

Artigo Original

Carvalho GS, Beserra EP, Bandeira ES, Rodrigues AB, Farias IL, Oliveira PM, Oliveira RM
Normalização do desvio em hospital pediátrico: percepção de trabalhadores de saúde
Rev Gaúcha Enferm. 2023;44:e20220236

doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20220236.pt>

Normalização do desvio em hospital pediátrico: percepção de trabalhadores de saúde

Normalization of deviance in pediatric hospital: perception of health workers

Normalización de la desviación en hospital pediátrico: percepción de trabajadores de salud

Gabrielle da Silva Carvalho^a <https://orcid.org/0000-0001-8757-9980>

Eveline Pinheiro Beserra^b <https://orcid.org/0000-0002-0631-8461>

Erika da Silva Bandeira^c <https://orcid.org/0000-0002-9421-1903>

Ana Barbosa Rodrigues^b <https://orcid.org/0000-0001-9670-3349>

Isaque Lima de Farias^b <https://orcid.org/0000-0002-1352-0916>

Paloma Moreira de Oliveira^b <https://orcid.org/0000-0002-3869-0268>

Roberta Meneses Oliveira^b <https://orcid.org/0000-0002-5803-8605>

^aEscola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). Residência Multiprofissional em Saúde. Fortaleza, Ceará, Brasil.

^bUniversidade Federal do Ceará (UFC). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Departamento de Enfermagem. Fortaleza, Ceará, Brasil.

^cCentro Universitário Christus (UNICHRISTUS). Curso de Graduação em Enfermagem. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Como citar este artigo:

Carvalho GS, Beserra EP, Bandeira ES, Rodrigues AB, Farias IL, Oliveira PM, Oliveira RM. Normalização do desvio em hospital pediátrico: percepção de trabalhadores de saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2023;44:e20220236. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20220236.pt>

RESUMO

Objetivo: Conhecer a percepção de trabalhadores de saúde sobre o fenômeno da normalização do desvio em um hospital pediátrico.

Método: Estudo exploratório, descritivo e qualitativo realizado em hospital público pediátrico do nordeste brasileiro em 2021. Aplicou-se entrevista em profundidade a 21 trabalhadores de saúde, submetida à Análise de Conteúdo Categórica Temática no Software MAXQDA®.

Resultados: Emergiram 128 unidades de contexto da análise de conteúdo. Esses dados foram apresentados em três categorias analíticas, as quais abordam concepções sobre normalização do desvio, exemplos e fatores contribuintes. Destacam-se a omissão da prática de higienização das mãos e do uso correto dos equipamentos de proteção individual, e o desligamento de alarmes como principais desvios percebidos pelos trabalhadores de saúde. Como fatores contribuintes, preponderaram os fatores humanos e os fatores organizacionais.

Conclusão: Os trabalhadores percebem a normalização do desvio como negligência, imprudência e violações de boas práticas, com consequências para a segurança do paciente.

Palavras-chave: Atitude do pessoal de saúde. Hospitais pediátricos. Segurança do paciente. Near miss. Erros médicos.

ABSTRACT

Objective: To know the perception of health workers about the phenomenon of normalization of deviance in a pediatric hospital.

Method: Exploratory, descriptive, and qualitative study conducted in a public pediatric hospital in northeastern Brazil in 2021. An in-depth interview was applied to 21 health workers, submitted to Thematic Categorical Content Analysis in the MAXQDA® Software.

Results: 128 context units emerged from the content analysis. These data were presented in three analytical categories, which address conceptions about normalization of deviance, examples and contributing factors. The omission of the practice of hand hygiene and the correct use of personal protective equipment, and turning off alarms stand out as the main deviance perceived by health workers. As contributing factors, human factors and organizational factors prevailed.

Conclusion: Workers perceive the normalization of deviance as negligence, recklessness, and violations of good practices, with consequences for patient safety.

Keywords: Attitude of health personnel. Hospitals, pediatric. Patient safety. Near miss, healthcare. Medical errors.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la percepción de los trabajadores de la salud sobre el fenómeno de la normalización de la desviación en un hospital pediátrico.

Método: Estudio exploratorio, descriptivo y cualitativo realizado en un hospital pediátrico público en el noreste de Brasil en 2021. Se aplicó una entrevista en profundidad a 21 trabajadores de la salud, sometidos al Análisis de Contenido Categórico Temático en el Software MAXQDA®.

Resultados: 128 unidades de contexto surgieron del análisis de contenido. Estos datos se presentaron en tres categorías analíticas, que abarcan conceptos sobre la normalización de la desviación, ejemplos y factores contribuyentes. La omisión de la práctica de la higiene de manos y el uso correcto de los equipos de protección personal y el apagado de alarmas se destacan como las principales desviaciones percibidas por los trabajadores de la salud. Como factores contribuyentes prevalecieron los factores humanos y los factores organizacionales.

Conclusión: Los trabajadores perciben la normalización de la desviación como negligencia, imprudencia y violación de las buenas prácticas, con consecuencias para la seguridad del paciente.

Palabras clave: Actitud del personal de salud. Hospitales pediátricos. Seguridad del paciente. Near miss salud. Errores médicos.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um princípio e um qualificador do cuidado, concretizada a partir de medidas estruturais, organizacionais, gerenciais, de responsabilidade e formação que anteparam as chances de erros e garantem satisfação de pacientes e profissionais⁽¹⁾.

Nesse contexto, um fenômeno que tem desafiado os serviços de saúde na promoção da segurança do paciente é a normalização do desvio, definida como situações em que as pessoas de uma organização tornam-se tão insensíveis a uma prática irregular que esta passa a não

parecer errada. A insensibilidade surge de forma insidiosa, às vezes ao longo de anos, pois diversas condutas são veladas e naturalizadas, e os eventos adversos (EA) não acontecem até que outros fatores críticos estejam alinhados. Desligar alarmes e violar métodos de controle de infecção são exemplos desses desvios⁽²⁾.

Na prática clínica, a falta de adesão dos profissionais de saúde a protocolos e recomendações de boas práticas reflete na resistência às mudanças e às adequações nas rotinas institucionais⁽³⁾, a qual permanece incorporada ao trabalho como algo “normal”.

Autora afirma que o tema normalização do desvio chegou à literatura de saúde somente na última década, após tornar-se evidente que é um fenômeno onipresente e uma ameaça à segurança do paciente⁽⁴⁾. Como exemplo, uma metassíntese de estudos qualitativos evidenciou que a não adesão aos padrões de cuidado levou diretamente à segurança do paciente prejudicada e resultados adversos em todos os estudos revisados⁽⁵⁾.

