porque orienta consensos e

tomadas de decisão a partir do sujeito e de suas mediações com a sociedade, suas categorias históricas, ciência e imaginário social e diversidade do senso comum.

É importante destacar que, apesar do predomínio qualitativo, a TRS agrega também aspectos de natureza quantitativa, podendo configurar modelos de pesquisa denominados quali quantitativos. Alguns *softwares* contabilizam palavras e as apresentam de diversas maneiras, como no formato de nuvens e fluxogramas entre outros, a fim de evidenciar a ideia que prevalece sobre determinados objetos.

Com relação à técnica de coleta de dados, a TRS preconiza a triangulação destes como forma de melhor aprender os fenômenos sociais, de forma a reforçar, concordar ou contrapor o que já foi obtido como resultado. Abric (1994) defende a plurimetodologia e considera ser importante recorrer a métodos próximos à enquete e a estudos qualitativos, como os interrogativos e os associativos, que possibilitam recolher o conteúdo e a natureza das representações elaboradas sobre uma situação.

Porém, o procedimento de coleta mais utilizado nos estudos foi a entrevista, e apenas um estudo utilizou concomitantemente duas técnicas de coleta, sendo a segunda o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP). A entrevista oferece ao pesquisador vasta produção de dados, com possibilidade de tradução de informações em respostas aos objetivos propostos da pesquisa (SILVA; FERREIRA, 2012). Ademais, embora a pesquisa qualitativa possibilite diferentes técnicas de coleta, a entrevista é, sem dúvida alguma, a técnica mais frequentemente utilizada em trabalhos qualitativos (ANDRADE, 2010). É considerada uma técnica de interação social, de interpenetração informativa, capaz de quebrar isolamentos grupais, individuais e sociais, podendo também servir à pluralização de vozes e à distribuição democrática da informação (MIGUEL, 2010), que possibilita a expressão de experiências não reveladas em outros contextos e que, ao revisitar sua história, a percepção sobre ela e sobre si pode se alterar ao longo da narração (SILVA; FERREIRA, 2012).

A entrevista é um recurso de pesquisa que avança ao possibilitar adentrar na memória e na afetividade dos entrevistados (MIGUEL, 2010). No entanto, enfatiza ser função do entrevistador saber problematizar o objeto a fim de alcançar uma produção verbal pertinente, adequada e com conteúdo que dê conta dos objetivos do estudo.

Jodelet (2015) auxilia neste processo de elaboração de perguntas, sugerindo como caminho de reflexão questões como: o que, quem, como, de onde se sabe e com que efeitos. Com relação ao uso de questionários, já em seu primeiro artigo, Moscovici expressou sua forte insatisfação com o uso desta técnica para examinar opiniões e atitudes em relação à

psicanálise, uma vez que as respostas obtidas impossibilitam apreender como as pessoas pensam (MOSCOVICI, 1952 apud MARKOVÁ, 2017).

Ainda, em relação à técnica de análise de dados, prevaleceu a Análise de Conteúdo (AC), reconhecida como uma das técnicas de tratamento de dados em pesquisa qualitativa que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011). Nessa análise, o pesquisador busca compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens tornados em consideração (CÂMARA, 2013).

Ao observar as possibilidades de análise, tanto a AC como a Análise Temática (AT) têm em comum o estudo dos processos de comunicação. Ambas são um modo de interpretação da realidade, refletem os comportamentos sociais e podem contribuir para a formação de representações (NATT; CARRIERI, 2014).

Outras ferramentas também foram utilizadas para análise de dados, como o *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) e a Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto (ALCESTE), *softwares* que vêm sendo cada vez mais utilizados pela enfermagem em estudos das RS (MENDES *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2018).

O IRAMUTEQ, segundo Camargo e Justo (2013), é um *software* gratuito, desenvolvido por Pierre Ratinaud, que permite fazer análises sobre o *corpus* textual, evidenciando as palavras-chave e suas ligações lexicais. Por meio do IRAMUTEQ é possível reconhecer as significações presentes nos conteúdos das falas dos participantes como contribuição *sine qua non* ao campo do estudo das ciências humanas e sociais. Da mesma forma, o Alceste, como análise quantitativa de dados textuais, corresponde à contagem de palavras no texto, avançando sistematicamente na direção da identificação e da dimensão do texto como um todo.

O processo identifica o número total e os tipos de palavras, vendo a riqueza do vocabulário utilizado na produção de uma resposta ou um discurso (AZEVEDO; MIRANDA, 2012). Tem como objetivo a organização tópica de um discurso ao evidenciar as possibilidades lexicais (AZEVEDO; MIRANDA, 2012). Ao retratar este conjunto de *softwares* disponíveis, cabe considerar que auxiliam na organização dos dados e na extração

de categorias ou classes, porém cabe ao pesquisador a interpretação e aproximação com o contexto e a realidade (OLIVEIRA, 2005).

Na etapa dos resultados, os estudos apresentam as percepções e conhecimentos dos participantes a respeito da temática pesquisada. Na maioria dos estudos, não é dado visibilidade das RS, como são objetivadas e ancoradas, como a realidade é construída e como as significações vão se naturalizando e caracterizando o fenômeno naquele contexto social/naquela realidade enquanto representação. Os resultados desta forma apresentados originam discussões qualitativas sobre os dados muitas vezes sem aproximar dos conceitos teóricos e a linguagem própria do referencial sejam evidenciados.

O estudo evidencia a dificuldade em apropriar-se da teoria de Serge Moscovici para avançar no que diz respeito à análise dos dados, da mera compreensão do fenômeno pelos participantes ou ainda da percepção do sujeito para o entendimento da realidade a partir do coletivo, do sujeito da pertença, considerando as RS como resultado das relações entre sujeito e sociedade.

Percebe-se que ao estudar as representações sociais de seus objetos de estudo, a enfermagem terá melhor compreensão da realidade com elementos capazes de reconstruir, por meio da naturalização de novos saberes e novas práticas, outros contextos de saúde que abarcam limitações presentes na atualidade. Ao fazer isso, a realidade vai sendo reconfigurada e remodelada pelas pessoas que a constroem, como possibilidade de melhorar os cenários de saúde vigentes (OLIVEIRA; WERBA 2005). Essa tendência é fundamentada na necessidade de se fundar um arcabouço teórico que se mostre sólido e consistente. Nesse sentido, as investigações qualitativas são as que mais requerem abordagens que possibilite a compreensão dos fenômenos sociais de forma organizada.

## **Conclusão**

O estudo evidenciou um volume pequeno de pesquisas na área da enfermagem em terapia intensiva que utilizaram o referencial de Serge Moscovici, além de dificuldade ou pouca aproximação com o referencial teórico. A apresentação do referencial ficou mais restrita ao método e houve pouca aproximação com o fenômeno do estudo na descrição das demais etapas como introdução, discussão e conclusão.

Nos resultados das pesquisas destacaram-se as percepções dos participantes sobre a temática sem relação com suas construções sociais ou ainda com a forma com que foram se

naturalizando e constituindo a realidade. Os achados evidenciam a necessidade de estimular estudantes e pesquisadores a utilizarem esta teoria como forma de desvelar e intervir na realidade social e da enfermagem.

## Referências

ABRIC, J. C. **Pratiques sociales et representations**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.

ALMEIDA, R. O; FERREIRA, M. A; SILVA, R. C. O cuidado intensivo em unidades não-críticas: representações e práticas de enfermeiros recém-formados. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 29, e20190089, 2020.

ANDRADE, L. B. P. **Educação infantil**: discurso, legislação e práticas institucionais. São Paulo: Editora UNESP, 2010.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Teoria das representações sociais e ALCESTE: contribuições teórico-metodológicas na pesquisa qualitativa. **Saúde e Transformação Social**, v. 3, n. 4, p. 4-10, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179-91, 2013.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para o uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. 2013. Disponível em:  
<http://www.IRAMUTEQ.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 02 fev. 2021.

FERREIRA, M. A. Teoria das representações sociais e contribuições para as pesquisas do cuidado em saúde e de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 214-219, 2016.

FREITAS, K. O.; TORRES, R. S. C.; SILVA, S. E. D.; MONTEIRO, G. O.; VASCONCELOS, E. V. The social representations of patients' relatives in Intensive Care Units: the implications to self-caring. **Journal of Research: Fundamental Care Online**, v. 11, n. 3, p. 664-671, 2019.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. Reviewer's manual: 2011 edition. Adelaide: Institute Joanna Briggs, 2011.

JODELET, D.; LOPRETE, L. Problemáticas psicossociais da abordagem da noção de sujeito. **Cadernos de Pesquisa**, v. 45, n. 156, p. 314-327, 2015.

LIBERATI, A.; ALTMAN, D. G.; TETZLAFF, J.; MULROW, C.; GÖTZSCHE, P. C.; IOANNIDIS, J. P.; CLARKE, M.; DEVEREAUX, P. J.; KLEIJNEN, J.; MOHER, D. The

PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. **BMJ**, v. 339, n. b2700, 2009.

MARKOVÁ, I. A fabricação da teoria de representações sociais. **Cadernos de Pesquisa**, v. 47, n. 163, p. 358-375, 2017.

MENDES, F. R. P.; ZANGÃO, M. O. B.; GEMITO, M. L. G. P.; SERRA, I. C. C. Social representations of nursing students about hospital assistance and primary health care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 2, p. 343-350, 2016.

MIGUEL, F. V. C. A entrevista como instrumento para investigação em pesquisas qualitativas no campo da linguística aplicada. **Revista Odisseia**, v. 5, n. 2, 2010.

MORERA, J. A. C.; PADILHA, M. I. C. S.; ZEFERINO, M. T. Políticas e estratégias de redução de danos para usuários de drogas. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 76-85, 2015.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2013.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

NATT, E. D. M.; CARRIERI, A. P. A teoria das representações sociais e a análise de conteúdo: instrumentos que se complementam na pesquisa em administração. **Cadernos de Estudos Sociais**, v. 2, n. 29, p. 66-89, 2014.

OLIVEIRA, F. O.; WERBA, G. C. Representações Sociais. *In*: STREY, M. N. **Psicologia social contemporânea**. Petrópolis: Vozes, 2005.

PEREIRA, M. R. Representaciones sociales acerca de la donación de órganos en enfermeros de una unidad de paciente crítico. **Enfermería: Cuidados Humanizados**, v. 5, n. 2, 2016.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. *In*: SPINK, M. J. **O conhecimento no cotidiano: as representações na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

SANTOS, M. P. A teoria das representações sociais como referencial didático-metodológico de pesquisa no campo das ciências humanas e sociais aplicadas. **Emancipação**, v. 13, n. 1, p. 9-21, 2013.

SANTOS, W. M.; SECOLI, S. R.; PÜSCHEL, V. A. A. A abordagem do Joanna Briggs Institute para revisões sistemáticas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, e3074, 2019.

SILVA, C. R. L.; ABRÃO, F. M. S.; OLIVEIRA, R. C.; LOURO, T. Q.; MOURA, L. F.; SILVA, R. C. L. Representações sociais de enfermeiros sobre o processo de Morte e morrer em uti. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 474-481, 2016.

SILVA, I. A. S.; CRUZ, E. A.; RIBEIRO, E. A. F.; SOUZA, E. A. Autonomy in the work of critical care nurses: study of social representations. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 387-398, 2012.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A.; APOSTOLIDIS, T. Practices of intensive care nurses in the face of technologies: analysis in the light of social representations. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 328-337, 2014.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M.A.; APOSTOLIDIS, T. Ser enfermeira intensivista: elementos identitários presentes no campo das representações sociais. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, e20787, 2018.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Construindo o roteiro de entrevista na pesquisa em representações sociais: como, por que, para que. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 607-612, 2012.

SILVA, S. É. D.; CAMARGO, B. V.; PADILHA, M. I. A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 947-951, 2011.

SILVA, S. E. D.; SANTOS, A. L.; COSTA, J. L.; CUNHA, N. M. F.; ARAÚJO, J. S.; MOURA, A. A. A teoria das representações sociais sob a ótica das pesquisas de enfermagem no Brasil. **Journal of Health and Biological Sciences**, v. 5, n. 3, p. 272-276, 2017.

SOUZA, M. A. R.; WALL, M. L.; THULER, A. C. M. C.; LOWEN, I. M. V.; PERES, A. M. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, e03353, 2018.

VASCONCELOS, E. V.; FREITAS, K. O.; DA SILVA, S. É. D.; BAIA, R. S. M.; TAVARES, R. S.; ARAÚJO, J. S. The daily life of relatives of patients admitted in ICU: a study with social representations. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4313-4327, 2016.

VERONESE, M. V.; GUARESCHI, P. A. **Psicologia do cotidiano: representações sociais em ação**. Petrópolis: Vozes, 2007.

A seguir serão apresentados os dados referentes à coleta de informações no local do estudo. Cabe destacar que, do universo de 25 profissionais que compunham a equipe de enfermagem, todos foram alvo de registro durante a observação não participante. Por seleção aleatória, 20 participaram das entrevistas e 12 aceitaram fazer o desenho. Todos, inclusive aqueles que participaram exclusivamente do momento de observação, assinaram o TCLE (APÊNDICE C). Dos 20 participantes da entrevista, somente um pertencia ao sexo masculino, dezessete eram técnicos em enfermagem e três enfermeiros.

### 5.3 CATEGORIAS TEÓRICAS E CLASSES ANALÍTICAS GERADAS

Com base no *corpus* original, foi possível identificar os segmentos de textos e suas associações, permitindo o agrupamento das palavras estatisticamente significativas e a análise qualitativa dos dados. Foram escolhidos alguns segmentos de texto para dar visibilidade às representações, de acordo com as classes analíticas, conforme segue:

#### 5.3.1 Segmentos de texto classe 1

Tem pessoas que são mais atenciosas, outras são menos, umas são mais ligadas, outras são mais desligadas, umas são mais lentas, se você é uma pessoa com mais atenção você consegue ver se o paciente está bem, consegue ter visão. (E8).

Porque tem pessoas que com o passar no tempo aqui dentro, elas mudam, ficam mais frias, vão tratando com mais indiferença. (E6).

Às vezes também a equipe está cansada, estressada, então desanimados, eles falham. (E7).

Cada um tem um jeito, uma forma de ser, eu gosto de auxiliar mesmo que não seja meu paciente, se vejo algo e a pessoa responsável não está presente, vou lá no leito do paciente e vejo o que está acontecendo ou do que ele precisa. (E6).

#### 5.3.2 Segmentos de texto classe 2

Para ajudar na segurança é importante fazer a medicação com os cinco certos, dose certa, a pessoa certa, a via certa porque o cuidado com a medicação é fundamental para que haja uma melhora no quadro do paciente. (E15).

Pegar por hábito o cuidado seguro, eu acho que o uso do avental, lavar as mãos antes de tocar no paciente, fazer desinfecção antes de tocar no cateter e assim por diante. (E8).

Quando penso em segurança eu penso em medicação certa, é o quadro com a identificação do paciente tem tanta coisa. (E3).

Lavar as mãos sempre antes de entrar no leito, a parte de identificação também é muito importante, as grades da cama procuro sempre manter erguidas para não correr o risco de queda. (E13).

### 5.3.3 Segmentos de texto classe 3

E a sobrecarga é pesada, então isso é um fator que pode vir ajudar a questão do erro, fazer também atenção, é que às vezes eles estão numa conversa, distrai, e aí atenção vai e o bicho pega. (E20).