Infelizmente, o assunto ainda é estudado de forma inadequada e há escassez de literatura sobre sua natureza exata. Uma das razões citadas é que o setor saúde está submerso em regras e regulamentos, e, normalmente, há espaço extra para julgamento clínico, o que torna difícil definir quando ocorreu uma violação. Outros possíveis impedimentos para pesquisar a normalização do desvio incluem a ausência de ferramentas quantitativas para medir o construto. Não obstante, a discussão sobre normalização do desvio é urgente e pesquisas são necessárias para elucidar sua natureza oculta. Profissionais de saúde precisam estar atentos à prodigiosa responsabilidade que têm de manter os pacientes seguros⁽⁴⁾.

Desse modo, são necessários avanços no estudo do fenômeno para favorecer a cultura de segurança em hospitais, sobretudo em especialidades como a Pediatria⁽⁶⁾, pois crianças são mais suscetíveis a EA. Quando há normalização do desvio da não higienização das mãos, por exemplo, a incidência de infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS) aumenta⁽⁷⁾.

Por vezes, a motivação do profissional em praticar um desvio envolve a necessidade de ajudar o paciente. Na Pediatria, pode-se citar o procedimento de punção venosa, na qual alguns profissionais de enfermagem removem as luvas de procedimento para ter uma melhor sensibilidade tátil e garantir a rede venosa do paciente. No entanto, essa complacência resulta no desvio, o que impacta na segurança do paciente e na proteção do profissional⁽⁸⁾.

Acredita-se que conhecer a percepção de trabalhadores de saúde sobre a normalização do desvio é fundamental para examinar e reconhecer as deficiências do serviço, assim como compreender os antecedentes dos EA decorrentes do cuidado ao paciente pediátrico. Devido à sua natureza oculta, o papel que a normalização do desvio desempenha na preparação do

cenário para a ocorrência de um EA e a escassez de pesquisas sobre o fenômeno na pediatria, é imperativo examinar esse constructo nessa área.

Diante do exposto, objetivou-se conhecer a percepção de trabalhadores de saúde sobre o fenômeno da normalização do desvio em um hospital pediátrico.

MÉTODO

Estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, fundamentado no referencial teórico-metodológico da Análise de Conteúdo⁽⁹⁾. As expectativas exploratórias, neste estudo, tratam das experiências dos trabalhadores sobre a normalização do desvio em sua prática clínica.

Para descrever o processo de coleta e análise dos dados, utilizou-se o roteiro *Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research (COREQ)*, que abrange critérios consolidados para relatar pesquisas qualitativas, divididos em três grandes domínios: 1 – Equipe de pesquisa e reflexividade; 2 – Conceito do estudo (Estrutura teórica, Seleção de participantes e Coleta de dados); e 3 – Análise e resultados (Análise de dados e Relatório)⁽¹⁰⁾.

O cenário do estudo foi um hospital pediátrico da rede estadual de saúde do Ceará, localizado em Fortaleza, que presta serviço de nível terciário e é referência no atendimento a crianças e adolescentes com doenças graves e de alta complexidade, reconhecido como instituição de ensino/pesquisa.

A população incluiu trabalhadores de saúde das categorias Médica, Enfermagem e Fisioterapia, por serem os mais diretamente envolvidos nos cuidados ao paciente. Estes atuavam em diferentes unidades do hospital, tais como internação da pediatria geral, internação neurológica, internação da cardio-pneumonia, terapia intensiva e centro cirúrgico. A amostragem foi realizada por conveniência, sendo abordados os profissionais disponíveis no local da pesquisa no período da coleta dos dados. Considerou-se a estratégia de saturação teórica para fechamento da amostra, a qual foi alcançada quando não surgiram mais novas informações analíticas e o estudo forneceu o máximo de informações sobre o fenômeno⁽¹¹⁾.

Como critérios de inclusão, adotaram-se: ser médico, enfermeiro, técnico de enfermagem ou fisioterapeuta; exercer função assistencial em enfermarias, emergência, terapia intensiva, unidade de médio risco ou bloco cirúrgico; e tempo de atuação no serviço, no mínimo, um ano. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias ou afastados no período da coleta dos dados.

O estudo foi conduzido no período de agosto a dezembro de 2021. Os dados foram obtidos por meio de questionário sociodemográfico/ocupacional e entrevista em profundidade.

O questionário era fechado e incluía as variáveis: sexo, idade, estado civil, profissão, tempo de serviço, tempo de formação, pós-graduação, unidade de trabalho, carga horária semanal de trabalho, tipo de vínculo empregatício e número de empregos.

Optou-se pela entrevista em profundidade, pois esta é recomendada para o aprofundamento dos objetivos de uma pesquisa qualitativa. Embora exista o planejamento prévio com questões no instrumento, a entrevista em profundidade permite que outras questões sejam elaboradas a partir da fala do entrevistado⁽¹²⁾. Assim, a entrevista com os participantes foi introduzida com a questão norteadora “O que você compreende sobre normalização do desvio no seu ambiente de trabalho?”, a partir da qual foi abordada a normalização do desvio pela entrevistadora (autora principal). Nos casos em que os entrevistados tiveram dificuldades de compreender o termo para abordar o fenômeno, a pesquisadora leu a definição do conceito⁽²⁾ para maior compreensão do tema da pesquisa.

Diante das respostas dos entrevistados, outras perguntas foram realizadas com o intuito de elucidar os relatos, tais como: “O que você atribui à normalização do desvio em termos de fatores contribuintes?”; “Que fatores podem estar relacionados a esse fenômeno na unidade em que você trabalha?”; “Você identifica as consequências dessas práticas para o cuidado ao paciente?”; Explique a sua opinião profissional sobre o assunto.

As entrevistas foram previamente agendadas com os profissionais que aceitaram participar do estudo. Ocorreram em local que assegurava privacidade e no horário que cada um julgou mais propício, tendo sido gravado apenas o áudio, e o conteúdo utilizado somente para fins de análise dos dados. A média de duração das entrevistas foi de doze minutos.

A análise de dados foi realizada no software MAXQDA®, que permite a transcrição direta das entrevistas e proporciona melhor análise dos resultados. Como técnica de análise dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo Categorical Temática, em suas três etapas: 1) Pré-análise, que visa a sistematizar as ideias iniciais a fim de organizar o desenvolvimento da pesquisa; 2) Exploração do material, para análise sistemática dos textos para compor categorias, e 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação⁽⁸⁾.

Após o tratamento dos dados, emergiram três categorias temáticas, que resultaram da análise de conteúdo das entrevistas com 21 participantes e totalizaram 128 unidades de contexto (UC) (parágrafos/períodos).

Para preservação do anonimato, os trechos dos depoimentos foram identificados com letra inicial referente à profissão (E – Enfermeiro, M – Médico, F – Fisioterapeuta, TE – Técnico de enfermagem), enumerados conforme a ordem de participação no estudo. Na transcrição das UC, foram utilizados colchetes para indicação de acréscimos que contribuíram

para a compreensão dos depoimentos e, para supressão de parte deles e ementas longas, foram utilizados [...], não sendo alterado o sentido.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (nº. 4924838/2021). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que garantia a preservação de suas identidades, dentre outras informações relevantes à concessão da pesquisa. Também foram garantidas a confidencialidade, a privacidade e a segurança dos dados, usados exclusivamente para fins de pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 21 trabalhadores de saúde, com média de idade de 38 anos. O mais jovem possuía 23 anos e o mais velho, 60 anos. Dos 21 entrevistados, três eram do sexo masculino e 18 do sexo feminino. Quanto à formação, 12 eram enfermeiros, quatro médicos, três fisioterapeutas e dois técnicos de enfermagem. Em relação ao tempo de formação, a média foi de 12 anos, sendo que o profissional que atuava há menos tempo na profissão possuía um ano de formado e o que atuava há mais tempo, 36 anos de formação. Quanto ao tempo de atuação no serviço, houve uma média de oito anos. O profissional que atuava há mais tempo possuía 19 anos na especialidade, e o que atuava há menos tempo, um ano.

A maioria (19) tinha emprego por meio de cooperativa, (18) possuíam pós-graduação, não especificamente em Pediatria. Quanto à carga horária semanal de trabalho, a média foi de 54 horas, e nove trabalhavam em jornadas acima de 51 horas. Ressalta-se que esta carga horária refere-se à média das horas trabalhadas por esses profissionais em seus diferentes vínculos, pois a maior parte (14) possuía dois ou mais empregos.

O Quadro 1 reúne os resultados da análise categorial temática realizada das 21 entrevistas com os profissionais de saúde, que resultou em 128 unidades de contexto.

Quadro 1 - Categorias e subcategorias temáticas da análise das entrevistas sobre normalização do desvio em hospital pediátrico. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021 (n=128 UC)

CATEGORIA n (%)	SUBCATEGORIA	DEFINIÇÃO	UC/UR n (%)
1. Definindo a normalização do desvio 22 (17,2)	-	Aborda a compreensão dos entrevistados sobre o conceito “normalização do desvio”.	22 (17,2)
2. Exemplos de normalização do desvio no hospital pediátrico 71 (55,5)	2.1 Negligência, violações e imprudência na prática assistencial	Inclui exemplos de normalização do desvio relatados pelos participantes, como casos de más práticas e condutas antiéticas.	37 (28,9)
	2.2 Práticas desviantes confundidoras	Abrange situações relacionadas a segurança do paciente e interpretadas pelos participantes como normalização do desvio. São exemplos os casos de incidentes de segurança do paciente, tais como <i>near miss</i> , incidente sem dano e eventos adversos.	34 (26,6)
3. Fatores contribuintes para a normalização do desvio 35 (27,3)	3.1 Fatores humanos	Traz as percepções dos participantes sobre condições e características do ser humano que podem levar à normalização do desvio.	21 (16,4)
	3.2 Fatores organizacionais	Abrange a compreensão dos profissionais de como os fatores da organização de saúde (ex.:sobrecarga de trabalho e a ausência de recursos), podem influenciar a normalização do desvio.	14 (10,9)

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Verificou-se que as unidades analíticas foram bem distribuídas nos depoimentos dos entrevistados, com destaque para a Categoria 2, que reuniu mais da metade das UC, contemplando os exemplos de normalização do desvio no hospital pediátrico.

Categoria 1. Definindo a normalização do desvio

Esta categoria reúne 22 UC que demonstram a compreensão dos entrevistados sobre normalização do desvio. Todos relataram não conhecer o termo “normalização do desvio” ou apenas presumiram o significado, conforme evidenciado nos depoimentos:

Normalização do desvio, realmente essa palavra é nova! Segurança do paciente eu posso lhe dizer o que eu entendo, mas a normalização do desvio eu não sei lhe dizer. (M1)

Termo novo, bem novo, não é bem utilizado esse termo[normalização do desvio] [...] (E3)

Não [compreendo o termo normalização do desvio], foi a primeira vez [que ouvi!]. Fiquei até curiosa! (E12)

[Normalização do desvio] *seria normalizar atitudes incorretas? É mais ou menos isso?* (F2)

Pode-se perceber que os entrevistados não conheciam o conceito, ressaltando ser algo novo, sobretudo no contexto de saúde. Tal dificuldade em abordar o conceito central deste estudo foi claramente observada logo no início das entrevistas, pois os participantes apenas conseguiram elaborar respostas após esclarecimento e definição do conceito pela pesquisadora.

O tema normalização do desvio foi, durante muito tempo, atrelado apenas à Engenharia e à Sociologia. Somente em 1999, com o relatório “*To Err Is Human: Building a Safer Health System*”, essa discussão tornou-se pauta na área da saúde, ao abordar erros latentes como possíveis causadores de desvios que posteriormente tornam-se normalizados⁽¹³⁾. Ainda assim, os participantes manifestaram suas opiniões sobre o fenômeno:

Eu acredito que [normalização do desvio] seja algo que foge do que a gente preconiza, que é a segurança do paciente. Acredito que desvio seria essa fuga, mas exatamente, não [compreendo o termo!]. (E5)

Eu entendo que normalização do desvio seja referente à segurança do paciente, sejam condutas que fogem do padrão estabelecido, que fogem dos protocolos e eu vejo isso como uma possível causa de danos à saúde do paciente. (E7)

O que eu acho que seja normalização do desvio de condutas relacionadas à segurança do paciente. Seria tornar frequentes condutas que não prezam pela segurança do paciente, pela higienização das mãos, pelo risco de queda, [...] enfim, são condutas que se tornaram tão corriqueiras que a pessoa acaba deixando passar, é isso que eu entendo por normalização do desvio e acaba se tornando frequente. (F3)

Os depoimentos revelam a associação da normalização do desvio com a segurança do paciente, apesar de não ser um conceito claro na perspectiva dos participantes. Observa-se que, a partir da junção das palavras “normalização” e “desvio”, os entrevistados apreendem o sentido do conceito, mesmo sem conhecê-lo previamente. Estas percepções podem ser explicadas por estudo científico que define desvio como violação de uma rotina ou variação na prática que não é o padrão e que pode resultar em aumento no risco para os pacientes. No entanto, devido à sua natureza crônica e que, aparentemente, não causa malefício, tem propensão a instalar-se, até porque é frequentemente intencional⁽⁷⁾.