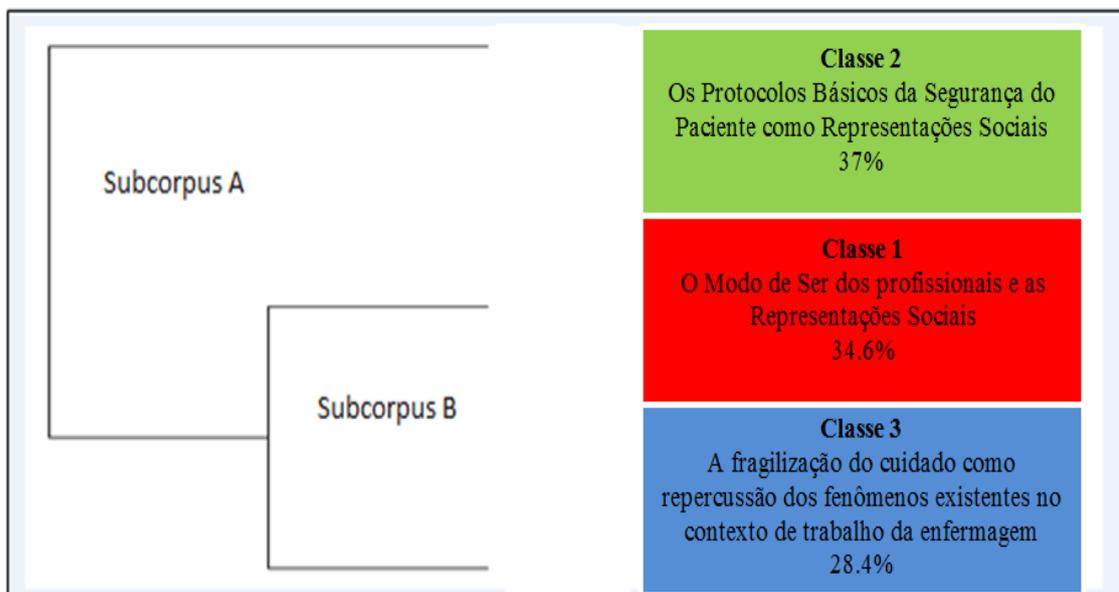
Ele faz e acaba esquecendo de avisar o enfermeiro, às vezes se perde algumas informações.

Eu acho bom quando tem a preocupação, aí a gente fica com mais atenção porque a gente tá lidando com vida, então deve ter atenção e, se acontecer o erro, corrigir, ter ainda mais atenção para não ter erro novamente. (E8).

Por amor, tu quer mostrar o amor que tu tem pela enfermagem, mas acho que pela sobrecarga pela cobrança que te colocam tu não consegue, porque se é para ser uma equipe unida, uma equipe multidisciplinar. (E1).

O *corpus* do estudo e a descrição analítica realizada por meio do *software* IRAMUTEQ deu origem a um *corpus* com 20 textos separados em 1012 segmentos de texto (ST) e aproveitamento de 811 ST, havendo retenção de 80,14% do material analisado. O *software* recomenda no mínimo 75% de utilização do *corpus* para ser considerado representativo (CAMARGO; JUSTO, 2013). Assim, o presente estudo alcança o critério de representatividade do *corpus*. Os textos foram separados em 1012 ST, que são recortes realizados pelo *software* para análise. Emergiram 36.360 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 3063 palavras distintas e 1437 de única ocorrência.

Figura 2 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente, Santa Catarina, Brasil, 2020.



Fonte: a autora.

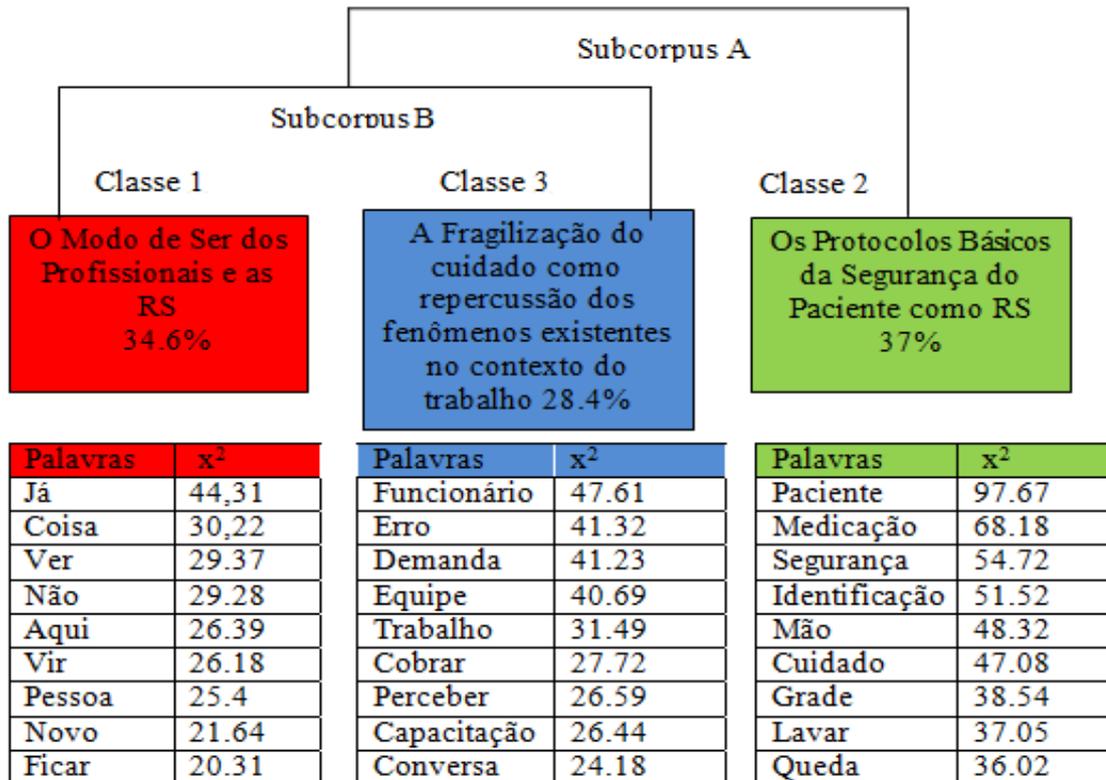
No presente estudo, a CHD gerou três classes: classe 1, com 281 ST (34,6%); classe 2, com 300 ST (37%); e, classe 3, com 230 ST (28,4%) (Figura 2). A leitura das classes é feita da esquerda para a direita, do *corpus* para os *subcorpus*, e na sequência para as classes e seus percentuais. No dendrograma, o *corpus* foi dividido em dois *subcorpus* e três classes (SOUZA *et al.*, 2018).

O dendrograma da Figura 3 revela uma lista de palavras em cada classe. Quanto mais no topo da lista e maior qui quadrado, maior influência na classe. Assim sendo, a leitura deve ser feita de cima para baixo. Também, permite compreender as expressões e cada uma das palavras proferidas pelos participantes, analisando-as a partir de seus lugares (classes) (AUSTREGESILO *et al.*, 2015).

As classes estão divididas nas duas ramificações do *corpus* apresentadas (*subcorpus* A e *subcorpus* B). O *subcorpus* A, composto pela classe 2, faz referência ao cuidado como representação social da SP com maior representatividade na UCI. O *subcorpus* B, é formado pela classe 1, que remete ao sujeito como o Ser Humano e suas repercussões na SP e pela classe 3, que destaca o trabalho e seu *modus operandi* no contexto da SP. As classes 1 e 3 configuram classes com maior relação entre si, uma vez que quanto mais próximas às classes estiverem uma das outras, maior a afinidade contextual e, com isso, maior a probabilidade de agrupamentos futuros na construção das categorias finais (GALIAZZI; MORAES; RAMOS, 2003; MORAES; GALIAZZI, 2011; LIMA; RAMOS, 2017).

No *subcorpus* A, a classe 2 apresenta 37% ( $f=300$  ST) do *corpus* total analisado, e é constituída por palavras e radicais no intervalo entre  $x^2$  (2.26) e  $x^2$  (97.67). Esta classe é composta por palavras como “paciente” ( $x^2$  57.59), “medicação” ( $x^2$  68.18), “segurança” ( $x^2$  54.72), “identificação” ( $x^2$  51.52), “mão” ( $x^2$  48.42) e “cuidado” ( $x^2$  47.08).

Figura 3 – Dendrograma das classes com suas respectivas palavras, Santa Catarina, Brasil, 2020.



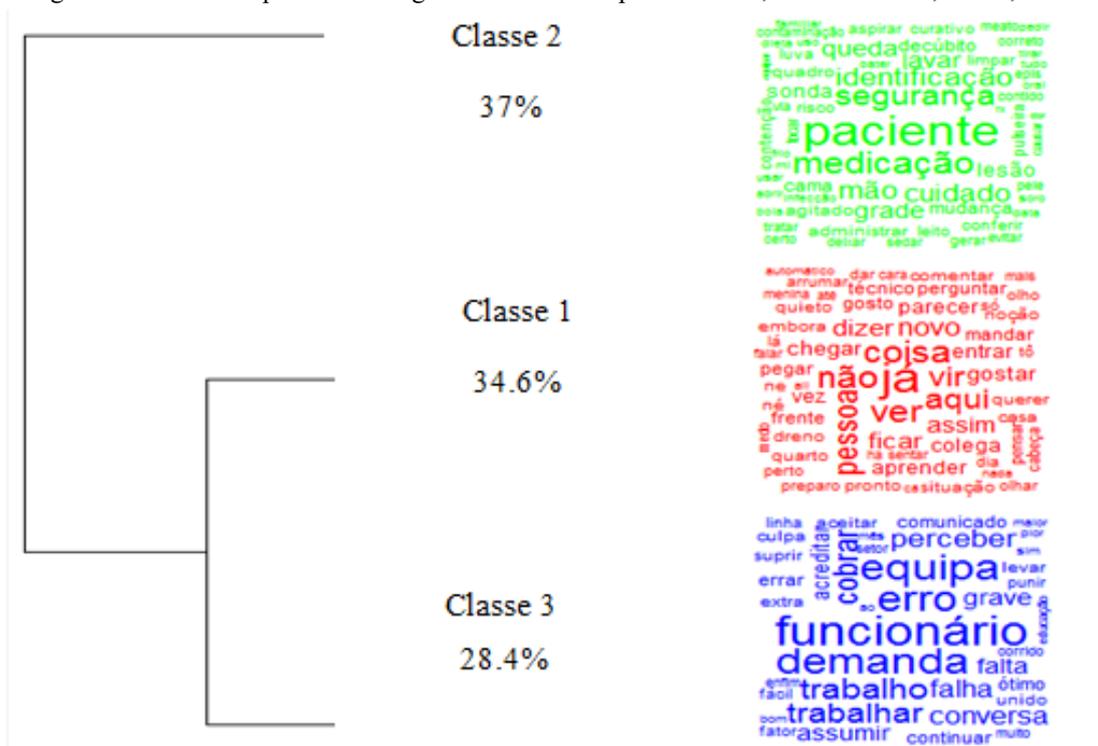
Fonte: a autora.

O *subcorpus* B possui a Classe 1, que compreende 34.65% ( $f=281$  ST) do *corpus* total analisado e é constituída por palavras e radicais no intervalo entre  $x^2$  (2.15), com a palavra “hospital”, e  $x^2$  (44.31) com a palavra “já”. Esta classe é composta por palavras como “gostar” ( $x^2$  14.57), “aprender” ( $x^2$  12.75), “gosto” ( $x^2$  11.82), “perguntar” ( $x^2$  11.82), “querer” ( $x^2$  10.32) e “casa” ( $x^2$  9.91).

No mesmo *subcorpus* B, a classe 3 é comporta por 34.65% ( $f=281$  ST) do *corpus* total analisado e é constituída por palavras e radicais no intervalo entre  $x^2$  (2.15), com a palavra “hospital”, e  $x^2$  (44.31) com a palavra “já”. Esta classe é composta por palavras como “gostar” ( $x^2$  14.57), “aprender” ( $x^2$  12.75), “gosto” ( $x^2$  11.82), “perguntar” ( $x^2$  11.82), “querer” ( $x^2$  10.32) e “casa” ( $x^2$  9.91).

A Figura 4 apresenta as classes com suas nuvens de palavras específicas no propósito de facilitar a visualização e compreensão por classe.

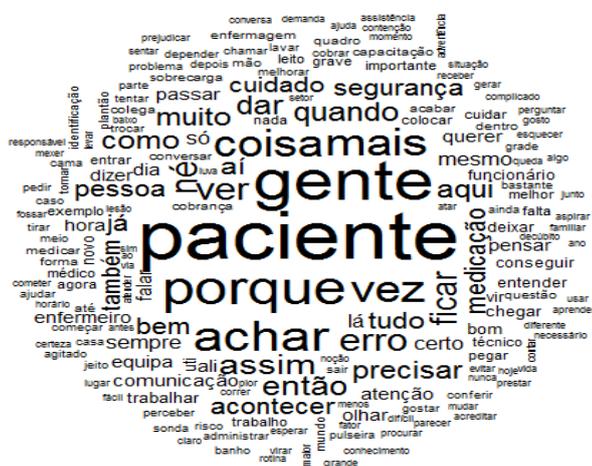
Figura 4 – Nuvem de palavras emergentes distribuídas pelas Classes, Santa Catarina, Brasil, 2020.



Fonte: a autora.

Na Figura 5, a nuvem de palavras representa todo o *corpus* utilizado para a análise, evidenciando as palavras graficamente em função da sua frequência. As palavras são agrupadas e organizadas por meio de uma análise lexical mais simples, porém bastante interessante, na medida em que possibilita a rápida identificação das palavras-chave de um *corpus* (MENDES *et al.*, 2016)

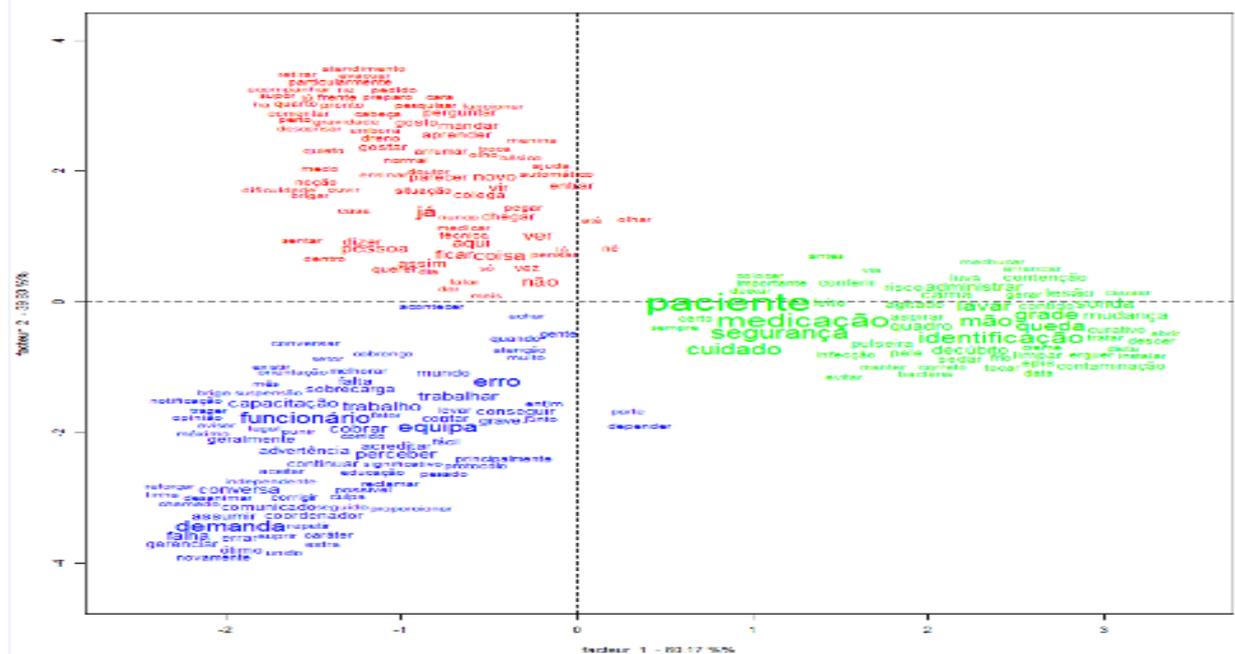
Figura 5 – Nuvem de palavras do *corpus* textual que compunha o todo representando as três classes unificadas, Santa Catarina, Brasil, 2020.



Fonte: a autora.

A AFC, como outra forma de visualizar os mesmos dados, possibilita fazer uma associação entre as palavras das classes, partindo de sua incidência no texto, avaliando os principais fatores existentes em um conjunto de dados, definindo com qual intensidade de pertinência ocorrem (Figura 6).

Figura 6 – Análise Fatorial de Correspondência (AFC) por modalidade (UCI, Santa Catarina, Brasil, 2020).



Fonte: a autora.