Em consonância com os depoimentos dos entrevistados e com a definição do conceito segundo a literatura, a normalização do desvio ainda pode ser descrita como situações incoerentes no âmbito da saúde e um produto da dessensibilização dos profissionais a circunstâncias e práticas arriscadas, que deveriam ser consideradas inaceitáveis na saúde⁽¹⁴⁾.

Com o tempo, os atalhos e os desvios às práticas seguras tendem a tornar-se uma norma cultural entre os trabalhadores, e isso desequilibra a cultura de segurança em uma organização, por permitir a tolerância gradual a padrões de segurança mais baixos. Assim, a violação dos padrões de segurança é subreconhecida por um período prolongado e a normalização do desvio leva ao aumento da vulnerabilidade do paciente ao dano⁽⁴⁾.

Categoria 2. Exemplos de normalização do desvio no hospital pediátrico

Esta categoria foi a mais expressiva no escopo da análise. Reúne mais da metade das UC, e apresenta os exemplos de situações desviantes que são normalizadas na rotina dos entrevistados. Os exemplos foram citados após a pesquisadora ler a definição de normalização do desvio para melhor esclarecimento, já que todos os participantes não tinham clareza do que se tratava. Entretanto, alguns relatos não condiziam com o fenômeno, mas, sim, com incidentes de segurança do paciente interpretados como normalização do desvio e que, diante de sua relevância para a pediatria, cabe a discussão.

Subcategoria 1. Negligência, violações e imprudência na prática assistencial

Os participantes citaram vários exemplos característicos de normalização do desvio na prática clínica. Tais exemplos configuram-se casos de negligência, omissão de cuidados, violação de normas, rotinas, protocolos, além de imprudência nas práticas assistenciais. São cuidados arriscados ou o não seguimento das boas práticas nos cuidados em saúde.

Como principal exemplo, os entrevistados destacaram a negligência em relação à prática da higienização das mãos. Revelou-se que, mesmo que os profissionais realizassem tal ação, deixavam de fazer em momento oportuno ou não cumpriam as técnicas adequadas, o que fragilizava o cuidado seguro, com relação principalmente à prevenção de infecções cruzadas e outros tipos de infecções evitáveis com a breve ação de higienizar as mãos, como pode se observar:

Quando você me falou sobre o termo [normalização do desvio], me veio muito [à mente] sobre a lavagem das mãos, a higienização das mãos, que é uma prática preconizada aqui no hospital desde que a gente entra, mas a gente vê que muita gente negligencia [...] (F1)

No caso, um desvio que eu acho interessante refletir, por exemplo, é a lavagem das mãos, que é muito importante para o profissional, todo profissional faz antes e após [o contato com o paciente]. Não falo somente do enfermeiro, mas outros profissionais também, a gente vê que eles não têm esse hábito. (E6)

A prática da lavagem das mãos, a higiene das mãos, mais a antissepsia das mãos com o álcool 70%, que às vezes fazem, mas no intervalo e outro não fazem essa higiene das mãos (E10)

Eu tenho que ter a higienização [das mãos] para acessar o cateter, mas como eu já acessei sem [a higienização das mãos] e não aconteceu nada, eu vou banalizando esses cuidados e aí eu acabo interferindo na assistência à saúde. (M2)

A negligência em torno da prática de higienização das mãos é considerada um problema mundial, conforme evidenciado por estudo multicêntrico desenvolvido pelo *International Nosocomial Infection Control Consortium*. Esterealizou uma coorte prospectiva com vigilância de infecções relacionadas a cuidados de saúde associados a dispositivos ativos em 23.700 pacientes de 33 unidades de terapia intensiva pediátrica em 16 países, no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2009. Os pesquisadores concluíram que as taxas de adesão à higiene das mãos foram baixas, porém maiores nos hospitais públicos do que nos hospitais universitários ou privados⁽¹⁵⁾.

Em pesquisa realizada com familiares e responsáveis por crianças internadas, a higienização das mãos com água e sabão ou o uso do álcool gel foi a medida de prevenção de infecções mais mencionada pelos participantes. Estes relataram que os profissionais nem sempre higienizavam as mãos nos momentos recomendados e trouxeram como preocupação o uso frequente do álcool gel em detrimento da lavagem de mãos em todos os procedimentos⁽¹⁶⁾.

Em outra investigação, apesar de a maioria dos acompanhantes observar o uso de luvas em algum momento do cuidado, poucos identificaram a correta higienização das mãos pelos profissionais, principalmente nos momentos primordiais. Para alguns, a higienização das mãos, tanto dos profissionais quanto dos acompanhantes, deve ser um ponto a ser trabalhado dentro das instituições hospitalares, pois é um cuidado importante para evitar as infecções cruzadas e a contaminação dos pacientes⁽¹⁷⁾.

Cabe ressaltar que o presente estudo foi realizado ao final da segunda onda da pandemia da COVID-19 no Brasil, e, ainda assim, a higienização das mãos foi levantada como principal desvio.

Outros exemplos de práticas desviantes incluíram violação da técnica asséptica em curativos e na nutrição parenteral, administração de medicamentos vencidos, desligamento de alarmes, negligência nos cuidados com as grades dos leitos e no uso de equipamentos de proteção individual (EPI), dentre outros:

A troca de curativo, curativo que é para ser estéril, não sendo feito dentro da técnica, também é um desvio [que eu observo em minha rotina de trabalho]. (E11)

Na própria instalação da nutrição parenteral eu vejo muito [a normalização do desvio], por exemplo, eu uso sempre luva estéril, a gaze e a seringa, toda a técnica, e tem um colega que diz “ah, não, isso não vai fazer diferença!”. (E12)

Diferente da incubadora, ele [o berço aquecido] tem um sensor que tem que pregar em cima da barriguinha do bebê e ele faz barulho, muito barulho, se a temperatura não estiver de acordo com o que é pra estar, [...] [os profissionais] desligam esse berço pra não escutar o barulho e aí a criança fica hipotérmica, faz bradicardia. (T1)

[...] uma das [práticas desviantes] que eu enfatizo muito na unidade em que eu trabalho é sobre os fármacos que são administrados no paciente que, mesmo ele tendo uma [estabilidade], você abre e ele tem aquela validade. [Certas vezes], todo mundo sabe que ele já perdeu a validade, mas continua administrando, mesmo alguém uma vez falando ou não, então normalizou esse desvio, pois aqui nós temos a conduta de ficar com a medicação até o fim, mesmo sabendo que ela já perdeu a validade. (E3)