As palavras das classes 1 e 3 se apresentam num segmento centralizado e se expandem para pontos periféricos, já a classe 2 se apresenta entre o quadrante superior e inferior direito. Todos concentram-se de forma mais efetiva neles mesmos, com maior proximidade entre as classes 1 e 3, significando maior correlação (Figura 7).





As descrições feitas durante o período de observação e os ST classificados pelo *software* IRAMUTEQ e selecionados pelo pesquisador serão apresentados durante a discussão dos dados em conjunto. A discussão se dará no transcorrer de dois manuscritos, sendo que cada um abordará uma das classe apresentadas no IRAMUTEQ com seus significados e implicações para a SP, conforme apresentação a seguir.

#### 5.4 MANUSCRITO 3: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

##### Resumo

**Objetivo:** Compreender as representações sociais da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo, ancorado à Teoria das Representações Sociais, realizado com profissionais da equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva de um hospital do Oeste de Santa Catarina, Brasil. A produção dos dados contou com observação não participante, desenho livre e entrevistas estruturadas entre maio e setembro de 2019. A análise foi feita com o auxílio do *software* IRAMUTEQ. **Resultados:** As representações sociais da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente são compreendidas por ações como: higienizar as mãos, manter as grades da cama elevadas, preparo e administração correta dos medicamentos. **Conclusões:** As representações sociais sobre segurança do paciente refletem os protocolos de segurança publicados pelo Ministério da Saúde. Compreender as representações sociais atribuídas pelos profissionais possibilita repensar estratégias que vão ao encontro da segurança no cuidado.

**Descritores:** Segurança do paciente. Enfermagem. Representações sociais.

##### Introdução

A qualidade dos serviços de saúde vem sendo objeto de estudo, motivando os profissionais na busca por estruturas e processos que possibilitem desfechos favoráveis à segurança do paciente (SP). A compreensão das condições que sustentam a presença do risco no cuidado oferecido em saúde pode ser considerada fundamental para a definição de medidas que promovam sua prevenção.

Inúmeros fatores interferem no cuidado oferecido, como dimensionamento de pessoal, comunicação, estrutura física, excesso de trabalho e sobreposição de papéis, dentre outras. Neste sentido, reconhecer que as causas são multifatoriais, como consequência de

deficiências do sistema de saúde ou ainda como disfunções presentes no conjunto ou em uma parte substancial da organização do trabalho em saúde vai ao encontro de ações justas que buscam identificar no evento as diferentes causas e a forma com que se relacionam (LLORY; MONTMAYEUL, 2014).

Nos espaços de saúde, a terapia intensiva diante do cuidado de pacientes graves abarca situações que demandam de suas equipes conhecimento, vigor físico, mental e habilidades para a tomada de decisões e realização de cuidados. Em condições não favoráveis, aumentam a vulnerabilidade do serviço, ampliando as possibilidades de erro e de evento adverso (EA) ao paciente.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), um em cada 10 pacientes sofre EA evitáveis em países de alta renda. Destes, 50% são evitáveis. Ainda, destaca-se que 134 milhões de EA ocorrem em hospitais de países de baixa renda a cada ano, gerando 2,6 milhões de óbitos (WHO, 2019).

O Boletim de Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde, publicado pelo Ministério da Saúde, imputa aos hospitais a responsabilidade de 94% dos incidentes relacionados à assistência em saúde, com 29,8% dos EA ocorridos nos ambientes de terapia intensiva (ANVISA, 2016). Da mesma forma, nas UTI, a sobrecarga de trabalho dos profissionais envolvidos no processo de cuidar tem sido relacionada à maior morbimortalidade (NOVARETTI; DAUD-GALLOTTI; LAPCHIK, 2013).

Assim, ao debruçar-se sobre a realidade, ter-se-á acesso ao modo como se configuram as relações na terapia intensiva e como suas significações sobre a SP se revelam enquanto práticas assistenciais que dão contorno àquilo que Moscovici denominou de RS (MOSCOVICI, 2015). As RS se constituem por conjuntos de ideias da vida cotidiana, construídos no dia a dia entre sujeitos, através das interações grupais que circulam, se entrecruzam e se cristalizam continuamente como palavras, gestos, expressões e significados (MOSCOVICI, 2002; 2010).

Neste artigo são apresentadas as RS de profissionais de saúde que atuam em uma UTI sobre a SP por meio do desnude das dinâmicas que circulam e individualizam o grupo, trazendo à tona o que está oculto e implícito nas atitudes, nos padrões de comunicação e nos comportamentos (MOSCOVICI, 2011; 2015), relacionados à SP. Para tanto, se faz necessário adentrar nos espaços e imergir neste “mundo”, buscando compreender as ações daqueles que ali atuam profissionalmente, o porquê partilham informações e saberes e se comportam de determinada maneira no processo de cuidar.

Trata-se de apreender os motivos implicados nas ações e nas tomadas de decisão, frente ao cuidado prestado ao paciente. Desvendar saberes e ideias que movem e determinam os comportamentos sociais no cotidiano como estratégia para explicar situações que, na busca por melhores resultados, muitas vezes precisam ser repensados ou fortalecidos.

Nesse sentido, a apreensão das RS constitui um desafio, dada a complexidade dos fenômenos envolvidos. Porém, por meio delas, é possível incitar discussões sobre caminhos para tornar mais seguro o cuidado de enfermagem, contribuindo para a adoção de medidas qualificadoras do cuidado em terapia intensiva. Destarte, este estudo tem como objetivo compreender as RS da equipe de enfermagem sobre a SP em uma UTI.

## **Método**

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, fundamentado na teoria das RS de Serge Moscovici. A pesquisa foi desenvolvida na UTI adulto de um Hospital de médio porte da região Oeste de Santa Catarina, entre maio e setembro de 2019, com aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o parecer nº3.442.846. Foram cumpridas todas as exigências legais e éticas conforme a Resolução nº. 466/2012 (BRASIL, 2012).

Foram selecionados intencionalmente profissionais da equipe de enfermagem com atuação mínima de um ano na UTI, tempo considerado suficiente para compreender os processos e sentir-se parte daquele espaço de trabalho por meio do compartilhamento de ideias que dão forma ao cotidiano da unidade. Participaram 20 profissionais, sendo 3 enfermeiros e 17 técnicos, número de participantes determinado por saturação teórica (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008; FONTANELLA *et al.*, 2011). Neste estudo, a saturação dos dados das entrevistas ocorreu na 11<sup>a</sup>, porém, mais nove foram realizadas a fim de somar um quantitativo de participantes que significasse as RS.

A coleta de dados foi realizada entre maio e setembro de 2019 por meio das técnicas de observação não participante, entrevista semiestruturada e representação gráfica com o emprego de desenho livre, as quais permitem a interação dos indivíduos ou grupos sociais com o objeto de estudo, uma vez que as representações exploram a subjetividade e ultrapassam os limites da concretude. Ao utilizar três técnicas de coleta, foi possível a triangulação dos dados e melhor compreensão do fenômeno (SANTOS *et al.*, 2020).

A primeira técnica desenvolvida foi a observação durante os meses de maio, junho e julho de 2019, a qual foi realizada por trinta dias, de segunda à sexta-feira, nos três turnos de trabalho, com duração média de duas horas diárias e utilização de um roteiro contendo aspectos relacionados à comunicação, o cuidado oferecido, as tarefas do dia a dia e relações estabelecidas entre os elementos que constituem a UTI. As informações foram registradas em um diário de campo.

A observação foi realizada com a finalidade de imergir na realidade do outro, acompanhar as experiências diárias e apreender o significado que atribuem a realidade. Para melhor entender as RS, ao terminar a etapa de observação foi iniciado concomitantemente as etapas de desenho livre e entrevistas. Foi solicitado aos participantes que desenhassem o que primeiro lhes viesse à mente ao ouvirem a palavra “segurança do paciente”. Ao término do desenho, com gravação acionada, discorriam sobre o significado da imagem e como traduz a SP.

Na sequência, foram realizadas as entrevistas, com tempo médio de duração de 40 min, tendo como questões disparadoras: “Qual o significado da SP no cuidado oferecido ao paciente?”; “Como a segurança do paciente se manifesta no dia a dia?”; “Quais situações interferem na segurança do paciente?”. A transcrição na íntegra de todas as entrevistas foi realizada, organizado o *corpus* de acordo com as recomendações para utilização do programa *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), sendo a análise conduzida no mesmo *software* (REINERT, 1990). O IRAMUTEQ faz a análise dos dados utilizando várias técnicas a partir dos dados apresentados no *corpus*. Ou seja, os mesmos dados são apresentados de várias maneiras, a fim de facilitar e melhorar a interpretação. Uma das formas de análise é a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), com cálculo de frequência de palavras.

Na CHD, o programa relaciona a frequência com a posição que cada palavra aparece e, a partir disso, determina um indicador de frequência estatístico conhecido como qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Quanto maior o valor do  $\chi^2$  de uma palavra, mais representativa ela é, formando um esquema hierárquico de classes (OLTRAMARI; CAMARGO, 2010; LAHLOU, 2012).

Cada classe é constituída de palavras que emergem para um mesmo significado textual e que, por meio do  $\chi^2$ , revela a força associativa entre as palavras e a sua classe (CAMARGO; JUSTO, 2013). As três classes foram nominadas a partir da leitura das palavras mais frequentes e dos segmentos de texto correspondentes. A partir da CHD é possível

apresentar figuras que representam as classes de diferentes formas. Dentre elas, a *clustercloud* (nuvem de palavras por classe) e a *graph analysis* (análise de similitude por classe). Os dados das observações de senho livre integraram a discussão dos resultados.

## Resultados

Dos 20 profissionais de enfermagem que participaram desse estudo, 17 eram técnicos em enfermagem, um pertencia ao sexo masculino, dez participantes atuavam na UTI por um tempo entre cinco e nove anos e outros dez entre um e quatro anos.

O *corpus*, como resultado de todas as entrevistas, foi constituído por 20 textos separados em 1012 Segmentos de Texto (ST), com aproveitamento de 811 ST e retenção de 80,14% do material que foi levado à análise. O *software* recomenda no mínimo 75% de utilização do *corpus* para ser considerado representativo (CAMARGO; JUSTO, 2013). Emergiram 36360 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 3063 palavras distintas e 1437 de única ocorrência.

A classe identificada pela CHD foi composta por 300 ST (37%) e faz referência aos protocolos básicos da SP, como representação social vigente. Abaixo são apresentados sete ST selecionados aleatoriamente para melhor compreensão do fenômeno representado:

**ST:** Quando penso em segurança penso em medicação certa e o quadro com a identificação do paciente. (E3).

**ST:** O principal é manter as grades erguidas para manter o paciente sem quedas. (E13).

**ST:** Temos que ter cuidado, quando a grade da cama estiver baixa, o paciente se vira e pode ter uma queda, o que acontece. (E3).

**ST:** Erguer as grades da cama e manter sempre elevadas. (E19).

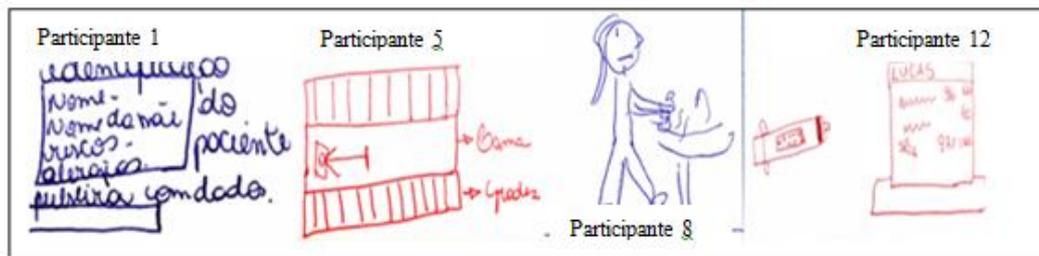
**ST:** A segurança do paciente é não administrar medicação errada, procurar fazer certo e com cuidado. (E4).

**ST:** Pegar por hábito o cuidado seguro, eu acho que o uso do avental, lavar as mãos antes de tocar no paciente, fazer desinfecção antes de tocar no cateter e assim por diante. (E8).

**ST:** Segurança é desde lavar as mãos porque, se você não lavar corretamente, passa bactérias de um paciente para outro e causa insegurança. (E2).

Dos 12 desenhos realizados na etapa de coleta de dados, somente quatro serão apresentados devido à repetição de ideias representadas acerca da segurança dos pacientes. Cada uma das figuras representa o desenho de um profissional distinto (Figura 1).

Figura 1 – Desenhos realizados por quatro participantes da pesquisa sobre a segurança do paciente na Unidade de Cuidados Intensivos, Santa Catarina, Brasil, 2020.



Fonte: a autora.

**Registro de observação:** paciente obeso, hospitalizado por acidente vascular encefálico, com diagnóstico atual de pneumonia em uso de ventilação mecânica (VM). Ao chegar no leito para iniciar o procedimento de banho, o paciente apresentava frequência cardíaca (FC) de 110 bpm e saturação de 95%. Antes de iniciar o banho, a técnica de enfermagem fez a barba do paciente, mantendo-o em decúbito dorsal, alterando a FC para 141 bpm e saturação para 91%;

**Registro de observação:** observa-se a equipe com três técnicos em enfermagem dando banho de leito a um paciente em VM, sedado, abdome globoso, distendido com cabeceira reta, alinhada a zero graus. No momento de elevar o paciente, foi realizado *trendelemburg* e puxado paciente para cima. Os técnicos conversando sobre prováveis altas, mantiveram o paciente assim alguns minutos, não havendo monitorização durante o banho;

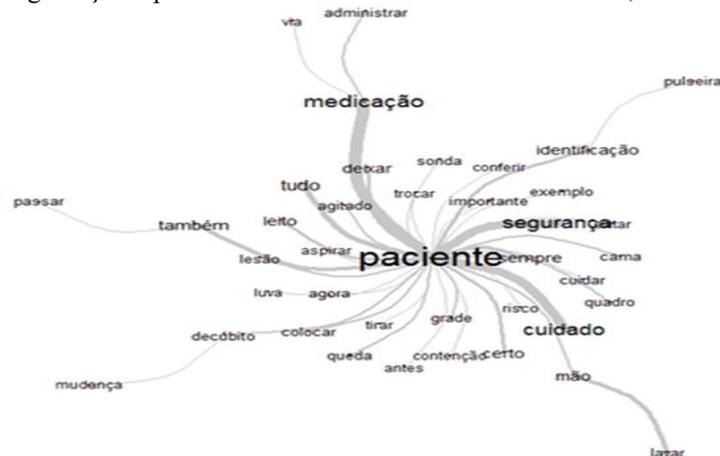
**Registro de observação:** durante a troca de fralda de um paciente, a funcionária dirige-se até a pia central da UTI, com o avental e a luva que está usando na higienização do paciente, aperta com a mão enluvada o dispositivo da clorexidina e com a outra mão segura a compressa sob o dispenser. Com o antisséptico na compressa, retorna ao leito para continuar o procedimento;

**Registro de observação:** o técnico em enfermagem saiu do box do paciente, retirou o avental e, com a mão enluvada, elevou a tampa do hamper (não usou o pedal), descartou o avental, retirou as luvas, descartou na lixeira e higienizou as mãos. Na sequência, retornou ao hamper com uma compressa que estava sobre a pia e com a



A análise de similitude apoia-se na teoria dos grafos, apresenta as relações entre objetos de qualquer tipo e possibilita identificar as ocorrências entre as palavras e o seu resultado, evidenciando as indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura de um *corpus* textual (Figura 3).

Figura 3 – Árvore de similitude correspondente à classe 2 do *corpus* sobre representações sociais da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente na Unidade de Cuidados Intensivos, Santa Catarina, Brasil, 2020.



Fonte: a autora.

## Discussão

A análise da CHD permitiu identificar a gênese constitutiva das RS da SP por meio das palavras de força “medicação”, “identificação”, “mão”, “grade”, “lavar”, “cuidado”, “lesão” e “decúbito”, que como objetivações da realidade estão ancoradas nos protocolos básicos da SP instituídos em 2013 pelo Ministério da Saúde (MS) no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). A árvore de similitude e a nuvem de palavras apresentam a centralidade do paciente no cuidado e, ao seu entorno, as demais expressões que dão concretude à figura imagética das representações sociais.

A triangulação de métodos ou metodológica obtidas nos registros observacionais, nas entrevistas, na escrita expressa nos segmentos de texto e nos desenhos elaborados convergem e apresentam as RS da SP como a implementação dos protocolos de segurança e seus afazeres. Neste caso, as três técnicas utilizadas para a coleta de dados alcançaram resultados que na triangulação se sobrepõem e se fortalecem.

A partir dos registros observacionais foi possível identificar como parte da estrutura desta representação social, práticas naturalizadas como rotinas ou afazeres que por serem

realizadas cotidianamente pela equipe não mais necessitam de reflexão antecedendo a ação. Neste sentido, embora os protocolos de segurança possuam dentre seus objetivos o de promover a qualificação do cuidado em saúde, por meio de ações que sugerem a incorporação de boas condutas no cotidiano assistencial e contribuam para a redução de incidentes evitáveis e danos aos pacientes (PAIXÃO *et al.*, 2018), além de auxiliarem na organização e gestão do trabalho da enfermagem (CRUZ *et al.*, 2016), com redução de custos e possibilidade de implementação de fluxos de trabalho e de indicadores específicos (OLIVEIRA *et al.*, 2014), percebe-se um desalinhamento com princípios científicos balizadores do cuidar seguro.

A prática do cuidado assume por diversas vezes caráter tarefairo, sem as reflexões necessárias, em especial no cuidado crítico, local onde é vigente a instabilidade do paciente com possibilidade de piora clínica decorrente de ações de baixa complexidade como a mudança de posição no leito. Ademais, aspectos relacionados com o contexto da terapia intensiva, como a escassez de trabalhadores, sobrecarga de trabalho, gravidade e complexidade dos pacientes, necessidade de avaliação contínua, tomada de decisões e realização ininterrupta de atividades bem como com elementos históricos da profissão além de características individuais dos profissionais envolvidos podem estar envolvidos.

Para Olini *et al.* (2019), a sobrecarga mental tem reflexo direto sobre a qualidade da assistência prestada. Forte e colaboradores (2018) também destacam ser necessário profissionais em número suficiente, com carga horária justa e estrutura adequada para garantir uma assistência de qualidade sem acrescentar malefícios à saúde dos pacientes.

Novaretti *et al.* (2014) traz como resultado de seu estudo que a sobrecarga de trabalho relacionada à desproporção entre o número de profissionais de enfermagem e de pacientes é relatada como fator de risco, inclusive para o aumento da incidência de infecções hospitalares em pacientes críticos, além de ser considerada como obstáculo às ações de educação continuada devido à indisponibilidade para a participação em capacitações pelos profissionais da enfermagem.

Na mesma direção, apesar da importância do dimensionamento adequado da equipe de enfermagem para um cuidar qualificado, na prática a obrigatoriedade em cumprir tarefas num determinado período de tempo, acaba sobrepondo, por escassez de pessoal e trabalho excessivo, as possíveis discussões e conversas relacionadas aos casos clínicos, exames laboratoriais, ou ainda, condições/cuidados que poderiam destacar e por em evidência

conhecimentos utilizados cotidianamente e que interferem diretamente no cuidado à saúde dos pacientes (VASCONCELOS *et al.*, 2017).

No cotidiano, ações automatizadas dificultam a percepção pelos profissionais dos riscos potencialmente presentes de seu fazer decorrentes do distanciamento da ciência. A partir disso, os protocolos vão sendo incorporados como “tarefas a cumprir”, ganhando força e revelando a tensão entre aquilo que é o ideal, o preconizado e o que se apresenta como realidade.

Importante lembrar, a maior parte dos participantes desta pesquisa são técnicos em enfermagem, os quais possuem como característica profissional o cumprimento de ações de baixa complexidade, cabendo ao profissional enfermeiro a responsabilidade sobre o que é realizado e suas possíveis consequências. Neste sentido, cabe ao enfermeiro chamar o técnico em enfermagem para a reflexão e discussão nos variados momentos do cuidar, fazer das situações rotineiras oportunidades de aprendizagem e fortalecer a segurança do cuidado, no sentido de discutir aspectos que quando naturalizados e desenvolvidos mecanicamente tendenciam a oferta de um cuidado inseguro.

No entanto, envolvido em ações administrativas em uma série de outras atividades gerenciais e assistenciais em ambientes de múltiplas tarefas a cumprir e necessidade de responder a exigências oriundas de diferentes setores, incluindo equipe, paciente, familiares, entre outros, o enfermeiro por vezes assume como natural a prática tarefaira e mecânica do cuidado sem espaço para a reflexão e discussões clínicas (REIS *et al.*, 2017).

Ademais, Fernandes *et al.* (2018) descrevem como tentativa de agregar mais capital simbólico (reconhecimento) e, por consequência, mais prestígio e valorização à profissão, ora consciente ora inconscientemente, o enfermeiro incorpora como algo “natural” em seu cotidiano a prática de “fazer tudo”, reproduzindo e exigindo o mesmo padrão de comportamento da sua equipe, reforçando a ideia de profissionais permanentemente ocupados.

É importante que os enfermeiros percebam que sua forma de desenvolver a enfermagem serve como base para os novos profissionais que chegam à prática clínica e para a equipe por ele liderada. Daí a importância de aliar o pensar ao fazer, para que o cuidado cientificizado e fruto da inseparabilidade entre reflexão, ciência e segurança.

Decorrente da dinamicidade da área da saúde, o sentido que se atribui às coisas aos poucos pode e vai se modificando por meio de novas ideias, novos saberes, diferentes modos

de pensar, reconstruindo e modificando as RS ao longo do tempo e o modo de Ser da enfermagem (APERIBENSE *et al.*, 2019).

Estimular um cotidiano reflexivo com base na ciência produzida fortalece o cuidar e a segurança do paciente. O que se percebe é que superar paradigmas por meio da incorporação de conhecimentos e novas formas de pensar e exercer a enfermagem consiste num dos grandes desafios para a enfermagem. Assim, destaca-se que a realidade não é imutável, mudanças podem ocorrer na medida que os sujeitos tomam consciência que aquilo que tem sido considerado natural, nada mais é do que uma versão antinatural das coisas.

### **Contribuições para a enfermagem**

O presente estudo evidencia a necessidade de rever paradigmas, reconstruir práticas que fortalecem o cuidar profissional buscando integrar a ciência e os afazeres no cotidiano da enfermagem. Os resultados contribuem para o repensar das práticas dos profissionais que integram a equipe de enfermagem, para o estabelecimento de ações que contribuam para o desenvolvimento de Ser enfermagem. A predominância de técnicos de enfermagem no estudo fortalece os dados encontrados por representarem o maior quantitativo profissional no cotidiano da assistência.

### **Considerações finais**

O presente estudo revela que as RS da equipe de enfermagem sobre SP consistem na utilização dos protocolos básicos da SP publicados pelo MS.

As RS refletem a busca pelo fazer melhor por meio dos protocolos, porém são naturalizados como tarefas a cumprir, numa versão mecanizada que é incorporada à prática por meio da adoção de cuidados rotineiros, centrados na técnica e fragilizados no tocante à reflexão clínica. A representação social discutida neste manuscrito evidencia a busca por um melhor fazer que se efetiva a partir da implementação dos protocolos, mas que precisa avançar em especial pela adoção e naturalização do raciocínio clínico em todos os fazeres cotidianos.

Faz-se necessário fortalecer a capacidade de refletir sobre o que constitui e baliza a prática da enfermagem, tanto individualmente como com seus pares, juntamente com a equipe

multiprofissional envolvida no cuidado com vistas a garantir maior segurança na assistência prestada.

## Referências

ANVISA. **Boletim segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde nº 15:** incidentes relacionados à assistência à saúde. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2016.

APERIBENSE, P. G. G. S.; SILVA, C. P. G.; SANTOS, T. C. F.; ALMEIDA FILHO, A. J.; NELSON, S.; PERES, M. A. A. Uniforme de alunas de enfermagem: estratégia para construção da identidade profissional (1950-1960). **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, e20170593, 2019.

AUSTREGESILO, S. C.; LEAL, M. C. C.; FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. A interface entre a atenção primária e os serviços odontológicos de urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3111-20, 2015.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CRUZ, F. O. A. M.; FERREIRA, E. B.; VASQUES, C. I.; MATA, L. R. F.; REIS, P. E. D. Validation of an educative manual for patients with head and neck cancer submitted to radiation therapy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, e2706, 2016.

FERNANDES, M. C.; SILVA, L. M. S.; SILVA, M. R. F.; TORRES, R. A. M.; DIAS, M. S. A.; MOREIRA, T. M. M. Identity of primary health care nurses: perception of "doing everything". **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 142-147, 2018.

FONTANELLA, B. J. B.; LUCHESI, B. M.; SAIDEL, M. G. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.; MELO, D. G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 388-394, 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FORTE, E. C. N.; PIRES, D. E. P.; MARTINS, M. M. F. P. S.; PADILHA, M. I. C. S.; SCHNEIDER, D. G.; TRINDADE, L. L. Entre erros e acertos: promovendo a segurança do paciente a partir da insegurança noticiada. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, 2018.

LAHLOU, S. Text mining methods: an answer to Chartier and Meunier. **Papers on Social Representations**, v. 20, n. 38, p. 1-7, 2012.

LLORY, M.; MONTMAYEUL, R. **O acidente e a organização**. Belo Horizonte: Fabrefacum, 2014.

MARCHAND, P., RATINAUD P. L'analyse de similitude appliqué aux corpus textuelles: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française. **Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles**. Liège, 2012.

MOSCOVICI, S. **La representación social: un concepto perdido**. Lima: IEP, 2002.

MOSCOVICI, S. **Psicologia das minorias ativas**. Petrópolis: Vozes, 2011.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

NOVARETTI, M. C. Z.; DAUD-GALLOTTI, R.; LAPCHIK, M. S. Identificando os riscos da sobrecarga de trabalho da enfermagem na gestão de pacientes críticos. **SIMPOI**, 2013. Disponível em: [http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2013/artigos/E2013\\_T00230\\_PCN53279.pdf](http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2013/artigos/E2013_T00230_PCN53279.pdf). Acesso em: 31 mar. 2014.

NOVARETTI, M. C. Z.; SANTOS, E. V.; QUITÉRIO, L. M.; DAUD-GALLOTTI, R. M. Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 692-699, 2014.

OLINO, L.; GONÇALVES, A. C.; STRADA, J. K. R.; VIEIRA, L. B.; MACHADO, M. L. P.; MOLINA, K. L.; COGO, A. L. P. Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, e20180341, 2019.

OLIVEIRA, R. M.; LEITÃO, I. M. T. A.; SILVA, L. M. S.; FIGUEIREDO, S. V.; SAMPAIO, R. L.; GONDIM, M. M. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.

OLTRAMARI, L. C.; CAMARGO, B. V. Aids, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 20, p. 275-83, 2010.

PAIXÃO, D. P. S. S.; BATISTA, J.; MAZIERO, E. C. S.; ALPENDRE, F. T.; AMAYA, M. R.; CRUZ, E. D. A. Adhesion to patient safety protocols in emergency care units. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, suppl. 1, p. 577-584, 2018.

REINERT, M. Alceste, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia de Gerard de Nerval. **Bulletin de Methodologie Sociologique**, v. 26, n. 1, 1990.

REIS, G. A. X.; HAYAKAWA, L. Y.; MURASSAKI, A. C. Y.; MATSUDA, L. M.; GABRIEL, C. S.; OLIVEIRA, M. L. F. Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 2, e00340016, 2017.

SANTOS, K. S.; RIBEIRO, M. C.; QUEIROGA, D. E. U.; SILVA, I. A. P.; FERREIRA, S. M. S. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 655-664, 2020.

SILVA, S. É. D.; CAMARGO, B. V.; PADILHA, M. I. A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, v. 947-951, 2011.

VASCONCELOS, R. O.; RIGO, D. F. H.; MARQUES, L. G. S.; NICOLA, A. L.; TONINI, N. S.; OLIVEIRA, J. L. C. Dimensionamento de pessoal de enfermagem hospitalar: estudo com parâmetros oficiais brasileiros de 2004 e 2017. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, e20170098, 2017.

WHO. **Patient safety**. Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>. Acesso em: 04 fev. 2021.

## 5.5 MANUSCRITO 4: A GÊNESE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE: OBJETIVAÇÕES E ANCORAGENS

### Resumo

**Objetivo:** compreender a gênese das Representações Sociais dos profissionais da enfermagem sobre a Segurança do Paciente. **Método:** estudo qualitativo realizado com profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva de um hospital da região Oeste de Santa Catarina. A coleta de dados foi realizada no período de maio a setembro de 2019 por meio de observação não participante, desenho livre e entrevista estruturada. Foi adotado a Teoria das Representações Sociais e o *Software* IRAMUTEQ. **Resultados:** participaram do estudo 20 profissionais. A gênese das representações sociais tem como objetivações elementos como sobrecarga, cobranças, falta de recursos humanos e estão ancorados na gestão das instituições, do cuidado e nas políticas adotadas. **Conclusões:** a gestão, as políticas públicas e institucionais adotadas nos cenários de saúde determinam os elementos partícipes das representações sociais da segurança do paciente, definem a assistência oferecida e dão concretude ao ambiente.

**Descritores:** Segurança do paciente. Teoria social. Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva.

## Introdução

O cuidado no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) decorre das interações estabelecidas entre os diferentes e complexos elementos partilhados neste contexto. A compreensão da UTI como um todo, interdependente, significa entender que os recursos materiais e tecnológicos, o espaço físico e os recursos humanos se inter-relacionam e produzem características que definem o cuidado (BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2015; MOTTA; PAULO, 2020).

Como resultado destas interações, os espaços sociais vão sendo construídos e fortalecidos a partir da incorporação diária de ideias que vão dando forma à realidade, e que segundo Moscovici (2015) são denominadas de Representações Sociais (RS). A apreensão destas RS, de seus elementos constituintes e de como delineiam o existir no contexto da terapia intensiva dão acesso às suas implicações sobre o dia a dia da enfermagem e o modo como a segurança do paciente (SP) é efetivada no processo de cuidar.

A preocupação com a SP é uma dimensão hoje reconhecida por todos os segmentos do sistema de saúde. É conceituada como a ação de evitar riscos desnecessários na assistência, associada à cultura de práticas que contribuam para o alcance das metas e orientações voltados para atenção segura em saúde (BRASIL, 2013). O Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP) atribui à segurança do paciente tudo aquilo que, aplicado na prática, reduz os riscos de danos desnecessários ou até mesmo que elimine estes riscos (IBSP, 2019).

O cuidado seguro, pautado na ciência, imputa à enfermagem desafios que convergem com a busca constante pelo aprimoramento profissional em conjunto com ações reflexivas, como recursos para respostas mais assertivas e seguras na execução dos cuidados em todos os cenários de saúde (LEE; KIM, 2020). Neste sentido, segundo Souza *et al* (2019), este conjunto complexo que abrange o contexto da UTI reflete as relações que os sujeitos mantêm com o objeto, repercutindo nos resultados alcançados e no atendimento das necessidades dos envolvidos no processo, sejam eles pacientes, equipe e a própria instituição (DUARTE *et al.*, 2020).

Apesar disso, percebe-se que a realidade das instituições de saúde, na sua maioria, não abarca ou sustenta os requisitos necessários para o cuidado seguro. Os gestores atribuem às instituições de saúde e aos seus profissionais a responsabilidade por 94% dos incidentes

relacionados à assistência à saúde e por 29,8% dos eventos adversos (EA) ocorridos nos ambientes de terapia intensiva (ANVISA, 2016).

Novaretti (2014) identificou que 98,75% dos pacientes internados em UTI de um Hospital das Clínicas sofreram algum incidente sem lesão. Estudo realizado por Souza *et al.* (2018) em uma UTI do Vale do São Francisco identificou que 34,4% dos pacientes foram acometidos por algum incidente com dano direto ao paciente. Ao inferir sobre os dois estudos, percebe-se que ambos apontam a vulnerabilidade dos pacientes hospitalizados em unidades de terapia intensiva.

Frente a isso, compreender os elementos constituintes das RS da SP possibilita repensar o cotidiano e subsidiar uma prática clínica segura ao paciente. Assim, tem-se como objetivo compreender a gênese das Representações Sociais dos profissionais da enfermagem atuantes na Unidade de Terapia Intensiva sobre a segurança do paciente.