Tenho [mais exemplos de práticas desviantes ou negligência], cama quebrada, que você não consegue muitas vezes elevar a grade, mas dá “aquele jeitinho”: “Não, eu vou só amarrar aqui com atadura”, e vai ficando, normaliza aquele desvio e põe em risco a segurança do paciente e todo mundo está ciente, a equipe inteira. (E4)

[...] outro exemplo [de normalização do desvio] [...] é a questão de paramentação, do uso de EPI, máscara, gorro, existem profissionais que têm contato próximo ao paciente, mas negligenciam o uso dos EPI básicos [...]. (F1)

Em estudo observacional realizado em Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um Hospital de Ensino, em 2016, foi mensurado o tempo-resposta dos profissionais de saúde diante ao disparo dos alarmes sonoros e as implicações para a segurança do paciente. Ao ouvir o disparo, os pesquisadores acionavam os cronômetros e registravam o motivo, o tempo-resposta e a conduta profissional. Como resultados, notou-se a ausência ou retardo de resposta da equipe perante os alarmes sonoros de monitorização na UTI, o que sugere que alarmes relevantes podem ter sido menosprezados, comprometendo, assim, a segurança dos pacientes, pois o índice de alarmes fatigados dentro do serviço foi preocupante. Cabe ressaltar que a Enfermagem foi a categoria profissional que mais atendeu aos alarmes, o que sugere a dessensibilização dos outros profissionais aos disparos. Mais de 60% dos alarmes foram considerados fatigados, e menos de 20% foram atendidos em até minutos⁽¹⁸⁾.

No depoimento da participante TE1, os profissionais desativam o alarme de importante sinal vital em pediatria, sobretudo em neonatos: a temperatura. Isto compromete a estabilidade do paciente e sua segurança, fato que se assemelha à pesquisa observacional citada anteriormente, pois os sinais sonoros muitas vezes causam incômodos nos profissionais nas unidades de terapia intensiva, por exemplo.

Outra situação explanada foi a não utilização da forma adequada das luvas estéreis, sequência inadequada da aspiração, uso de EPI e a técnica de aspiração em crianças

traqueostomizadas, que requerem um cuidado maior da equipe multiprofissional, pois, no paciente com grandes enfermidades respiratórias, a infecção ocorre com mais frequência, interferindo de forma direta nos casos de morbidade e mortalidade. Ainda no que tange às IRAS, a não higienização das mãos, falha na antissepsia cutânea e a não aplicação da técnica asséptica correta em procedimentos estéreis contribuem para o risco de infecções, e aumenta o período de internação, os custos e a morbimortalidade dos pacientes⁽¹⁹⁾.

Assim como o depoimento da participante E4 sobre a normalização do desvio da não elevação das grades dos leitos, pesquisadores também encontraram, em seu estudo, que os pacientes na faixa etária de 0 a 6 anos caíram devido a esta má prática⁽²⁰⁾. Esses resultados mostram que as orientações da equipe de enfermagem aos acompanhantes também desempenham papel importante na prevenção de quedas, principalmente no caso dos pacientes pediátricos.

Alguns profissionais revelaram que a normalização do desvio também ocorre em defesa do paciente, nas situações que demandam tomada de decisão mais rápida, como nas intercorrências ou em casos que os trabalhadores não confiam nos cuidados prestados pelos colegas da equipe, e atribuem às situações a justificativa de que estão protegendo o paciente.

Assim, pode-se entender que esses casos são de imprudência, pois, por diversas vezes, o profissional quer oferecer assistência em tempo hábil ou criar mecanismos e alternativas para sanar as necessidades de saúde dos pacientes, mas o que está à disposição nem sempre é o padronizado ou disponível no momento correto, o que leva à utilização de “alternativas” ao que é preconizado. Isto apresenta-se, nas experiências dos participantes, como um “mal necessário” para que o paciente tenha seu problema resolvido, o que tem grande chance de ser aceito pela equipe de saúde mesmo que não cause danos imediatos ao paciente. Estas situações podem ser observadas a seguir:

[A normalização do desvio ocorre porque] você quer, naquela hora, resolver o problema, porque o paciente pode descompensar, por exemplo. (F3)

Muitas das vezes eu falo “deixa que eu faço isso pra ti!”, “eu cuido desse bebezinho pra ti”, não porque eu quero ajudar ela [minha colega de trabalho], mas é porque eu sei que ela não vai fazer certo! (T1)

[...] [usamos curativos inadequados] correndo o risco até da perda do cateter ou uma contaminação. Isso não é comum, mas não é raro de se acontecer devido à falta de material, aí você acaba avaliando os custos x benefícios para o bebê e arriscando, acaba sendo um risco que a gente corre em prol da saúde do bebê! (E11)

Verifica-se que a adaptação ao comportamento de violação de regras e a "normalização do desvio" são identificados, pelos participantes, como “riscos necessários” à segurança do

paciente. Em pesquisa anterior, autores descreveram que os desvios das regras de segurança ocorrem, estabilizam-se e tornam-se rotineiros se não forem gerenciados ativamente por organizações de saúde⁽²¹⁾.

É preciso esclarecer que os profissionais têm uma visão distorcida sobre a defesa do paciente, ou advocacia pelo paciente, que está diretamente relacionado o cuidado, com a consideração das suas necessidades ou desejos. Trata-se de um aspecto importante no cuidado profissional de enfermagem atual, tanto para enfermeiros quanto para pacientes. O enfermeiro representa um agente moral do paciente, por isso deve estar pronto e capaz de advogar pelas suas necessidades⁽²²⁾.

Porém, na prática, ultrapassar limites profissionais ou não cumprir normas e protocolos, assumindo riscos, não significa defender os pacientes. Ao contrário, aumenta o risco de eventos indesejáveis, como incidentes.

Em estudo, a equipe de enfermagem demonstrou comportamentos que não cumprem com a política de medicação segura em várias situações. O desvio passou a ser visto como a norma, embora os profissionais soubessem que não era o ideal. Eles deixavam de checar a medicação à beira do leito para evitar qualquer atraso no processo de administração de medicamentos, o que não é o esperado. Carga de trabalho, interrupções no processo de medicação, disposição inadequada do ambiente de trabalho, falta de espaço para preparar os medicamentos não afetam apenas a administração segura de medicamentos, mas também induzem os enfermeiros a se adaptarem e desviarem das normas de segurança⁽²³⁾.

Em outro estudo, um exemplo de desvio foi justificado pelo bem do paciente, e representa um procedimento que pode causar danos futuros ao paciente. Um profissional que realizava punções venosas na unidade neonatal usava luvas para coletas laboratoriais, porém removía sempre a ponta de luva do dedo indicador, violando uma das regras de controle de infecção. Todavia, a profissional, ao ser questionada, afirmou que iria logo tirar a luva, mas que precisava da sensibilidade para evitar múltiplas punções⁽⁷⁾.