## **Método**

Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici. A pesquisa foi desenvolvida na UTI de um Hospital de médio porte da região Oeste de Santa Catarina após aprovação pelo comitê de ética, sob o parecer substanciado 3.442.846. Foram cumpridas todas as exigências legais e éticas segundo a Resolução nº. 466/2012 (BRASIL, 2012). A coleta de dados ocorreu entre maio e setembro de 2019, por meio de observação não participante e entrevista estruturada. Segundo Silva, Camargo e Padilha (2011), em estudos de representações sociais essas técnicas permitem a interação dos indivíduos ou grupos sociais com o objeto de estudo, uma vez que as representações exploram a subjetividade e ultrapassam os limites da concretude. Ademais, permitem a melhor compreensão do fenômeno em estudo.

Participaram da pesquisa 20 profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem). Utilizou-se como critério de inclusão a atuação na UTI há pelo menos um ano. Foram excluídos profissionais em período de férias, ou licença de saúde e atestados no momento da coleta de dados. Como princípio orientador para a determinação da quantidade de participantes considerou-se a saturação teórica (FONTANELLA *et al.*, 2011). Padilha, Silva e Coelho (2007) reforçam ser necessário, nos estudos que utilizam a TRS, um quantitativo de pessoas para que o grupo seja representado.

Os participantes foram identificados pela letra “E”, de entrevistado, seguida pelo número de ordem das entrevistas. O convite foi efetivado em visitas previamente agendadas com o serviço de enfermagem, em horário anterior à passagem de plantão em todos os três turnos de trabalho. Esse momento foi considerado pela pesquisadora como “entrada no campo”.

A observação não participante foi realizada nos meses de junho e julho de 2019, por um período de trinta dias consecutivos, de segunda a sexta-feira, nos três turnos de trabalho com duração média de duas horas diárias. Foram guiadas por um roteiro contendo aspectos relacionados à comunicação entre profissionais e pacientes e atividades diárias. As anotações foram realizadas em um diário de campo.

Ao término da observação, deu-se início as entrevistas com questões contemplando o significado de SP e fatores intervenientes. As entrevistas, com duração média de 45 min, foram gravadas em áudio e integralmente transcritas. Na sequência, foi organizado o *corpus* textual, conforme recomendações do *software* utilizado para análise dos dados. O *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) fez o processamento analítico, a partir do qual obteve-se como resultado a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), Análise Fatorial de Similitude (AFC) (REINERT, 1990) e nuvem de palavras.

A CHD é realizada a partir dos segmentos de texto (ST), por meio do cálculo da frequência com que uma palavra ocorre e sua posição no texto. Tem como função principal inferir o conteúdo do *corpus* e compreender grupos de discursos ou ideias emergentes do texto, dando origem a classes que representam o texto. As classes são apresentadas por meio de dendrograma com a ilustração das palavras mais frequentes (CAMARGO; JUSTO, 2013).

A partir da CHD, é possível apresentar figuras que representam as classes por meio de diferentes figuras. Neste artigo, foi utilizado a *clustercloud* (nuvem de palavras por classe) e a *graph analysis* (análise de similitude por classe), oriundos das entrevistas e analisados pelo IRAMUTEQ e os dados das descrições da observação.

## **Resultados**

Do universo de 25 profissionais que compunham a equipe de enfermagem da UTI, 20 profissionais participaram da pesquisa. Dos participantes, 19 eram do sexo feminino,

sendo que em relação à categoria profissional, 17 eram técnicos em enfermagem e três enfermeiros.

O *corpus* foi constituído por 20 textos separados em 1012 ST. Utilizou-se 811 (ST), representando 80.14% do material analisado. O *software* recomenda no mínimo 75% de utilização do *corpus* para ser considerado representativo (CAMARGO; JUSTO, 2013). Emergiram 36.360 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 3063 palavras distintas e 1437 de única ocorrência.

A CHD do *corpus* deu origem a três classes distintas: a classe 1, contendo 281 ST (34.6%); a classe 2, com 300 ST (37%); e, a classe 3, com 230 ST (28.4%) do *corpus* analisado.

Os ST correspondentes à classe 1 remetem às interações do profissional enquanto Ser Humano na terapia intensiva e suas repercussões na SP. Ainda, a classe 2 faz referência aos protocolos básicos da SP como RS e a classe 3 apresenta as manifestações das RS a partir das relações entre os elementos que constituem a UTI. Neste trabalho, somente será discutido a classe 3.

Dos 230 ST pertencentes à classe 3, foram selecionados dez ST para representação e compreensão da classe:

Na UTI, a gente atende dois pacientes, mas são dois pacientes críticos que precisam de atenção, tem intubação, drogas, ação, banho... (E1).

Precisa fazer correndo em um paciente para ir para o outro. Esvaziar diurese, fazer medicação. Não é fácil, é muito trabalho e às vezes infelizmente acontece o erro também. (E1).

Na UTI tem muita sobrecarga de atividades. (E4).

Mas tem dias que chega pacientes de alta complexidade e não se consegue atender todas as demandas. Infelizmente isso acontece, pois quando a gente faz com pressa, o risco de erro é maior. (E7).

É muita coisa que precisa ser feita em pouco tempo e tudo é cronometrado. Há limite de tempo para tudo e por isso é muito corrido. Além disso, falta muito funcionário. (E17).

Equipe reduzida sobrecarrega os funcionários presentes e isso interfere no cuidado e na segurança. (E9).

No final de semana a demanda é ainda maior, mais sobrecarga, aí se falta funcionário é pior ainda, quando tem intercorrência então. (E16).

Aí a gente percebe que isso é culpa do estresse do ambiente hospitalar, falta de funcionário, demanda. (E9).

Às vezes estou na medicação, daí dizem: tem que fazer isso, vou lá e faço. Aí o erro acontece, só que não é só o nosso erro. (E2).

Pode ser erro de medicação, um paciente que não poderia ser mudado de decúbito, um curativo que era pra ser feito, às vezes por excesso de trabalho, descuido, mas geralmente por excesso de trabalho. (E11).

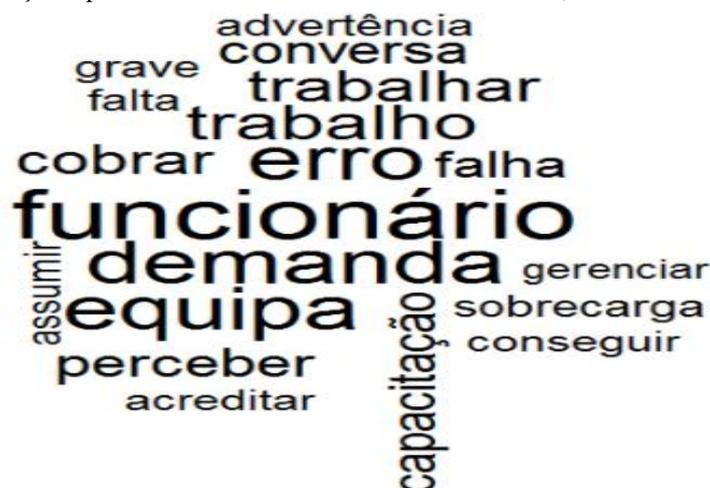
Quadro 1 – Representação das palavras e força associativa apresentadas no dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do *corpus* sobre representações sociais da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente na Unidade de Cuidados Intensivos, Santa Catarina, Brasil, 2020.

Classe 3: Objetivações e ancoragens das representações sociais da segurança do paciente 28,4%			
Palavras	$\chi^2$	Palavras	$\chi^2$
Funcionário	47.61	Cobrar	27.72
Erro	41.32	Perceber	26.59
Demanda	41.23	Capacitação	26.44
Equipe	40.69	Conversa	24.18
Trabalho	31.49		

Fonte: a autora.

A nuvem de palavras por classe, representada pelo *clustercloud* (Figura 1), organiza as palavras graficamente em função da sua frequência. É uma análise lexical mais simples, porém graficamente bastante interessante na medida em que possibilita a rápida identificação das palavras-chave no sentido das mais evocadas por classe (MARCHAND; RATINAUD, 2012).

Figura 1 – Nuvem de palavras por classes do *corpus* sobre representações sociais da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente na Unidade de Cuidados Intensivos, Santa Catarina, Brasil, 2020.



Fonte: a autora.

A Figura 2 apresenta a partir da classe 3 a análise de similitude por classe, denominada *graph analysis*, fundamentada na teoria dos grafos. O grafo possibilita o estudo



Na enfermagem, a gestão do cuidado como forma de organização do trabalho, dos recursos humanos e materiais, tem como finalidade viabilizar condições que favoreçam a oferta de um cuidado seguro ao paciente e família, bem como ao próprio trabalhador. Segundo Ferreira *et al.* (2020), as competências gerenciais do enfermeiro devem assegurar às condições adequadas de cuidado, por meio do exercício da liderança, o qual deve ser integrado pelo compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.

Entende-se, portanto, que ao avaliar os resultados oriundos dos indicadores de segurança ter-se-á visto também a qualidade da interação interprofissional, da comunicação efetiva, da integração e da articulação, quesitos que envolvem tanto a gestão quanto a segurança (MORORÓ *et al.*, 2017).

Neste sentido, aponta-se para os profissionais da enfermagem como detentores de um papel fundamental nas organizações de saúde, com vistas a consolidar as melhores práticas envolvendo gestores e comunidade, na busca pelas melhores condições de trabalho. Em relação ao cuidado direto ao paciente, o IBSP (2019) descreve sobre a importância do enfermeiro focar sua avaliação nos riscos de eventos adversos dos pacientes, a fim de identificar situações que põe em risco a saúde e retardam o reestabelecimento durante o período de hospitalização.

Santos e colaboradores (2018) confrontam a SP com as pressões econômicas de tempo, de produtividade, em conjunto com a pressão provocada pela elevada carga de serviço e pela rígida estrutura hierárquica do processo de trabalho. Estudo realizado no interior de São Paulo afirma que 57% dos profissionais consideram que seu estresse está ligado às condições de trabalho (carga horária excessiva, falta de funcionários, recursos materiais e falta de suporte profissional e emocional) e as rotinas que exigem habilidades emocionais e cognitivas, contemplando diferentes esferas (biológicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas) (CARVALHO *et al.*, 2017).

No Brasil, pesquisas mostram a incidência de 7,6% de eventos adversos causados em pacientes internados (ALVES; CARVALHO; ALBUQUERQUE, 2019). Novaretti *et al.* (2014) buscaram identificar a influência da sobrecarga de trabalho da enfermagem na ocorrência de incidentes sem lesão e EA em 399 pacientes internados em UTI. Os autores apontam que a sobrecarga de trabalho relacionada à desproporção entre o número de profissionais de enfermagem e de pacientes é fator de risco inclusive para o aumento da incidência de infecções hospitalares em pacientes críticos. Neuraz *et al.* (2015) apontam

também a sobrecarga de trabalho como obstáculo às ações de educação continuada devido à indisponibilidade dos profissionais de enfermagem para participação em capacitações.

Pesquisa realizada em oito capitais brasileiras no ano de 2015 com enfermeiros gerentes de unidades clínicas apontou a dinâmica de trabalho, a mediação de conflitos, o apoio à gestão e a equipe multiprofissional como componentes da carga de trabalho (SOUZA; CUCOLO; PERROCA, 2019), somando-se às cobranças realizadas pela chefia imediata. Caçador *et al.* (2015) reforçam que a sobrecarga de trabalho decorre principalmente da prática de atividades que vão além das atividades planejadas, prejudicando a concretização de ações que compõem as atribuições do enfermeiro.

Estudo realizado por Dorigan e Guirardarello (2018) relacionando o ambiente de trabalho e a segurança do paciente evidencia que o contexto da prática está relacionado em 42% a variáveis vinculadas ao clima de segurança, sugerindo a influência dos espaços sociais no modo de ser e pensar das pessoas. Na mesma perspectiva de segurança e qualificação do cuidado, a relação entre profissionais e pacientes, no que se refere ao dimensionamento, deve ser considerada medida protetiva e de promoção da qualidade do cuidado, uma vez que a falta de profissionais compromete a assistência prestada, não somente por interferir na carga física do trabalho mas por afetar o raciocínio clínico da equipe, contribuindo para a automatização do cuidado e, em especial, para a fragilização de padrões de qualidade e de segurança assistencial.

Estudos comprovam que o dimensionamento adequado de profissionais contribui para a segurança do paciente e prevenção de EA e é proporcional à diminuição de horas extras, incidentes e percentual de óbitos (CHO *et al.*, 2015; AIKEN *ET AL* 2014). Assim, a escassez de mão de obra associada à obrigatoriedade em cumprir tarefas, o trabalho excessivo e o dar conta do que precisa ser feito, acaba por se sobrepor a possíveis discussões e conversas relacionadas aos casos clínicos, os quais poderiam contribuir significativamente para a determinação de cuidados pertinentes e ajustados para cada situação (VASCONCELOS *et al.*, 2017).

Neste sentido, os registros observacionais realizados como primeira etapa da coleta de dados deste estudo permitiram identificar elementos mascarados durante a objetivação. Os segmentos de texto extraídos do *corpus* textual não evidenciaram aspectos relativos à importância das discussões clínicas, da troca de informações, dos questionamentos durante o horário de trabalho e, em especial, no momento em que os procedimentos estão sendo desenvolvidos para a efetivação de um cuidado seguro.

Salvador e colegas (2013) atribuem à enfermagem a necessidade de reafirmar a capacidade de avaliação clínica, tendo mais intencionalidade e envolvimento na tomada de decisões, agregando ao sujeito a possibilidade de reconstrução e reestruturação de sua identidade profissional, favorecendo sua emancipação social e avançando para a defesa da enfermagem como categoria envolvida nos processos de luta por melhores condições de atenção à saúde.

Deste modo, cada vez mais os desfechos do cuidado têm apontado a necessidade dos profissionais, em especial os que atuam diretamente na assistência, aproximarem-se do conhecimento produzido, buscando o fazer bem e com qualidade, com debates diários que podem suscitar inovações e subsidiar o desenvolvimento de práticas seguras (BITTENCOURT; CROSSETTI, 2013).

Ao abordar o cuidado com cientificidade, o profissional tem maior potencialidade para identificar as necessidades e viabilizar ações que vão ao encontro de satisfazer o paciente e promover a qualidade da assistência em prol de um atendimento seguro que se propõe a minimizar danos e riscos. Percebe-se que a partir da compreensão do processo de objetivação e de ancoragem é possível, segundo Moscovici (2017), transformar o não familiar em familiar e obter esclarecimentos acerca de como mecanismos sociais constroem a realidade.

Ao descortinar a realidade, evidenciam-se contrastes entre o real e o desejado e os elementos envolvidos no cuidado de enfermagem. Apresenta-se o excesso de tarefas, as pressões exercidas pela chefia sobre a equipe, a presença de pacientes graves como condições que ao serem modificadas podem reestruturar as representações sociais e o cuidado oferecido. Diante disso, diversos autores corroboram a importância de que os profissionais busquem fortalecer a interação da equipe multiprofissional, apoiar o desenvolvimento das competências profissionais, da cultura de segurança e do desempenho institucional (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017; CARVALHO *et al.*, 2017; ALZHRANI; JONES; ABDEL-LATIF, 2018; BERBEROGLU, 2018; CAVALCANTE *et al.*, 2019).

### **Considerações finais**

O estudo buscou identificar através da gênese das RS da SP os sistemas de referência que os atores sociais utilizam na estruturação e regulação da realidade. Elementos que participam e se articulam para a significação do cuidado seguro.

Os elementos partícipes do cuidado e identificados como objetivação, ancorados na gestão dos espaços em saúde, concentram o que representa e o que está envolvido no pensamento da equipe sobre a segurança do paciente e sua articulação com a prática, consolidando a gênese das representações sociais.

O estudo evidenciou o enfermeiro como figura que nas inter-relações com os demais elementos que circulam nos espaços sociais edifica maneiras de pensar e formas de existir nestes ambientes. Assim sendo, pode-se dizer que os profissionais da enfermagem ao interagirem entre si, com o ambiente, com os diferentes elementos imbricados (sobrecarga, falta de pessoal, entre outros) ancorados na gestão, determinam comportamentos que ao longo do tempo vão se naturalizando e dando concretude à realidade.

O estudo aponta aspectos da estrutura organizacional que requerem mudanças para a efetivação de melhores práticas, no encontro da segurança do paciente. Modificações que vão além do indivíduo ou dos profissionais que alí desenvolvem suas atividades laborais, requer novas formas de pensar a gestão e com isso a possibilidade de condições adequadas de trabalho em todos os níveis da organização, a fim de oferecer como resultado final um cuidado qualificado.

## Referências

AIKEN, L. H.; SLOANE, D. M.; BRUYNEEL, L.; VAN DEN HEEDE, K.; GRIFFITHS, P.; BUSSE, R.; DIOMIDOUS, M.; KINNUNEN, J.; KÓZKA, M.; LESAFFRE, E.; MCHUGH, M. D.; MORENO-CASBAS, M. T.; RAFFERTY, A. M.; SCHWENDIMANN, R.; SCOTT, P. A.; TISHELMAN, C.; VAN ACHTERBERG, T.; SERMEUS, W.; RN4CAST CONSORTIUM. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. **Lancet**, v. 383, n. 9931, p. 1824–1830, 2014.

ALVES, M. F. T.; CARVALHO, D. S.; ALBUQUERQUE, G. S. C. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2895-2908, 2019.

ALZHRANI, N.; JONES, R.; ABDEL-LATIF, M. E. Attitudes of doctors and nurses toward patient safety within emergency departments of two Saudi Arabian hospitals. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 1, p. 736, 2018.

ANVISA. **Boletim segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde nº 15: incidentes relacionados à assistência à saúde**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2016.

- BACKES, M. T. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 411-418, 2015.
- BERBEROGLU, A. Impact of organizational climate on organizational commitment and perceived organizational performance: empirical evidence from public hospitals. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 1, p. 399, 2018.
- BITTENCOURT, G. K. G. D.; CROSSETTI, M. G. O. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 341-347, 2013.
- BRASIL. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CAÇADOR, B. S.; BRITO, M. J. M.; MOREIRA, D. A.; REZENDE, L. C.; VILELA, G. C. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **REME Revista Mineira de Enfermagem**. v. 19, n. 3, p. 612-619, 2015.
- CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.
- CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R.; SILVA, K. L. Permanent professional education in healthcare services. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, e20160317, 2017
- CARVALHO, D. P.; ROCHA, L. P.; BARLEM, J. G. T.; DIAS, J. S.; SCHALLENBERGER, C. D. Cargas de trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 1-11, 2017.
- CAVALCANTE, E. F. O.; PEREIRA, I. R. B. O.; LEITE, M. J. V. F.; SANTOS, A. M. D.; CAVALCANTE, C. A. A. Implementation of patient safety centers and the healthcare-associated infections. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, e20180306, 2019.
- CHO, E.; SLOANE, D. M.; KIM, E. Y.; KIM, S.; CHOI, M.; YOO, I. Y.; LEE, H. S.; AIKEN, L. H. Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: an observational study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 52, n. 2, p. 535-542, 2015.
- DORIGAN, G. H.; GUIRARDELLO, E. B. Effect of the practice environment of nurses on job outcomes and safety climate. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, e3056, 2018.
- DUARTE, S. C. M.; AZEVEDO, S. S.; MUINCK, G. C.; COSTA, T. F.; CARDOSO, M. M. V. N.; MORAES, J. R. M. M. Boas Práticas de segurança nos cuidados de enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, e20180482, 2020.

FERREIRA, D. S.; BERNARDO, F. M. S.; COSTA, E. C.; MACIEL, N. S.; COSTA, R. L.; CARVALHO, C. M. L. Conhecimento, atitude e prática de enfermeiros na detecção do câncer de mama. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 2, e20190054, 2020.

FONTANELLA, B. J. B.; LUCHESI, B. M.; SAIDEL, M. G. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.; MELO, D. G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 388-394, 2011.

IBSP. Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente. **O papel da enfermagem na segurança do paciente**. 2019. Disponível em: <https://www.segurancaadopaciente.com.br/opiniaio/o-papel-da-enfermagem-na-seguranca-do-paciente/>. Acesso em: 06 fev. 2021.

LEE, E.; KIM, Y. The relationship of moral sensitivity and patient safety attitudes with nursing students' perceptions of disclosure of patient safety incidents: a cross-sectional study. **PLoS ONE**, v. 15, n. 1, e0227585, 2020.

LLORY, M.; MONTMAYEUL, R. **O acidente e a organização**. Belo Horizonte: Fabrefacum, 2014.

MARCHAND, P., RATINAUD P. L'analyse de similitude appliqueé aux corpus textuelles: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française. **Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles**. Liège, 2012.

MORORÓ, D. D. S.; ENDERS, B. C.; LIRA, A. L. B. C.; SILVA, C. M. B.; MENEZES, R. M. P. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 323-332, 2017.

MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2017.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MOTTA, O. J. R.; PAULO, A. S. Revisão de literatura: aspectos bioéticos da tomada de decisão do Enfermeiro em Terapia Intensiva. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 2456-2474, 2020.

NEURAZ, A.; GUÉRIN, C.; PAYET, C.; POLAZZI, S.; AUBRUN, F.; DAILLER, F.; LEHOT, J. J.; PIRIOU, V.; NEIDECKER, J.; RIMMELÉ, T.; SCHOTT, A. M.; DUCLOS, A. Patient mortality is associated with staff resources and workload in the ICU: a multicenter observational study. **Critical Care Medicine**, v. 43, n. 8, p. 1587–1594, 2015.

NOVARETTI, M. C. Z.; SANTOS, E. V.; QUITÉRIO, L. M.; DAUD-GALLOTTI, R. M. Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 692-699, 2014.

OLIVEIRA, J. L. C.; TOSO B. R. G. O.; MATSUDA, L. M. Advanced practices for care management: reflections on the Brazilian nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 4, p. 2060-2065, 2018.

PADILHA, M. I. C. S.; SILVA, D. M. G. V.; COELHO, M. S. Theoretical-methodological aspects of social representations and their use in nursing. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, n. 2, 2007.

REINERT, M. Alceste, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia de Gerard de Nerval. **Bulletin de Methodologie Sociologique**, v. 26, n. 1, 1990.

SALVADOR, P. T. C. O.; ALVES, K. Y. A.; MARTINS, C. C. F.; SANTOS, V. E. P.; TOURINHO, F. S. V. Motivos para o empoderamento da enfermagem: reflexões à luz de Alfred Schutz. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 1020-1025, 2013.

SANTOS, E.; QUITÉRIO, L.; DAUD-GALOTTI, R.; NOVARETTI, M. Influência das falhas administrativas na redução da segurança de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. **Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa**, v. 17, n. 2, p. 58-72, 2018.

SILVA, S. É. D.; CAMARGO, B. V.; PADILHA, M. I. A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 947-951, 2011.

SOUZA, C. S.; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G.; ROCHA, L. P.; BARLEM, E. L. D.; SILVA, T. L.; NEUTZLING, B. R. S. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. spe, e20180294, 2019.

SOUZA, R. F.; ALVES, A. S.; ALENCAR, I. G. M. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 1, p. 19-27, 2018.

SOUZA, P.; CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. Carga de trabalho de enfermagem: influência das intervenções de cuidados indiretos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, e03440, 2019.

VASCONCELOS, R. O.; RIGO, D. F. H.; MARQUES, L. G. S.; NICOLA, A. L.; TONINI, N. S.; OLIVEIRA, J. L. C. Dimensionamento de pessoal de enfermagem hospitalar: estudo com parâmetros oficiais brasileiros de 2004 e 2017. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, e20170098, 2017.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos da Tese, identificou-se na revisão integrativa que a gestão, condições de trabalho, estrutura física, comunicação e resposta punitiva ao erro são fatores que interferem na segurança do paciente. Os estudos apontaram a complexidade de tais elementos e suas repercussões no contexto da saúde, evidenciando o papel das instituições na gestão e organização do trabalho com adoção de estratégias que favoreçam a confiança, a comunicação e o desenvolvimento de práticas seguras.

Os elementos identificados traduzem a necessidade de novos olhares sobre a maneira de gerir e pensar o cuidado e a saúde. Chamou a atenção as publicações sobre SP na UTI centrarem os estudos na avaliação da cultura de segurança como forma de estabelecer diagnósticos situacionais. No entanto, as evidências apontam para a necessidade de pesquisas que além da avaliação de itens relacionados à cultura passem a compreender a SP através de abordagens qualitativas que busquem elucidar o cotidiano da assistência oferecida pelos profissionais de saúde.

Na revisão de escopo, acerca do percurso metodológico dos estudos de enfermagem que utilizaram o referencial de Serge Moscovici em terapia intensiva, encontrou-se nas bases de dados utilizadas e no período de busca um volume pequeno de pesquisas que utilizaram o referencial. Os estudos acompanham as recomendações propostas em relação ao percurso metodológico adotado no que tange ao desenho qualitativo e uso de entrevista para a coleta de dados. Os achados evidenciam a necessidade de estimular estudantes e pesquisadores a utilizarem esta teoria como forma de desvelar e intervir na realidade social e da enfermagem.

O terceiro objetivo, como resultado da pesquisa de campo, revelou que as RS da equipe de enfermagem sobre SP consistem na utilização dos protocolos básicos da SP publicados pelo MS. Os protocolos de segurança, identificados como tarefas a cumprir, foram descritos como: fazer a higienização das mãos, manter a grade da cama elevada, evitar úlceras de pressão, numa atitude mecanizada que, incorporada à prática por meio da adoção de cuidados rotineiros, fica centrada na técnica e fragilizada no tocante à reflexão clínica. A representação social discutida neste manuscrito evidencia a busca por um melhor fazer que se efetiva a partir da implementação dos protocolos, mas que precisa avançar em especial pela adoção e naturalização do raciocínio clínico em todos os fazeres cotidianos. Ainda, o terceiro objetivo buscou identificar através da gênese das RS da SP os sistemas de referência que os atores sociais utilizam na elaboração da realidade.

As objetivações que dão forma às representações sociais foram identificadas por meio das palavras “erro”, “funcionário”, “demanda”, “equipe”, “cobrar”, “perceber” e “capacitação”, que ancorados na gestão do cuidado promovem a compreensão de como o ambiente e as relações cotidianas recriam conhecimentos e dão concretude à realidade.

O estudo evidencia uma dicotomia entre o cenário ideal para a segurança do paciente e o contexto real, apontando diversos elementos que precisam ser superados para a construção de contextos de saúde qualificados. É possível perceber que as mudanças necessárias para a efetivação de melhores práticas, no encontro da segurança do paciente, requerem modificações que vão além do indivíduo ou dos profissionais que ali desenvolvem suas atividades laborais, requer novas formas de pensar a gestão, e com isso a possibilidade de condições adequadas de trabalho em todos os níveis da organização, a fim de oferecer como resultado final um cuidado qualificado.

As representações sociais apresentadas neste estudo sobre a segurança do paciente determinam por meio da linguagem compartilhada do modo de agir/ser/pensar da equipe o cuidado oferecido.

Como limitação do estudo, o número de enfermeiros participantes pode ter influenciado na perspectiva tecnicista encontrada como resultados. Porém, destaca-se ser papel do enfermeiro instigar o raciocínio, a apreensão de saberes e o desenvolvimento de um cuidado que vai além da técnica, que seja comprometido com o conhecimento com a ética e com o Ser humano.

Ademais o estudo apresenta resultados que vão ao encontro do que representa a segurança do paciente para o extrato da categoria de profissionais da enfermagem que predomina no contexto da prática, o profissional técnico.

Durante o estudo, ficou explícito como as representações sociais constroem a realidade e que tudo parte das significações atribuídas pelas pessoas/grupos ao fenômeno. Assim, a forma com que o fenômeno é compreendido sustenta a concretude do contexto, sendo necessário novas significações para que haja mudanças de comportamento.

## REFERENCIAS

- ALMEIDA, A. M. O. Abordagem societal das representações sociais. **Sociedade e Estado**, v. 24, n. 3, p. 713-737, 2009.
- ARAUJO MARTINEZ, E.; DE SOUZA, S. R.; ROMIJN TOCANTINS, F. As contribuições das representações sociais para a investigação em saúde e enfermagem. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 30, n. 1, p. 101-107, 2012.
- AUSTREGESILO, S. C.; LEAL, M. C. C.; FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. A interface entre a atenção primária e os serviços odontológicos de urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3111-20, 2015.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Epidemiológica. **Boletim informativo - Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Brasília, v. 1, n.1, 2011. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/conselhos-e-comissoes/cosep-comite-de-seguranca-do-paciente/sugestoes-de-leitura/11394-seguranca-do-paciente-boletim-anvisa-2011/file>. Acesso em: 01 fev. 2021.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Epidemiológica. **Plano integrado para a gestão sanitária da segurança do paciente em serviços de saúde**: monitoramento e investigação de eventos adversos e avaliação de práticas de segurança do paciente. Brasília: ANVISA, 2015.
- BRASIL. Diário Oficial da União. **Resolução nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.271-de-14-de-fevereiro-de-2020-253606068>. Acesso em: 05 fev. 2021.
- BRASIL. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
- BRASIL. **Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013**. Aprova os protocolos de segurança do paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.
- BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.
- BRENNAN, T. A.; LEAPE, L. L.; LAIRD, N. M.; HEBERT, L.; LOCALIO, A. R.; LAWTHERS, A. G.; NEWHOUSE, J. P.; WEILER, P. C.; HIATT, H. H.; HARVARD MEDICAL PRACTICE STUDY I. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. 1991. **Quality & Safety in Health Care**, v. 13, n. 2, p. 145–152, 2004.

BUENO, A. A. B.; FASSARELLA, C. S. Segurança do paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Rede De Cuidados De Saúde**, v. 6, n. 1, p. 2–10, 2012.

CALDANA, G.; GUIRARDELLO, E. B.; URBANETTO, J. S.; PETERLINI, M. A. S.; GABRIEL, C. S. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 906-911, 2015.

CAMARGO, B. V. Estratégias de pesquisa pluri-metodológicas. *In*: MOREIRA, A.S.P. **Perspectivas teórico metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB-Editora Universitária, 2005.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CLARO, C. M.; KROCKOZ, D. V. C.; TOFFOLLETO, M. C.; PADILHA, K. G. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 167-172, 2011.

COSTA, D. B.; RAMOS, D.; GABRIEL, C. S.; BERNARDES, A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 3, e2670016, 2018.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FIDELIS, R. E. **Cultura de segurança: perspectiva da equipe de enfermagem em unidade de emergência do adulto**. 2011. 170f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; LUCHESI, B. M.; SAIDEL, M. G. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.; MELO, D. G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 388-394, 2011.

GALIAZZI, M. C.; MORAES, R.; RAMOS, M. G. Educar pela pesquisa: as resistências sinalizando o processo de profissionalização de professores. **Educar em Revista**, v. 21, p. 01-15, 2003.

GAMA, Z. A. S.; OLIVEIRA, A. C. S.; HERNÁNDEZ, P. J. S. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 283-293, 2013.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e de grupos. *In*: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2014.

GUARESCHI, P. **Psicologia social crítica como prática de libertação**. Porto Alegre: Edicpurs, 2004.

GUARESCHI, P. A. Psicologia social e representações sociais: avanços e novas articulações. *In: VERONESE, M. V.; GUARESCHI, P. A. **Psicologia do cotidiano: representações sociais em ação.*** Petrópolis: Vozes, 2007.

HARADA, M. J. C. S.; CHANES, D. C.; KUSAHARA, D. M.; PEDREIRA, M. L. G. Segurança na administração de medicamentos em Pediatria. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 639-642, 2012.

HRO. Hospital Regional do Oeste. Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira. **Indicadores Estatísticos.** Chapecó, 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem populacional.** Chapecó, 2018.

ILLICH, I. **Limits to medicine.** Medical Nemesis: the expropriation of health. London: Marion Boyars, 2010.

IOM. Institute of Medicine. **To err is human: building a safer health system.** Washington: National Academies Press, 2000.

JODELET, D.; LOPRETE, L. Problemáticas psicossociais da abordagem da noção de sujeito. **Cadernos de Pesquisa**, v. 45, n. 156, p. 314-327, 2015.