Subcategoria 2. Práticas desviantes confundidoras

Nesta subcategoria, são apresentados os depoimentos dos entrevistados envolvendo situações que constituem casos de incidentes de segurança do paciente, como “*near miss*”, incidentes sem danos e eventos adversos. Trata-se, portanto, de conceitos confundidores da normalização do desvio, mas que merecem ser explorados:

Já aconteceu uma vez no hospital, um exemplo que posso citar assim: o paciente foi fazer um exame, a profissional preparou todo o material, e quando chegou lá, já era outro paciente, não era mais ele. Acontece muito disso! (E13)

Isso [queda] já aconteceu, acho que foi em um paciente de exame, que precisa estar sob sedação. O paciente chegou, foi induzido [à anestesia], estava todo mundo lá [ao lado da criança], quando terminou a indução [anestésica], estava só o anestesista, quando ele precisou virar para pegar outra medicação, a criança tombou e, mesmo na indução anestésica, ela conseguiu virar, isso porque varia muito a resistência da anestesia de um paciente pro outro. (E4)

A diluição do medicamento errado pode ocorrer, dar uma dose dobrada por conta do peso. (E5)

Os pacientes pediátricos possuem diversas especificidades, como um sistema imunológico menos eficiente e metabolismo acelerado, o que resulta em efeitos quase que imediatos das medicações. Portanto, é necessário que a equipe tenha uma atenção redobrada com este tipo de paciente. Vale salientar também, como um quesito crucial, a identificação como ponto chave na segurança do paciente, o destaque para a pediatria, visto que a inabilidade de comunicação das crianças pode aumentar a chance de possíveis EA⁽⁶⁾.

Na assistência ao paciente pediátrico em internação hospitalar, é comum a indicação de medicamentos por via endovenosa como sedativos, anestésicos, opioides e antibióticos, o que exige vigilância e monitoramento contínuos para assegurar a segurança no preparo e administração medicamentosa. No entanto, o que ainda existe na prática é que, mesmo com a adesão de protocolos, algumas barreiras de segurança no processo de administração de medicamentos parecem ser negligenciadas por parte dos profissionais, e pode causar dano ao paciente, os familiares, os profissionais e o serviço de saúde⁽²⁴⁾.

Em estudo, na grande parte das entrevistas, foi citado que a verificação efetiva da pulseira de identificação era realizada somente no início do plantão. Identificaram-se falhas na sua conferência em novas oportunidades, como no momento da administração de medicamentos, na realização de procedimentos ou exames⁽¹⁷⁾.

Categoria 3. Fatores contribuintes para a normalização do desvio na prática

Esta categoria contempla o que os participantes atribuíram às causas de normalização do desvio na prática, contemplando 35 UC. Para melhor compreensão dos fatores, esta categoria foi subdividida em duas subcategorias: fatores humanos e fatores do sistema.

Subcategoria 3.1. Fatores humanos

Os participantes citaram fatores inerentes aos seres humanos, como se pode observar nos seguintes relatos:

Consigo [visualizar a normalização do desvio em minha prática] mas acredito que não seja por maldade, acredito que seja mais por acomodação, por ser mais cômodo se desviar, menos trabalho para que [você execute suas atribuições] [...]. [Para que você tenha práticas adequadas] exige-se um certo tempo, existe uma certa [demanda] para que você desenvolva o hábito, você precisa de prática e nem todo mundo está disposto a levar esses hábitos como uma prática diária. (F1)

Na minha unidade, [...] tenho um grande número de profissionais com idade [avançada], de 50 anos acima, gente com mais de 25 anos de formado, então é muito difícil quebrar paradigmas [para evitar práticas desviantes]. (E12)

Eu não sei [a causa exata], pelo que eu vejo, é porque a pessoa realmente não [se importa], aquilo [prática desviante] não incomoda ela. (T1)

Tem muito da própria teimosia, digamos assim, do próprio comportamento do grupo e isso não só na enfermagem, eu vejo médicos, fisioterapeutas, é uma prática de “sempre foi assim, a gente sempre fez assim”. (E12)

Em relação a[negligência da] higienização das mãos, eu acho que é teimosia mesmo [que os profissionais não realizam] não sei se é questão cultural, se é questão de educação da equipe, não sei! (E9)

Os depoimentos estão em concordância com estudo sobre os fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes relacionados à terapia medicamentosa em terapia intensiva, em que foram abordadas situações que põem em risco a segurança do paciente e que são relacionadas ao fator humano, como pressa, falta de atenção, cansaço, falta de conhecimento, distração, sobrecarga de trabalho, falta de interesse⁽²⁵⁾.

Ademais, é prudente citar que essas condutas de acomodação ou de violação das práticas preconizadas são características de incivilidade, um tipo de comportamento destrutivo no trabalho em saúde que se caracteriza por conduta desviante de baixa intensidade, que viola normas do ambiente de trabalho para o respeito mútuo, e pode ou não ter a intenção de prejudicar o alvo e transcender a hierarquia organizacional⁽²⁶⁾.

Pesquisadores apontam que gatilhos intrapessoais e interpessoais são consistentemente relacionados ao comportamento destrutivo, independentemente da categoria profissional (enfermeiros ou médicos). Entre os enfermeiros, os gatilhos organizacionais foram os mais evidenciados. Estes incluíram a pressão de elevada demanda de pacientes, sobrecarga ambiental, problemas crônicos não resolvidos, questões do sistema e a cultura da organização/unidade⁽²⁷⁾.