LAHLOU, S. Text mining methods: an answer to Chartier and Meunier. **Papers on Social Representations**, v. 20, n. 38, p. 1-7, 2012.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 502-507, 2014.

LIMA, V. M. R.; RAMOS, M. G. Percepções de interdisciplinaridade de professores de Ciências e Matemática: um exercício de análise textual discursiva. **Revista Lusófona de Educação**, v. 36, p. 163-177, 2017.

LLORY, M.; MONTMAYEUL, R. **O acidente e a organização.** Belo Horizonte: Fabrefacum, 2014.

LUZIA, M. F.; ALMEIDA, M. A.; LUCENA, A. F. Mapeamento de cuidados de enfermagem para pacientes com risco de quedas na Nursing Interventions Classification. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 4, p. 632-640, 2014.

MENDES, F. R. P.; ZANGÃO, M. O. B.; GEMITO, M. L. G. P.; SERRA, I. C. C. Social representations of nursing students about hospital assistance and primary health care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 2, p. 343-350, 2016.

MINAYO, M. C. S. Limits and possibilities to combine quantitative and qualitative approaches. *In: OFLAZOGLU, S. **Qualitative versus quantitative research.*** Croacia: Intech, 2017.

MINAYO, M. C. S. Trabalho de campo: contexto de observação interação e descoberta. *In:* MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2011.

MOSCOVICI, S. **Psicologia das minorias ativas**. Petrópolis: Vozes, 2011.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

NOVARETTI, M. C. Z.; DAUD-GALLOTTI, R.; LAPCHIK, M. S. Identificando os riscos da sobrecarga de trabalho da enfermagem na gestão de pacientes críticos. **SIMPOI**, 2013. Disponível em: [http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2013/artigos/E2013\\_T00230\\_PCN53279.pdf](http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2013/artigos/E2013_T00230_PCN53279.pdf). Acesso em: 31 mar. 2014.

NOVARETTI, M. C. Z.; SANTOS, E. V.; QUITÉRIO, L. M.; DAUD-GALLOTTI, R. M. Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 692-699, 2014.

OLTRAMARI, L. C.; CAMARGO, B. V. Aids, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 20, p. 275-83, 2010.

OMS. **Assembleia Mundial da Saúde alcança acordos sobre doenças crônicas não transmissíveis, tuberculose, pólio e cólera**. 2018. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5681:assembleia-mundial-da-saude-alcanca-acordos-sobre-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-tuberculose-polio-e-colera&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5681:assembleia-mundial-da-saude-alcanca-acordos-sobre-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-tuberculose-polio-e-colera&Itemid=875). Acesso em: 02 fev. 2021.

PADILHA, M. I. C. S.; SILVA, D. M. G. V.; COELHO, M. S. Theoretical-methodological aspects of social representations and their use in nursing. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, n. 2, 2007.

PEREIRA, R. S. M.; SOUZA, M. N. A.; BEZERRA, A. M. F.; BEZERRA, W. K. T.; BEZERRA, K. K. S. A saúde do trabalhador de terapia intensiva: uma revisão integrativa acerca dos riscos inerentes ao profissional intensivista. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 5, n. 4, p. 17-22, 2015.

POLI, O. **Leituras em movimentos sociais**. 2. ed. Rev. Chapecó: Argos, 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018.

RIBEIRO, H. C. T. C. Global patient safety challenges: breve panorama dos avanços e pesquisas no Brasil. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 7, 2017.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. *In*: SPINK, M. J. **O conhecimento no cotidiano: as representações na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

SANCHIS, D. Z.; HADDAD, M. C. F. L.; GIROTTO, E.; SILVA, A. M. R. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5, e20190174, 2020.

SANTOS, M. P. A teoria das representações sociais como referencial didático-metodológico de pesquisa no campo das ciências humanas e sociais aplicadas. **Emancipação**, v. 13, n. 1, p. 9-21, 2013.

SILVA, S. É. D.; CAMARGO, B. V.; PADILHA, M. I. A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, v. 947-951, 2011.

SORRA, J.; FAMLOARO, T.; DYER, N.; NELSON, D.; KHANNA, K.; AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Hospital survey on patient safety culture: 2009 comparative database report**. 2009. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/issue/hospital-survey-patient-safety-culture-2009-comparative-database-report>. Acesso em: 04 fev. 2021.

SPINK, M. J. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995 *In*: MOSCOVICI, S. **Psicologia das minorias ativas**. Petrópolis: Vozes, 2011.

VINCENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

WHO. **Medication without harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge**. Geneva: World Health Organization, 2017.

WHO. **Minimal information model for patient safety incident reporting and learning systems: user guide**. Geneva: World Health Organization, 2016.

WHO. **The nine Patient Safety Solutions, 2007**. 2007. Disponível em: [https://www.who.int/patientsafety/events/07/02\\_05\\_2007/en/](https://www.who.int/patientsafety/events/07/02_05_2007/en/). Acesso em: 06 fev. 2021.

WHO. **Third Global Ministerial Summit on Patient Safety**. Geneva: World Health Organization, 2018.

WHO. **World alliance for patient safety: forward programme 2008 – 2009**. 1. ed. Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70460>. Acesso em: 02 fev. 2021.

WHO. **World alliance for patient safety**. Geneva: World Health Organization, 2004.

WHO. **World alliance for patient safety: patient for patient safety**. Geneva: World Health Organization, 2009a.

## APÊNDICE A – PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

### RECURSOS HUMANOS

Pesquisadora responsável: Dda. Tatiana Gaffuri da Silva (1).

Pesquisador orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Eliane Nascimento (2).

### PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES

\* Os números relacionam-se ao nome dos pesquisadores apresentados no item I

- Elaboração protocolo: 1
- Avaliação do protocolo: 2
- Coleta de dados: 1
- Seleção dos estudos: 1
- Checagem dos dados coletados: 1 e 2
- Avaliação crítica dos estudos com base no objetivo proposto: 1 e 2
- Síntese dos dados: 1
- Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1 e 2
- Apreciação final, avaliação e sugestões: 1 e 2
- Revisão final a partir de sugestões do orientador: 1
- Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1 e 2

### DESENHO DO ESTUDO

Pesquisa exploratório-descritiva, de natureza qualitativa, baseado nos pressupostos de Mendes (2008) que sistematiza as etapas de revisão integrativa:

- 1) Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa
- 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura
- 3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos,
- 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa,
- 5) Interpretação dos resultados,
- 6) Apresentação da revisão/síntese do conhecimento

**1) Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa:** Quais as potencialidades e fragilidades da segurança do paciente no ambiente da Terapia Intensiva evidenciados nos estudos publicado nas bases SciELO, BVS, CINAHL, pubmed/Medline e SCOPUS?

**2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura:**

**Critérios de inclusão:**

- a) Artigos científicos;
- b) Estudos publicados em português, inglês e espanhol que contenham os TERMOS DE BUSCA listados neste protocolo e publicados entre 2013 e 2017.
- c) Estudos que abordam as temáticas: Segurança do paciente na UTI.

**Critérios de exclusão:**

- a) Artigos na modalidade cartas, resenhas e editoriais.

- b) Estudos duplicados.
- c) Teses e Dissertações.

### **3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos:**

- Ano de publicação
- Título do artigo
- Objetivos
- Natureza da pesquisa/ Método
- Resultados

### **4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa:**

Segundo Mendes (2008) os estudos selecionados devem ser analisados detalhadamente. A análise deve ser realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos.

Questões que segundo Mendes (2008) estudiosos apontam como auxiliares para avaliação crítica:

- Qual é a questão da pesquisa; qual é a base para a questão da pesquisa; por que a questão é importante; como eram as questões de pesquisas já realizadas; a metodologia do estudo está adequada; os sujeitos selecionados para o estudo são adequados; o que a questão da pesquisa responde e quais pesquisas futuras serão necessárias

A busca dos artigos será realizada com o acesso às bases de dados supracitadas, pela pesquisadora responsável por meio dos protocolos de busca conforme base de dados:

Os estudos obtidos pela pesquisadora serão submetidos às seguintes etapas de seleção e checagem:

- Busca dos artigos nas bases de dados com leitura do título e do resumo, objetivando inclusão ou exclusão da amostra, conforme critérios já identificados,
- Nas situações em que a leitura do título e resumo forem insuficientes, será feita leitura do artigo na íntegra,
- Os estudos selecionados serão salvos no programa organizador de dados denominado Mendeley,
- No mendeley será identificado e excluído os artigos duplicados,
- Após esta etapa da avaliação será realizada leitura minuciosa dos trabalhos na íntegra, com o objetivo de constatar a aderência ao objetivo deste estudo. Para seguir as diretrizes da Revisão Integrativa, os achados serão organizados em uma tabela no Microsoft Word e analisados a partir das categorias identificadas a partir das questões norteadoras propostas.

### **5) Interpretação dos resultados**

Corresponde à fase de discussão dos principais resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos comparando com o conhecimento teórico, identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão. Nesta fase, é possível identificar fatores que afetam a política e os cuidados de enfermagem além de lacunas pertinentes para futuras pesquisas e melhoria da assistência à saúde.

## **6) Apresentação da revisão/síntese do conhecimento**

Esta etapa deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos. Produz impacto decorrente do acúmulo do conhecimento evidenciado na pesquisa.

### **ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa avançada)**

#### **LILACS e BDEFN**

("Unidades de terapia intensiva" OR "UTI" OR "CTI" OR "terapia intensiva" OR "centro intensivo" OR "centros intensivos" OR "cuidados intensivos" OR "cuidado intensivo" OR "Cuidados Críticos" OR "Cuidado Crítico" OR "Intensive care units" OR "Intensive care" OR "ICU" OR "intensive care units" OR "Intensive care") AND ("Segurança do Paciente" OR "Segurança dos Pacientes" OR "Gestão da Segurança" OR "cultura de segurança" OR "Patient Safety" OR "safety care" OR "Safety Management" OR "safety culture" OR "Seguridad del Paciente" OR "Gestión de la Seguridad" OR "Cultura de seguridad") AND (enfermagem OR enfermeir\* OR nursing OR nurse\* OR enfermeria OR enfermer\* OR "Cuidados de Enfermagem" OR "Nursing Care" OR "Atención de Enfermería" OR "Pessoal de Saúde" OR "Profissional da Saúde" OR "Profissional de Saúde" OR "Profissionais da Saúde" OR "Profissionais de Saúde" OR "Trabalhador de Saúde" OR "Trabalhador da Saúde" OR "Trabalhadores de Saúde" OR "Trabalhadores da Saúde" OR "Health Personnel" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Personal de Salud")

#### **SCIELO**

("Unidades de terapia intensiva" OR "UTI" OR "CTI" OR "terapia intensiva" OR "centro intensivo" OR "centros intensivos" OR "cuidados intensivos" OR "cuidado intensivo" OR "Cuidados Críticos" OR "Cuidado Crítico") AND ("Segurança do Paciente" OR "Segurança dos Pacientes" OR "Gestão da Segurança" OR "cultura de segurança" OR "Seguridad del Paciente" OR "Gestión de la Seguridad" OR "Cultura de seguridad") AND (enfermagem OR enfermeir\* OR enfermeria OR enfermer\* OR "Cuidados de Enfermagem" OR "Atención de Enfermería" OR "Pessoal de Saúde" OR "Profissional da Saúde" OR "Profissional de Saúde" OR "Profissionais da Saúde" OR "Profissionais de Saúde" OR "Trabalhador de Saúde" OR "Trabalhador da Saúde" OR "Trabalhadores de Saúde" OR "Trabalhadores da Saúde" OR "Personal de Salud")

#### **PubMed/Medline**

("Intensive care units" OR "Intensive care" OR "ICU" OR "intensive care units" OR "Intensive care") AND ("Patient Safety" OR "safety care" OR "Safety Management" OR "safety culture") AND (nursing OR nurse\* OR "Nursing Care" OR "Health Personnel"[Mesh] OR "Health Personnel" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker")

#### **SCOPUS = 3213 ( Portal da CAPES- SISTEMA CAFÉ UFSC)**

("Intensive care units" OR "Intensive care" OR "ICU" OR "intensive care units" OR "Intensive care") AND ("Patient Safety" OR "safety care" OR "Safety Management" OR "safety culture") AND (nursing OR nurse\* OR "Nursing Care" OR "Health Personnel" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker")

**Cinahal ( Portal da CAPES- SISTEMA CAFÉ UFSC)**

("Intensive care units" OR "Intensive care" OR "ICU" OR "intensive care units" OR "Intensive care") AND ("Patient Safety" OR "safety care" OR "Safety Management" OR "safety culture") AND (nursing OR nurse\* OR "Nursing Care" OR "Health Personnel" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker")  
TS=(("Intensive care units" OR "Intensive care" OR "ICU" OR "intensive care units" OR "Intensive care") AND ("Patient Safety" OR "safety care" OR "Safety Management" OR "safety culture") AND (nursing OR nurse\* OR "Nursing Care" OR "Health Personnel" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker"))

**DIVULGAÇÃO**

O manuscrito será encaminhado para revista a ser escolhida pelos pesquisadores.

**APÊNDICE B – PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

**RECURSOS HUMANOS**

Pesquisadora responsável: Dda. Tatiana Gaffuri da Silva (1).

Pesquisador orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Eliane Nascimento (2).

**PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES**

\* Os números relacionam-se ao nome dos pesquisadores apresentados no item I

- Elaboração protocolo: 1
- Avaliação do protocolo: 2
- Coleta de dados: 1
- Seleção dos estudos: 1
- Checagem dos dados coletados: 1 e 2
- Avaliação crítica dos estudos com base no objetivo proposto: 1 e 2
- Síntese dos dados: 1
- Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1 e 2
- Apreciação final, avaliação e sugestões: 1 e 2
- Revisão final a partir de sugestões do orientador: 1
- Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1 e 2

**DESENHO DO ESTUDO**

Pesquisa exploratório-descritiva, de natureza qualitativa, baseado nos pressupostos de Mendes (2008) que sistematiza as etapas de revisão integrativa:

- 1) Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa
- 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura
- 3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos,
- 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa,
- 5) Interpretação dos resultados,
- 6) Apresentação da revisão/síntese do conhecimento

**1) Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa:** Quais os estudos na área da enfermagem que utilizaram a TRS e estão publicados nas bases de dados SciELO, BVS, CINAHL e Medline entre os anos de 2014 e 2018?

**2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura:**

**Critérios de inclusão:**

- a) Artigos científicos;
- b) Estudos publicados em português, inglês e espanhol que contenham os TERMOS DE BUSCA listados neste protocolo e publicados entre 2013 e 2017.
- c) Estudos que abordam a TRS e enfermagem

**Critérios de exclusão:**

- a) Artigos na modalidade cartas, resenhas e editoriais.
- b) Estudos duplicados.
- c) Teses e Dissertações.

### **3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos:**

- Ano de publicação
- Título do artigo
- Objetivos do estudo
- Natureza da pesquisa/ Método
- Referencial teórico
- Resultados

### **4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa:**

Segundo Mendes (2008) os estudos selecionados devem ser analisados detalhadamente. A análise deve ser realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos.

Questões que segundo Mendes (2008) estudiosos apontam como auxiliares para avaliação crítica:

- Qual é a questão da pesquisa; qual é a base para a questão da pesquisa; por que a questão é importante; como eram as questões de pesquisas já realizadas; a metodologia do estudo está adequada; os sujeitos selecionados para o estudo são adequados; o que a questão da pesquisa responde e quais pesquisas futuras serão necessárias

A busca dos artigos será realizada com o acesso às bases de dados supracitadas, pela pesquisadora responsável por meio dos protocolos de busca conforme base de dados:

Os estudos obtidos pela pesquisadora serão submetidos às seguintes etapas de seleção e checagem:

- Busca dos artigos nas bases de dados com leitura do título e do resumo, objetivando inclusão ou exclusão da amostra, conforme critérios já identificados,
- Nas situações em que a leitura do título e resumo forem insuficientes, será feita leitura do artigo na íntegra,
- Os estudos selecionados serão salvos no programa organizador de dados denominado Mendeley,
- No mendeley será identificado e excluído os artigos duplicados,
- Após esta etapa da avaliação será realizada leitura minuciosa dos trabalhos na íntegra, com o objetivo de constatar a aderência ao objetivo deste estudo. Para seguir as diretrizes da Revisão Integrativa, os achados serão organizados em uma tabela no Microsoft Word e analisados a partir das categorias identificadas a partir das questões norteadoras propostas.

### **5) Interpretação dos resultados**

Corresponde à fase de discussão dos principais resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos comparando com o conhecimento teórico, identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão. Nesta fase, é possível identificar fatores que afetam a política e os cuidados de enfermagem além de lacunas pertinentes para futuras pesquisas e melhoria da assistência à saúde.

### **6) Apresentação da revisão/síntese do conhecimento**

Esta etapa deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos. Produz impacto decorrente do acúmulo do conhecimento evidenciado na pesquisa.

### **ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa avançada)**

**BVS**

("Unidades de terapia intensiva" OR "UTI" OR "CTI" OR "terapia intensiva" OR "centro intensivo" OR "centros intensivos" OR "cuidados intensivos" OR "cuidado intensivo" OR "Cuidados Críticos" OR "Cuidado Crítico" OR "Intensive care units" OR "Intensive care" OR "ICU" OR "intensive care units" OR "Intensive care" ) AND ("representações sociais") AND (enfermagem OR enfermeir\* OR nursing OR nurse\* OR enfermeria OR enfermer\* OR "Cuidados de Enfermagem" OR "Nursing Care" OR "Atención de Enfermería")

**SCIELO**

("Unidades de terapia intensiva" OR "UTI" OR "CTI" OR "terapia intensiva" OR "centro intensivo" OR "centros intensivos" OR "cuidados intensivos" OR "cuidado intensivo" OR "Cuidados Críticos" OR "Cuidado Crítico" OR "Intensive care units" OR "Intensive care" OR "ICU" OR "intensive care units" OR "Intensive care" ) AND ("representações sociais") AND (enfermagem OR enfermeir\* OR nursing OR nurse\* OR enfermeria OR enfermer\* OR "Cuidados de Enfermagem" OR "Nursing Care" OR "Atención de Enfermería")

**Medline ( Portal da CAPES- SISTEMA CAFÉ UFSC)**

("social representations") AND ("nursing"[MeSH Terms] OR "nursing"[Subheading] OR "nursing"[Title/Abstract] OR "nurses"[MeSH Terms] OR "nurse"[Title/Abstract] OR "nurses"[Title/Abstract] OR "Nursing Care"[MeSH Terms])

**Cinahal ( Portal da CAPES- SISTEMA CAFÉ UFSC)**

("social representations") AND ("nursing"[MeSH Terms] OR "nursing"[Subheading] OR "nursing"[Title/Abstract] OR "nurses"[MeSH Terms] OR "nurse"[Title/Abstract] OR "nurses"[Title/Abstract] OR "Nursing Care"[MeSH Terms])

**DIVULGAÇÃO**

O manuscrito será encaminhado para revista a ser escolhida pelos pesquisadores.

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA-UFSC  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Prof<sup>ª</sup>.Eliane Regina Pereira do Nascimento, pesquisadora responsável, e Tatiana Gaffuri da Silva, doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”, que tem como objetivo compreender como as representações sociais dos profissionais da saúde sobre segurança do paciente se manifestam no cotidiano da assistência na unidade de terapia intensiva. Trata-se de pesquisa vinculada a Tese de Doutorado. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, situado na Universidade Federal de Santa Catarina, no Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094, cep.propesq@contato.ufsc.br. O CEPESH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido fundamentado na Resolução CNS 466/12.2, 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 pesquisadores cumpriremos os termos da resolução 466/12.2. e as exigências contidas nos itens IV. 3 desta resolução e o (a) convidamos a participar deste estudo que tem como objetivo compreender como as representações sociais dos profissionais de enfermagem sobre segurança do paciente se manifestam no cotidiano da assistência na unidade de terapia intensiva. O desenvolvimento deste estudo tem como principal justificativa o desejo de contribuir no processo de qualificação do serviço em saúde, em especial na terapia intensiva, identificando os fenômenos envolvidos no cotidiano assistencial, que determinam ou não um cuidado seguro, além da compreensão

das manifestações humanas e da consciência coletiva dos profissionais imbricados no processo de (des)cuidar. Este termo de consentimento, apresentado em duas vias e por nós assinado, será entregue a cada participante do estudo. Uma via ficará com os pesquisadores e outra via com os partícipes da pesquisa. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de: a) realização de desenho à mão livre a partir de palavras disparadoras sobre a temática “segurança do paciente”, b) entrevista, com questões abertas sobre a segurança do paciente e relato e/ou descrição verbal do desenho livre desenvolvido, com gravação de voz, e c) observação, sendo esta realizada durante o desenvolvimento das atividades laborais dos participantes, na unidade de terapia intensiva, pela pesquisadora. Participará somente das etapas de coleta de dados (entrevista, desenho livre e observação) a que se considerar apto(a) ou disposto(a), ou que não lhe causem desconforto. A entrevista e sua explanação sobre o desenho livre serão gravadas mediante seu consentimento.

Autorizo a gravação de minha entrevista e da explanação sobre o desenho livre.

Não autorizo.....

Isso será feito para que as respostas possam ser transcritas, e, posteriormente, analisadas. A entrevista e a etapa do desenho livre serão previamente agendadas, conforme sua disponibilidade de data e horário, medidas realizadas em nome da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Essa coleta (entrevista e desenho livre) 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. 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 seguro e que, com a publicização, os resultados poderão estimular as instituições, docentes e discentes a pensar/criar possibilidades para o enfrentamento deste fenômeno.

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 determina a lei. 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. Neste sentido, nos colocamos à disposição para conversar sobre

esses sentimentos e ouvi-lo. Caso ache necessário, interromperemos a entrevista e poderemos retomá-la quando e se considerar conveniente. Além disso, dispensará um pouco de seu tempo para responder as perguntas da entrevista e para realização do desenho livre.

Esclarecemos que os participantes desta pesquisa não sofrerão riscos laborais, nem prejuízos físicos. Você tem a liberdade de recusar a participação no estudo em qualquer momento. Caso aceite, também poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, por se tratar de uma participação voluntária. A recusa ou desistência da participação no estudo não implicará em sanção, prejuízo ou dano ao participante. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, mantendo o sigilo do seu nome e a imagem da instituição e a confidencialidade das informações fornecidas. Os dados serão utilizados exclusivamente em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos. Se houver exposição dos seus dados (quebra do sigilo), mesmo que por acidente (involuntário ou não intencional), você terá direito a pedir uma indenização. As pesquisadoras Eliane Regina Pereira do Nascimento e Tatiana Gaffuri da Silva estarão disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo nos telefones e e-mails abaixo apresentados ou, ainda, pessoalmente, no endereço: Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco H, 2º andar, sala 203, Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro 2 Trindade, em Florianópolis (SC). Os dados coletados poderão ser consultados sempre que você desejar, mediante solicitação. O Sr (a) receberá este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinar, ficando uma via consigo e outra, com as pesquisadoras.

---

**Tatiana Gaffuri da Silva**

Pesquisadora

Rua Itapetininga 267

Centro

Chapecó- 89812170

E-mail: tatiana.silva@uffs.edu.br

Fone: (49)999057117

---

**Eliane Regina Pereira do Nascimento**

Pesquisadora responsável

Universidade Federal de Santa Catarina Campus Univ. Reitor João David Ferreira Lima Centro de Ciências da Saúde, 2º andar, sala 203, 88040-970 Trindade – Florianópolis

E-mail: eliane.nascimento@ufsc.br

Fone: (48) 99105 1202

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido(a) sobre a natureza e objetivo desta pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária para a realização da observação, entrevista e desenho livre com gravação de voz nas etapas entrevista e desenho livre, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

RG/CPF: Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

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

## APÊNDICE D – ROTEIRO ESTRUTURADO DA OBSERVAÇÃO

1. Identificar se há grupos distintos no mesmo ambiente. Por quais profissionais são formados. O que os aproxima (categoria profissional, idéias...). Possuem comportamentos semelhantes ou distintos no que se refere a segurança do paciente.
2. Observar como a equipe se comporta no dia a dia:
  - a. Como é a comunicação antes, durante e depois a realização de procedimentos com o paciente e se for o caso família?
  - b. Como é a comunicação antes, durante e depois do horário de visita?
  - c. Quando e como ocorre a higienização das mãos e uso de luvas?
  - d. Como são mantidas as grades da cama e quando o paciente é mantido contido no leito? Como a contenção é realizada?
  - e. Como ocorre a prevenção de lesão de pele? Quem faz? Como é desenvolvida?
  - f. Quando as pessoas conversam sobre segurança do paciente? Tem alguma condição motivadora?
  - g. Quando o evento adverso ocorre na uti?
  - h. Quando o evento adverso acontece ( independente da gravidade) é socializado pela equipe? Como isso ocorre? Como a notificação é realizada?
  - i. Que tipo de evento adverso é comum na UTI? Há indícios do que motiva seu aparecimento?
3. O que os profissionais da saúde falam no seu dia a dia sobre SP? (identificar as ideias que circulam no grupo social)
4. Como o conhecimento científico relacionado a segurança do paciente se naturaliza ou é naturalizado no cotidiano dos profissionais?

## APÊNDICE E – ROTEIRO ESTRUTURADO DA ENTREVISTA

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_ (anos)

Sexo: Mas ( ) Fem ( )

Categoria profissional:

Tempo de formado: \_\_\_\_\_ (anos)

Maior grau de formação obtido ou em andamento: \_\_\_\_\_

Tempo que atua na área da saúde: \_\_\_\_\_ (anos)

Como é o cuidado oferecido por vcs na unidade de terapia intensiva? Que tipo de cuidado é oferecido? Todos oferecem este tipo de cuidado? Porque?

O que vc sabe sobre Segurança do paciente?

A partir de onde vc tem informações sobre a segurança do paciente?

Quais os efeitos da segurança do paciente para vc?

O que representa a segurança do paciente para vc?

Como vc põem em prática a segurança do paciente no seu dia a dia?

Quando vc põem em prática a segurança do paciente no seu dia a dia?

Com que frequência vc identifica a segurança do paciente no seu dia a dia?

Quais valores pessoais vc acredita interferir nas decisões a respeito da segurança do paciente no cotidiano assistencial?

Em algumas situações do dia a dia, não conseguimos colocar em prática o necessário para o desenvolvimento de um cuidado seguro. Quando vc acha que isso acontece? Porque?

Quando vc pensa sobre segurança do paciente ou cuidado seguro no seu dia a dia?

Quais situações do dia a dia, vc acha que favorecem a presença do cuidado inseguro? Porque?

Dentre os profissionais que atuam na UTI, vc acha que há diferença em relação a prática da segurança do paciente? Porque?

O que representa o erro para vc?

Na sua opinião, qual a gravidade no que se refere a presença do erro?

Quando vc acha que o erro acontece no dia a dia da assistência à saúde?

Com que frequência vc identifica o erro na terapia intensiva?

Porque vc acha que o erro acontece?

Quano há presença do erro, o que é feito? Como é feito o que ? A notificação???e quem faz?

O erro é discutido na equipe? Quando? Quem discute e como discute?

Há punição na presença do erro? Não se faz pergunta com resposta sim ou não em pesquisa qualitativa Como?

Como é sua relação com a equipe? Com o paciente? E familiares?

Como vc acha que as relações entre as pessoas interferem na segurança do paciente?

Como vc acha que o comportamento ou modo de ser das pessoas interfere na segurança do paciente?

Como vc acha que aquilo que as pessoas acreditam interfere na segurança do paciente?

O que mais você gostaria de falar sobre a segurança do paciente na terapia intensiva?

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO DA UNIDADE DE TERAPIA

**Pesquisador:** ELIANE REGINA PEREIRA DO NASCIMENTO

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 10415419.0.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.442.846

**Apresentação do Projeto:**

Tese de doutorado de Tatiana Gaffuri da Silva, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, orientada por Eliane Regina Pereira do Nascimento. Estudo qualitativo prospectivo que será realizado em uma unidade de terapia intensiva localizada no Oeste Catarinense de junho a agosto de 2019.

A pesquisa terá como participantes profissionais que compõe a equipe de enfermagem e que atuam na Unidade de Terapia Intensiva, dentre eles, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Os participantes serão selecionados intencionalmente, considerando o objeto de estudo e a necessidade de diálogo. Há previsão de 35 participantes.

**Critério de inclusão:** atuar no setor da UTI há pelo menos um ano como membro da equipe de enfermagem.

**Crítérios de exclusão:** profissionais em período de férias, licença e atestados no momento da coleta de dados.

A quantidade de participantes será determinada por saturação teórica. A coleta de dados será desenvolvida por meio de observação participante, entrevista semiestruturada e a representação gráfica com o emprego de desenho livre. Consta do TCLE que a entrevista e a explanação sobre o desenho livre serão gravadas (voz). A saída definitiva do campo, ocorrerá com o término das

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

**Bairro:** Trindade

**CEP:** 88.040-400

**UF:** SC

**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3721-6094

**E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3442.846

entrevistas e compromisso de retorno, para o acesso dos participantes às falas e registros feitos durante os momentos da observação participante e entrevista. Após leitura, os participantes poderão aceitar ou não a manutenção dos dados na pesquisa. Para a análise dos dados, será utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) fundamentada na Teoria das Representações Social (TRS) e caracterizada por preservar a dimensão individual articulada com a sua dimensão coletiva.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Compreender como as representações sociais dos profissionais de enfermagem sobre segurança do paciente se manifestam no cotidiano da assistência na unidade de terapia intensiva.

**Objetivo Secundário:** -Conhecer as representações sociais dos profissionais de enfermagem de unidade de terapia intensiva no que se refere à segurança do paciente.

- Identificar quais as evidências das representações sociais na prática do cuidado dos profissionais de enfermagem da UTI voltado a segurança do paciente.

-Propor intervenções que fortaleçam a segurança do paciente no cuidado ao paciente em terapia intensiva considerando as representações sociais dos profissionais de enfermagem

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

São citados os riscos de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais em relação às situações vivenciadas, podendo aflorar sentimentos por lembrar fatos e situações. O risco de quebra de sigilo é citado no TCLE.

Como benefícios, são citados a implementação de intervenções na busca pelo cuidado seguro e o estímulo a instituições, docentes e discentes a pensar/criar possibilidades para o enfrentamento deste fenômeno.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa pode contribuir para o conhecimento generalizável sobre o tema.

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

- A folha de rosto vem assinada pela pesquisadora responsável e pela autoridade institucional competente, a Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

- Consta declaração da instituição onde será realizada a pesquisa (Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira), assinada pelo Presidente da Diretoria Executiva, Rogério Getúlio Delatorre,

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 3.442.846

autorizando a pesquisa e comprometendo-se a cumprir os termos da res. 466/12.

- O cronograma informa que a coleta de dados terá início em 09/09/2019.
- O orçamento é de R\$ 6.000,00 com financiamento próprio.
- Consta do projeto o roteiro da entrevista a ser realizada com os participantes, bem como o roteiro semiestruturado da observação.
- Consta o formulário para registro do desenho livre com campos para: segurança do paciente, eu e a segurança do paciente, nós e a segurança do paciente.
- O TCLE é esclarecedor a respeito de objetivos, procedimentos, riscos e direitos dos participantes, e cumpre as exigências da res. 466/12.

**Recomendações:**

Permanecer atento(a) às normas das Resoluções que regem a ética em pesquisa no Brasil, procurando manter o foco no conforto do(s) participante(s) em todo o processo da pesquisa.

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

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1310738.pdf	17/06/2019 17:47:24		Aceito
Outros	cartaresposta.doc	17/06/2019 17:44:30	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	17/06/2019 17:42:31	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	17/06/2019 17:39:43	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.docx	17/06/2019 17:36:59	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.442.846

Ausência	TCLE.docx	17/06/2019 17:36:59	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	17/06/2019 17:36:41	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	11/03/2019 10:04:42	ELIANE REGINA PEREIRA DO NASCIMENTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaodeinstiuiacao.pdf	10/03/2019 22:56:50	Tatiana Gaffuri da Silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 08 de Julho de 2019

---

**Assinado por:**  
**Maria Luiza Bazzo**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br