Subcategoria 3.2. Fatores organizacionais

Os fatores organizacionais são relacionados à gestão, ao processo de trabalho, à disponibilidade e à qualidade de recursos humanos, materiais e institucionais. Um dos mais citados trata-se da carga de trabalho:

Eu acho que, além do excesso de paciente, às vezes fica muito paciente para poucos profissionais e que também as pessoas estão trabalhando muito e ficando muito cansadas e acaba que ficam mais lentas, desatentas e pode ocorrer o quê? Um erro grave. (E13)

Realmente ele [o técnico] administrou [medicação] na via diferente como não era pra ser, mas de imediato foi percebido, mas aconteceu [...] existe todo aquele padrão, ele estudou a via adequada para onde é para ir, mas alguma coisa que aconteceu ali, por um cansaço talvez, então passou despercebido e não houve uma causa [dano] maior para o paciente. (E1)

Muitas vezes a sobrecarga de trabalho que a maioria dos profissionais de enfermagem enfrenta [pode contribuir para a normalização do desvio]. Para a gente conseguir alguma coisa, temos que ter no mínimo dois empregos para estar trabalhando, para viver dignamente, principalmente as técnicas de enfermagem que ganham bem menos e elas trocam horários, [restando] pouco tempo de repouso, principalmente no horário da noite. A gente sabe que a noite foi feita para descanso, [mas] como tem muito trabalho, acabam passando noites e noites em ambiente de hospital, o que atrapalha o repouso ideal que o ser humano tem que ter. Seria realmente isso, a sobrecarga de trabalho devido ao salário [...], mas não é que isso justifique o que elas fazem, porém é compreensível devido aos fatores como eu lhe disse, são pessoas que tem outros plantões, tem o trabalho de casa. (E10)

Pode-se notar que o excesso de trabalho/sobrecarga influencia diretamente na assistência segura ao paciente, pois, devido a cargas horárias elevadas, o profissional pode estar cansado e desatento, e isso leva a atitudes que fogem do que é esperado e até mesmo determinado. Assim, os desvios têm chances de, insidiosamente, serem instalados e normalizados entre os profissionais responsáveis pelo cuidado, uma vez que o comportamento pode ser compartilhado entre membros de uma equipe.

Pesquisas já confirmaram essa relação entre carga de trabalho e segurança do paciente⁽²⁸⁾, com associação significativa entre a carga de trabalho diária do enfermeiro, os incidentes de segurança e a mortalidade dos pacientes⁽²⁹⁾.

Na presente subcategoria, a falta de recursos materiais também foi referida como um dos fatores que levam à normalização do desvio, não sendo algo que depende do profissional, mas que reflete no processo de trabalho e na segurança do paciente, pois implica no cuidado ofertado à criança hospitalizada, como demonstram os trechos que seguem:

Além do que eu já pontuei da questão de falta de material, porque muitas vezes por ser hospital público a gente tem uma questão de material que não é de qualidade,

quando eu falo em punção venosa, a gente tem tido uns scalps, por exemplo, péssimos, porque como é licitação, a gente não tem nem como intervir, e aí vai fazendo da forma que dá. (E12)

Como eu te falei, [a normalização do desvio] acaba sendo uma coisa mecânica, rotineira e [é causada] até pela falta de material [para fazer procedimentos] que são necessários. Isso acaba se tornando uma rotina e [os profissionais] não se atentando aos riscos que correm para o bebê. O que pode contribuir acaba sendo porque está faltando o equipo da bomba para fazer a outra dieta, aí fica [um equipo de dieta por mais de 24 horas]. (E11)

Nos hospitais públicos, especialmente, a falta de material adequado [contribui para a normalização do desvio] e aí a gente vai tendo que adaptar da forma que dá. (E12)

Da mesma maneira, pesquisa qualitativa realizada em unidade de internação pediátrica afirma que a estrutura física e a qualidade dos materiais devem ser consideradas recursos para a realização de uma assistência qualificada, influenciando na minimização de riscos, pois o profissional que não obtém os dispositivos necessários e apoio logístico tem suas atribuições profissionais limitadas, potencializando incidentes e eventos adversos⁽³⁰⁾.

Esta pesquisa traz contribuições e inovações para o ensino, a pesquisa, a gestão e a assistência em enfermagem e saúde. Podem-se elencar algumas: a conscientização dos enfermeiros e demais profissionais de saúde sobre como se configura o fenômeno da normalização do desvio, o qual demanda investigações futuras quanto à sua clareza conceitual e aplicabilidade prática; a possibilidade de reflexões e adaptações nos processos de trabalho em saúde voltados à identificação de práticas rotineiras e inseguras em unidades pediátricas e, também, em outros cenários de atuação; oportunidade para os gestores desenvolverem atividades de educação permanente direcionadas à consolidação da cultura de segurança do paciente; e a incorporação do tema no ensino e na pesquisa em enfermagem, que favoreça a discussão do problema desde a graduação, além da realização de estudos para a elaboração de protocolos e instrumentos para mensuração do fenômeno com métodos quantitativos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os participantes deste estudo demonstraram percepção incipiente sobre a definição de normalização do desvio, porém conseguiram elencar exemplos após apresentados ao conceito. Destacaram-se, como exemplos, os casos de negligência, imprudência, violação de protocolos, desligamento de alarmes e atitudes imprudentes em defesa do paciente, como submetê-lo a múltiplas punções para conseguir acessos venosos periféricos viáveis.

Incidentes de segurança do paciente, *near miss* e eventos adversos foram confundidos com normalização do desvio, o que sugere a necessidade de capacitação profissional voltada

para o tema e a taxonomia da Segurança do Paciente. Foram citados, ainda, os fatores contribuintes para a normalização do desvio, que incluíram fatores humanos e do sistema.

Como limitação, podem-se citar as poucas evidências científicas relacionadas à normalização do desvio em saúde e, particularmente, na pediatria, o que impossibilita maiores discussões em torno da temática. Sugerem-se, portanto, novos estudos acerca do tema em outros contextos da assistência à saúde e com outros desenhos metodológicos, a fim de esclarecer com mais detalhes o fenômeno investigado.

REFERÊNCIAS

1. Alves KYA, Santos VEP, Dantas CN. A análise do conceito segurança do paciente: a visão evolucionária de Rodgers. *Aquichan*. 2015;15(4):521-8. doi: <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.4.7>
2. Price MR, Williams TC. When doing wrong feels so right: normalization of deviance. *J Patient Saf*. 2018;14(1):1-2. doi: <http://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000157>
3. Reis GAX, Oliveira JLC, Ferreira AMD, Vituri DW, Marcon SS, Matsuda LM. Difficulties to implement patient safety strategies: perspectives of management nurses. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(spe):e20180366. doi: <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180366>
4. Wright MI. Normalization of deviance. *West J Nurs Res*. 2022;44(2):115. doi: <http://doi.org/10.1177/01939459211030334>
5. Everson MG, Wilbanks BA, Boust RR. Exploring production pressure and normalization of deviance and their relationship to poor patient outcomes. *AANA J*. 2020;88(5):365-71.
6. Costa JFC, Silva LSG, La Cava AM. Quality and safety in pediatric care. *J Nurs UFPE Online*. 2019;13:e239343. doi: <http://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239343>
7. Rocha CM, Gomes GC, Ribeiro JP, Mello MCVA, Oliveira AMN, Maciel JBS. Safe administration of medication in neonatology and pediatrics: nursing care. *J Nurs UFPE Online*. 2018;12(12):3239-46. doi: <http://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a235858p3239-3246-2018>
8. Banja J. The normalization of deviance in healthcare delivery. *Bus Horiz*. 2010;53(2):139. doi: <http://doi.org/10.1016/j.bushor.2009.10.006>
9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
10. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02631. doi: <http://doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao02631>

11. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):388-94. doi: <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>
12. Santos KS, Ribeiro MC, Queiroga DEU, Silva IAP, Ferreira SMS. The use of multiple triangulations as a validation strategy in a qualitative study. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(2):655-64. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12302018>
13. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
14. Kubheka B, Naidoo S, Etieyibo E, Moyo K. Silent sufferers: health care practitioners as second victims of patient safety incidents. *Health Edu Care* 2019;4:1-4. doi: <http://doi.org/10.15761/HEC.1000167>
15. Rosenthal VD, Jarvis WR, Jamulitrat S, Silva CPR, Ramachandran B, Dueñas L, et al. Socioeconomic impact on device-associated infections in pediatric intensive care units of 16 limited-resource countries: international Nosocomial Infection Control Consortium findings. *Pediatr Crit Care Med*. 2012;13(4):399-406. doi:<https://doi.org/10.1097/PCC.0b013e318238b260>
16. Peres MA, Wegner W, Cantarelli-Kantorski KJ, Gerhardt LM, Magalhães AMM. Perception of family members and caregivers regarding patient safety in pediatric inpatient units. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2017-0195. doi: <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0195>
17. Hoffmann LM, Wegner W, Biasibetti C, Peres MA, Gerhardt LM, Breigeiron MK. Patient safety incidents identified by the caregivers of hospitalized children. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):707-14. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0484>
18. Oliveira AEC, Machado AB, Santos ED, Almeida EB. Alarm fatigue and the implications for patient safety. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(6):3035-40. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0481>
19. Ribas MA, Almeida PHRF, Chaves GA, Lemos GS. Eventos adversos e queixas técnicas notificados a um núcleo de segurança do paciente. *Rev Aten Saúde*. 2019;17(62):71-80. doi: <http://doi.org/10.13037/ras.vol17n62.6184>
20. Kisacik OG, Cigerci Y. Use of the surgical safety checklist in the operating room: operating room nurses' perspectives. *Pak J Med Sci*. 2019;35(3):614-9. doi: <http://doi.org/10.12669/pjms.35.3.29>
21. Amalberti R, Rocha R, Vilela RAG, Almeida IM. Safety management in complex and dangerous systems – theories and practices: an interview with René Amalberti. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2018;43:e9. doi: <http://doi.org/10.1590/2317-6369000021118>

22. Vitale E, Germini F, Massaro M, Fortunato RS. How patients and nurses defined advocacy in nursing? a review of the literature. JHMN. 2019;63:64-9. doi: <http://doi.org/10.7176/JHMN/63-08>
23. Alomari A, Wilson V, Solman A, Bajorek B, Tinsley P. Pediatric nurses perceptions of medication safety and medication error: a mixed methods study. Compr Child Adolesc Nurs. 2018;41(2):94-110. doi: <http://doi.org/10.1080/24694193.2017.1323977>
24. Vória JO, Padula BLD, Abreu MNS, Correa AR, Rocha PK, Manzo BF. Compliance to safety barriers in the medication administration process in pediatrics. Texto Contexto Enferm. 2020;29:e20180358. doi: <http://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0358>
25. Arboit EL, Camponogara S, Urbanetto JS, Beck CLC, Silva LAA. Factors contributing to the incident occurrence of security related to drug use in intensive care. R Pesq Cuid Fundam. 2020;12:1030-6. doi: <http://doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7456>
26. Oliveira RM, Silva LMS, Guedes MVC, Oliveira ACS, Sánchez RG, Torres RAM. Analyzing the concept of disruptive behavior in healthcare work: an integrative review. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(4):690-9. doi: <http://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500021>
27. Bae SH, Dang D, Karlowicz KA, Kim MT. Triggers contributing to health care clinicians' disruptive behaviors. J Patient Saf. 202;16(3):e148-e155. doi: <http://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000288>
28. Sturm H, Rieger MA, Martus P, Ueding E, Wagner A, Holderried M, et al. Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes: a cross-sectional explorative study from a German university hospital. PLoS One 2019;14(1):e0209487. doi: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0209487>
29. Al Ma'mari Q, Sharour LA, Al Omari O. Fatigue, burnout, work environment, workload and perceived patient safety culture among critical care nurses. Br J Nurs. 2020;29(1):28-34. doi: <http://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.1.28>
30. Biasibetti C, Rodrigues FA, Hoffmann LM, Vieira LB, Gerhardt LM, Wegner W. Patient safety in pediatrics: perceptions of the multi-professional team. Rev Min Enferm. 2020;24:e1337. doi: <http://doi.org/10.5935/1415.2762.20200074>

Contribuição de autoria:

Administração do projeto: Roberta Meneses Oliveira.

Análise formal: Roberta Meneses Oliveira.

Conceituação: Gabrielle da Silva Carvalho, Roberta Meneses Oliveira.

Curadoria de dados: Roberta Meneses Oliveira.

Escrita - rascunho original: Gabrielle da Silva Carvalho, Eveline Pinheiro Beserra, Erika da Silva Bandeira, Isaque Lima de Farias, Isaque Lima de Farias, Roberta Meneses Oliveira.

Escrita - revisão e edição: Gabrielle da Silva Carvalho, Eveline Pinheiro Beserra, Erika da Silva Bandeira, Roberta Meneses Oliveira.

Investigação: Gabrielle da Silva Carvalho, Ana Barbosa Rodrigues, Ana Barbosa Rodrigues, Isaque Lima de Farias, Roberta Meneses Oliveira, Paloma Moreira de Oliveira.

Metodologia: Roberta Meneses Oliveira.

Recursos: Roberta Meneses Oliveira.

Software: Roberta Meneses Oliveira.

Supervisão: Gabrielle da Silva Carvalho, Roberta Meneses Oliveira

Validação: Gabrielle da Silva Carvalho, Eveline Pinheiro Beserra, Erika da Silva Bandeira, Isaque Lima de Farias, Paloma Moreira de Oliveira, Roberta Meneses Oliveira.

Visualização: Gabrielle da Silva Carvalho, Eveline Pinheiro Beserra, Erika da Silva Bandeira, Isaque Lima de Farias, Paloma Moreira de Oliveira, Roberta Meneses Oliveira.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

Autor correspondente:

Roberta Meneses Oliveira

E-mail: robertameneses@ufc.br

Recebido: 07.07.2022

Aprovado: 26.09.2022

Editor associado:

Jéssica Teles Schlemmer

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti