

## Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa

Barriers to patient safety incident reporting by Brazilian health professionals: an integrative review

Michelle de Fatima Tavares Alves (<https://orcid.org/0000-0002-9587-4813>)<sup>1</sup>

Denise Siqueira de Carvalho (<https://orcid.org/0000-0002-7495-5884>)<sup>1</sup>

Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque (<https://orcid.org/0000-0002-7544-412X>)<sup>1</sup>

**Abstract** *An integrative review was performed to identify and analyze national studies on barriers to patient safety incident reporting by health professionals within Brazilian health services. A search in the Virtual Health Library (BVS) Portal, PubMed and Web of Science was performed in January 2017 for papers published in the last ten years. One thousand and seven publications were identified and, following application of inclusion and exclusion criteria, eight papers were analyzed, five of which were qualitative and three quantitative. All research was conducted in hospitals, exclusively with nursing professionals, and 75% was conducted in Southeast Brazil. Most studies showed an under-reporting of incidents, and the main reasons were fear about reporting, reporting focused on more severe incidents, lack of knowledge about the subject or how to report and, registered nurse-centered reporting. While study of this theme is still incipient in Brazil, this review found important weaknesses in the process and barriers to incident reporting by professionals, revealing a need for encouraging their participation, eliminating or reducing such barriers with a view to strengthening patient safety.*

**Key words** *Patient safety, Adverse event, Reporting, Health information system, Risk management*

**Resumo** *Realizou-se revisão integrativa que objetivou identificar e analisar publicações nacionais sobre motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais no contexto dos serviços de saúde brasileiros. Em janeiro de 2017 realizou-se busca no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed e Web of Science, por publicações dos últimos 10 anos. Identificou-se 1.007 publicações e, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, analisou-se 8 artigos, sendo 5 de abordagem qualitativa e 3 quantitativa. Todas as pesquisas foram desenvolvidas em hospitais, exclusivamente com profissionais da enfermagem, sendo que 75% em serviços do Sudeste do país. A maioria dos estudos evidenciou subnotificação de incidentes, principalmente devido a: medo ou receio em notificar; notificação focada em eventos mais graves, falta de conhecimento sobre o tema ou como notificar e centralização da notificação no profissional enfermeiro. Embora o estudo desta temática seja incipiente no Brasil, a presente revisão encontrou importantes fragilidades e motivos apontados pelos profissionais para a não notificação de incidentes, revelando a necessidade de incentivar sua participação, eliminando ou reduzindo barreiras, com o objetivo de fortalecer a segurança dos pacientes.*

**Palavras-chave** *Segurança do paciente, Evento adverso, Notificação, Sistema de informação em saúde*

<sup>1</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná. R. Padre Camargo 280, Alto da Glória. 80060-240 Curitiba PR Brasil. michellefatma@hotmail.com

## Introdução

A partir da publicação do relatório *To err is human*, do Instituto de Medicina dos Estados Unidos<sup>1</sup>, em 1999, o tema segurança do paciente ganhou destaque mundial, pois revelou a morte de aproximadamente 100 mil pacientes/ano por eventos adversos (EA) em hospitais nos Estados Unidos, mortalidade superior à atribuída ao HIV, câncer de mama e atropelamento. Após sua publicação, outros estudos se somaram, evidenciando que 1 em cada 8 a 10 pacientes hospitalizados sofriam algum dano desnecessário<sup>2,3</sup>. No Brasil, a realidade mostra-se semelhante, pois foi encontrada incidência de 7,6% EA em pacientes internados<sup>4</sup>.

Os dados sobre a ocorrência de EAs relacionados aos cuidados em saúde não sugerem que os profissionais intencionam causar danos aos pacientes, mas que trabalham em um sistema que não prioriza a segurança dos mesmos<sup>5,6</sup>. Atualmente, sabe-se que ocorrência de EAs tem como principais fatores contribuintes as falhas e fragilidades no sistema e processos de assistência à saúde<sup>7,8</sup>, que precisam ser melhorados.

Neste contexto, a ocorrência de eventos adversos ou incidentes de segurança deve levar ao aprendizado e à implantação de medidas que visem evitar eventos semelhantes e consequentemente elevar a segurança dos pacientes<sup>1,7,9-12</sup>, assim como a dos profissionais da saúde. De acordo com a Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente, o incidente é conceituado como um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou em dano desnecessário ao paciente<sup>9</sup>, enquanto os eventos adversos são incidentes que geraram dano ao paciente<sup>13</sup>.

Uma das estratégias consideradas por diversos países e organizações de saúde para melhorar a segurança do paciente é a notificação de EAs pelos profissionais de saúde, ou mais amplamente, dos incidentes de segurança do paciente, por meio da utilização de sistemas de notificação de incidentes (SNIs)<sup>14</sup>. Estes sistemas podem ser informatizados ou não<sup>5,15</sup>, e a notificação local consiste no registro ou comunicação da ocorrência desses eventos ao setor responsável no serviço de saúde, geralmente à gestão de risco ou departamento de qualidade<sup>10</sup>. No Brasil, a partir de 2013, esta notificação pelos profissionais tem ocorrido ao núcleo de segurança do paciente. Tal notificação pode contribuir para o aprendizado com as fragilidades e para mudanças sistêmicas na prevenção de incidentes semelhantes<sup>1,5,7,11</sup>. Neste contexto, os profissionais de saúde são as

melhores fontes de conhecimento para entender os riscos relacionados à assistência à saúde e os verdadeiros erros<sup>5</sup>.

No Brasil, a notificação de incidentes é apontada pela regulação sanitária brasileira como um importante instrumento em prol da segurança do paciente<sup>16</sup> e, incentivada pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente, o qual ressalta que os profissionais, num contexto da cultura de segurança do paciente, são encorajados a identificar e notificar problemas relacionados à segurança<sup>17</sup>.

Entretanto, a subnotificação de incidentes pelos profissionais é considerada uma importante limitação dos SNIs<sup>5,10,18,19</sup>. Além de elevada, a subnotificação é apontada como resultado de diversas barreiras à notificação, percebidas pelos profissionais. Estudos internacionais apontam como principais barreiras: o tempo exigido para notificar, medo das conseqüências de sua notificação<sup>6,10,12</sup>; falta de feedback, incerteza sobre o que notificar<sup>6,12,18</sup> e, porque muitas vezes as notificações não levam a mudanças positivas<sup>6,7,18,20</sup>. Embora a subnotificação de incidentes esteja bem descrita na literatura, conhecer os fatores ou motivos que levam os profissionais brasileiros a não fazê-lo é pouco explorado e se faz importante para a adoção de estratégias específicas que tragam melhorias ao processo de notificação. Para isso foi definido o seguinte objetivo: identificar e analisar publicações nacionais sobre motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais no contexto dos serviços de saúde brasileiros.

## Métodos

Realizou-se revisão integrativa da literatura, de estudos nacionais que abordaram o tema 'motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde', no contexto dos serviços de saúde brasileiros.

Esse método de pesquisa, voltado à uma ampla análise da literatura<sup>21</sup>, permite a inclusão de estudos primários de diversas metodologias, tanto quantitativas quanto qualitativas<sup>22</sup> e estrutura-se no cumprimento de seis etapas para a sua realização: 1. Identificação do tema e definição da pergunta norteadora; 2. Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão; 3. Definição das informações a serem extraídas dos estudos e categorização dos estudos; 4. Avaliação dos estudos incluídos; 5. Interpretação dos resultados; 6. Apresentação da revisão e a síntese do conteúdo obtido<sup>21</sup>. Essas etapas foram adotadas neste estudo.

A pergunta que norteou esta revisão foi: quais são os motivos apontados pelos profissionais de saúde brasileiros para a não notificação de incidentes de segurança do paciente?

A busca ocorreu em outubro de 2016 e foi revisada em janeiro de 2017, nas bases do Portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Pubmed* e *Web of Science*, utilizando a estratégia de busca, apresentada na Tabela 1. Todos os estudos identificados foram avaliados inicialmente por meio da análise dos títulos e resumos. Nos estudos em que a leitura do título e resumo não foi suficiente para a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foi realizada a leitura da publicação na íntegra.

Os critérios de inclusão foram: publicações que abordaram motivos para a não notificação de incidentes por profissionais em serviços de saúde brasileiros, na perspectiva destes profissionais; publicados dos últimos dez anos, ou seja, de 2007 a 2016; e nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola. Foram excluídos os estudos que não atendiam as exigências anteriores, realizados em serviços de saúde fora do Brasil, aqueles que não abordaram o tema de pesquisa e artigos em duplicata. O fluxograma de seleção dos estudos da revisão integrativa está apresentado na Figura 1.

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados, que contemplou as seguintes informações selecionadas para análise dos artigos incluídos: 1) autores, 2) ano de publicação, 3) título, 4) tipo de incidente e sua definição, 5) cidade ou estado

dos serviços pesquisados, 6) contexto ou tipo de serviço, 7) profissionais participantes, 8) base de dados na qual foi identificada a publicação, 9) metodologia, 10) objetivo, 11) principais resultados quanto aos motivos para a não notificação, e 12) propostas ou recomendações dos autores. Os artigos selecionados passaram por leitura dupla na íntegra e extração das informações citadas acima, as quais foram organizadas nas respectivas categorias apresentadas nos Quadros 1 e 2, por dimensão de análise, em ordem crescente de publicação.

Foi realizada a análise e interpretação das informações coletadas em cada artigo, as quais foram em seguida apresentadas e discutidas em sete temas principais: Caracterização dos artigos incluídos na revisão integrativa; Contexto no qual os estudos foram realizados; Objetivos dos estudos; A subnotificação no contexto dos hospitais estudados; Motivos encontrados para a não notificação de incidentes de segurança do paciente; O medo e a cultura punitiva no contexto dos serviços de saúde; e Recomendações dos artigos quanto à notificação de incidentes.

## Resultados e discussão

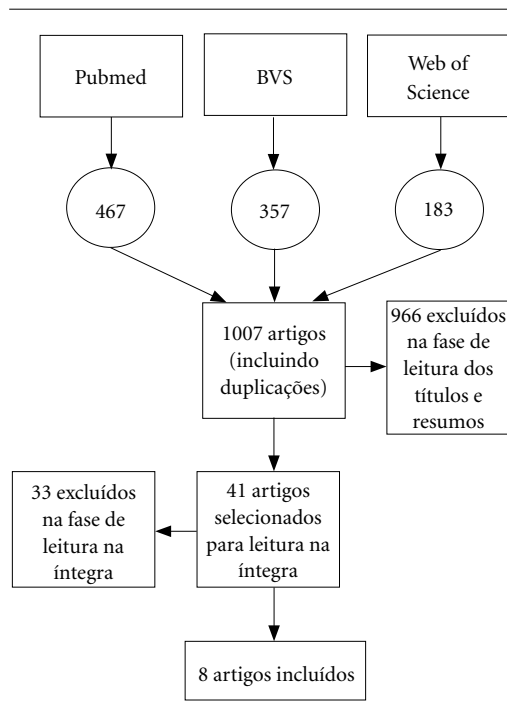
Foram identificadas 1007 publicações nas bases de dados eletrônicas, incluindo as duplicações e, após leitura dos títulos, resumos e exclusão das

**Tabela 1.** Estratégia de busca.

Base	Termos	Número de publicações	Estudos incluídos
BVS	((("incident#" OR err# OR "adverse event#" OR "patient safety" OR "segurança do paciente" OR "evento adverso" OR "eventos adversos" OR "err#") AND (notifica# OR registro OR comunic# OR communic# OR inform# OR report# OR subnotificação OR underreport# OR underreport# OR "gerenciamento de risco" OR "risk management")) AND País de afiliação: Brasil	357	7
Pubmed	((("adverse events" OR "adverse event" OR "incident" OR error OR "Medication Errors"[Mesh]) AND (report OR reporting OR notification OR underreporting OR under-reporting OR "incident reporting system" OR "incident reporting" OR "communication"[MeSH Terms] OR "communication")) AND (("brazil"[MeSH Terms] OR "brazil" OR brazilian OR brasil))	467	3
Web of Science	((("adverse events" OR "adverse event" OR "incident" OR error OR "Medication Errors") AND (report OR reporting OR notification OR underreporting OR under-reporting OR "incident reporting system" OR "incident reporting" OR "communication")) AND (("brazil" OR "brazil" OR brazilian OR brasil))	183	1

Fonte: O autor (2016).

Legenda: BVS - Portal Biblioteca Virtual em Saúde.



**Figura 1.** Fluxograma de seleção dos estudos da revisão integrativa de literatura.

Fonte: Os autores (2017).

Legenda: BVS - Portal Biblioteca Virtual em Saúde.

duplicações, foram selecionadas 41 para leitura na íntegra. Destes, foram incluídos nesta revisão oito artigos que atenderam aos critérios inclusão e exclusão, previamente estabelecidos. A Tabela 1 apresenta o número de artigos identificados em cada base de dados e, na Figura 1, consta o Fluxograma de seleção dos estudos da revisão integrativa.

#### Caracterização dos artigos incluídos na revisão integrativa

Foram identificadas apenas oito publicações sobre o tema nos últimos 10 anos, revelando que ainda é incipiente no Brasil a publicação de estudos que abordam os motivos para a não notificação de incidentes, sob a ótica dos profissionais da saúde. No período estudado, as publicações ocorreram entre 2007 e 2015, com maior concentração destas em 2011 e 2013.

No que se refere à metodologia do estudo, a maioria (n = 5) adotou abordagem metodológica qualitativa realizando entrevistas semi-estru-

turadas<sup>23-27</sup>. Três estudos utilizaram metodologia quantitativa por meio da aplicação de questionários<sup>28-30</sup>. Ambas as abordagens, a qualitativa, estudando a complexidade dos fenômenos, fatos e processos, e a quantitativa, com a objetividade dos dados, indicadores e tendências, devem ser percebidas como metodologias complementares<sup>31,32</sup> e capazes de trazer um melhor conhecimento sobre a realidade. No contexto da notificação de incidentes, a realização de pesquisas qualitativas e quantitativas devem ser incentivadas, pois contribuem para a melhor compreensão deste processo relevante para a segurança dos pacientes.

#### Contexto no qual os estudos foram realizados

Seis (75%) estudos foram realizados na região Sudeste<sup>23,26-30</sup> e os demais conduzidos na região Nordeste<sup>24</sup> e Sul do Brasil<sup>25</sup>. Este resultado pode ser reflexo da maior concentração de serviços hospitalares nesta região<sup>33</sup> e, de que os grandes centros ainda concentram a maior parte dos investimentos em pesquisa e consequentemente maior número de publicações.

Todos os estudos foram realizados no contexto hospitalar, e três contaram com mais de um hospital em sua amostra<sup>27,29,30</sup>. Nos estudos revisados havia hospitais públicos, privados e um universitário.

De modo geral, as investigações sobre segurança do paciente são centradas nos hospitais<sup>8</sup>, embora a maior parte da assistência à saúde seja realizada na atenção primária à saúde. Este cenário é esperado, pois os cuidados hospitalares são mais complexos e de maior risco<sup>34</sup>. Outro aspecto é que a notificação de incidentes ainda é uma prática mais presente no ambiente hospitalar, e, portanto, há pouca experiência fora deste nível de atenção à saúde, o que pode explicar o fato de não se ter encontrado estudos que analisassem os motivos para a não notificação de incidentes fora do ambiente hospitalar. Marchon et al.<sup>35</sup> estudaram a ocorrência de EA na atenção primária do Estado do Rio de Janeiro, porém o objetivo da pesquisa foi identificar o perfil destas ocorrências e seus fatores contribuintes, e não os motivos para a não notificação destes.

Os oito artigos estudaram o tema exclusivamente com enfermeiros ou equipe de enfermagem, e ao todo, 346 profissionais de enfermagem compuseram os participantes das pesquisas incluídas nesta revisão, sendo que cinco incluíram apenas enfermeiros em sua amostra de partici-

**Quadro 1.** Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo autores, ano de publicação, título, cidade ou estado de serviço, contexto, profissionais participantes e base de dados na qual foi identificada a publicação.

<b>Autores/ Ano de publicação</b>	<b>Título</b>	<b>Tipo de incidente abordado e definição</b>	<b>Cidade/ Estado</b>	<b>Contexto Tipo de serviço</b>	<b>Profissionais participantes</b>	<b>Base de dados</b>
Bohomol e Ramos <sup>27</sup> (2007)	Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente	Erro de medicação: qualquer erro no processo de prescrição, dispensação ou administração de uma medicação	São Paulo/SP	Erro de medicação 1 Hospital Privado	89 profissionais da enfermagem	BVS
Coli et al. <sup>23</sup> (2010)	Postura dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva frente ao erro: uma abordagem à luz dos referenciais bioéticos	Erro: uso não intencional de um plano incorreto para alcançar um objetivo, ou a não execução a contento de uma ação planejada. EA: agravos decorrentes de intervenções realizadas por profissionais de saúde não relacionadas a condições intrínsecas do paciente, que resultam em prejuízos ou lesões. EA: porém não apresenta definição. Citou alguns exemplos de EA	São Paulo/SP	UTI de 1 Hospital Privado	14 Enfermeiros	Pubmed Web of Science
Claro et al. <sup>29</sup> (2011)	Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva	EA, porém não apresenta definição. Citou alguns exemplos de EA	São Paulo/SP	UTI de Hospitais públicos, privados e mistos	70 Enfermeiros de UTI participantes em evento científico regional	BVS Pubmed
Silva, et al. <sup>30</sup> (2011)	Evento adverso em terapia intensiva: o que sabem os profissionais de enfermagem	EA: quaisquer eventos que produzem, ou potencialmente podem produzir resultados inesperados ou indesejados que afetem a segurança de pacientes, usuários ou outros. Revela focar em EA relacionados ao uso de tecnologias na assistência à saúde	Rio de Janeiro	Hospitais da Rede Pública e Privada	68 profissionais da enfermagem	BVS
Leitão et al. <sup>24</sup> (2013)	Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais	EA: incidente que resultam em dano ao paciente	Fortaleza/CE	1 Hospital Público	37 Enfermeiros	BVS
Costa et al. <sup>25</sup> (2013)	Melhores práticas do enfermeiro gestor no Gerenciamento de Risco	EA, porém não apresenta definição	Região Sul do País	1 Hospital Privado	8 enfermeiros do comitê de gerenciamento de risco e 1 gerente de risco	BVS
Paiva et al. <sup>26</sup> (2014)	Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos	EA: situação inesperada ou indesejada que traz danos ao paciente durante a assistência. Profissionais participantes relatam a notificação de outros tipos de incidentes, como os incidentes sem dano	São Paulo	1 Hospital Universitário	31 profissionais da enfermagem	BVS Pubmed
Siqueira et al. <sup>27</sup> (2015)	Gerenciamento de Risco: percepção de enfermeiros em dois hospitais do sul de Minas Gerais, Brasil	Incidentes e EA, porém não apresenta definição	Poços de Caldas/MG	2 Hospitais (1 público e 1 privado)	29 Enfermeiros	BVS

Fonte: Os autores (2017)

Legenda: UTI: Unidade de Terapia Intensiva; BVS - Portal Biblioteca Virtual em Saúde; EA - evento adverso

**Quadro 2.** Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo metodologia, objetivo, principais resultados, instrumento de pesquisa e propostas ou recomendações.

Estudo	Metodologia	Objetivo	Principais resultados quanto a possíveis motivos para a não notificação de incidentes	Propostas ou Recomendações dos autores
Boholm e Ramos <sup>28</sup> (2007)	Quantitativa descritiva	Verificar junto à equipe de enfermagem o seu entendimento do que é um erro de medicação e apresentar a sua opinião quanto à notificação do evento e o preenchimento do relatório de ocorrências adversas à medicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 70,1 % dos profissionais informaram que alguns erros de medicação não são notificados porque o membro da equipe teme a reação que vai sofrer dos enfermeiros responsáveis ou colegas de trabalho.</li> <li>- 21,8 % informaram que alguma vez deixou de notificar o erro de medicação, porque achou que o erro não era sério o bastante para justificar o relato.</li> <li>Apenas 1, 1% informaram que alguma vez deixou de notificar um erro de medicação porque teve medo de que poderia ser objeto de uma ação disciplinar ou perder o emprego.</li> <li>-Não houve uniformidade na compreensão do que é um erro de medicação, quando deve ser informado ao médico e preenchido o relatório de ocorrências.</li> </ul>	<p>“Há necessidade de se desenvolver programas educacionais que elucidem o que são os erros de medicação, discutindo cenários para entender as causas do problema com propostas de melhorias”.</p> <p>“A administração dos serviços de saúde deve estar voltada a desenvolver um sistema de trabalho para reduzir ou eliminar as barreiras para a notificação dos erros de medicação, focando a segurança do paciente como um padrão de alta qualidade da assistência à saúde.”</p>
Coli <i>et al.</i> <sup>23</sup> (2010)	Qualitativa	Analisar, a partir dos referenciais da bioética, a postura dos enfermeiros diante de ocorrência de erros em procedimentos de enfermagem na UTI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Postura de reconhecimento do erro, reconhecimento de que, mesmo sem querer, ele pode errar e a importância de se comunicar o erro.</li> <li>- Porém, ocorre omissão do erro, mostrando que o mesmo nem sempre é comunicado. Ocorre omissão do erro, quando os profissionais sabem que o mesmo não trará consequências imediatas ao paciente, porque é vigente a expectativa da não falha e, quando o erro envolve mais pessoas ou equipes.</li> </ul>	<p>“Repensar a prática de enfermagem pautada na bioética, recorrer à análise do erro focada também nas relações entre os envolvidos. Lembrar que o erro se dá uma rede de relações, nem somente técnica, mas principalmente relacional, e buscar dessa forma, a compreensão integral da realidade.”</p>
Claro <i>et al.</i> <sup>29</sup> (2011)	Quantitativa descritiva	Caracterizar o sistema de registros de EA nas UTI; Verificar a frequência de EA e existência de punição segundo a percepção dos enfermeiros; Identificar o grau de segurança dos enfermeiros para a notificação de EA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 71,4% informaram ocorrer subnotificação de EA.</li> <li>- Os profissionais indicaram 115 motivos para a subnotificação. Principais motivos: sobrecarga de trabalho (25,2%); esquecimento (22,6%); não valorização dos EA (20,0%); sentimentos de medo (15,7%).</li> <li>- 74,3% referiu que a punição ocorre às vezes e sempre.</li> <li>- 83,7% apontaram os enfermeiros como responsáveis pela notificação.</li> <li>- 21,4% dos enfermeiros manifestaram pouca ou nenhuma segurança para notificar EA, em sua instituição.</li> </ul>	<p>Os resultados e limitações do estudo apontam para “a necessidade de ampliar os estudos e as discussões relacionados ao tema.”</p> <p>“A superação da cultura punitiva pelos profissionais e a implementação de sistemas de registro de EA constituem medidas necessárias para a melhoria da qualidade da assistência, e consequentemente, para a segurança dos pacientes na UTI.”</p> <p>“Necessidade de programas educativos sobre a segurança dos pacientes voltados aos profissionais intensivistas e instituições hospitalares em geral.”</p>

continua

**Quadro 2.** Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo metodologia, objetivo, principais resultados, instrumento de pesquisa e propostas ou recomendações.

Estudo	Metodologia	Objetivo	Principais resultados quanto a possíveis motivos para a não notificação de incidentes	Propostas ou Recomendações dos autores
Silva et al. <sup>30</sup> (2011)	Quantitativa descritiva	Identificar o nível de conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca do que é, como se identifica e como se notifica um EA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 21% dos profissionais afirmaram que não saberiam identificar um EA.</li> <li>- 51% dos profissionais afirmaram desconhecer a existência do setor de gerenciamento de risco no serviço em que trabalham.</li> <li>- 36% dos EAs vivenciados pelos profissionais não foram notificados por eles.</li> <li>- 14% dos participantes ouviu falar sobre EA durante a formação profissional, num contexto em que 41% dos participantes tinham menos de um ano de formado.</li> <li>- Os autores consideraram os seguintes fatores favorecendo a baixa notificação: falta de conhecimento sobre o que é, como se identifica e como se notifica um EA; subordinação a um membro da equipe multiprofissional ou por deixar a notificação sob responsabilidade do enfermeiro e por não ter conhecimento suficiente para notificar.</li> </ul>	<p>“É importante que a instituição de saúde estimule a cultura da não punição, desta forma incentivando a notificação dos eventos adversos e a implementação de ações que previna a ocorrência dos mesmos”</p> <p>“O tema evento adverso carece de maior discussão ainda durante a formação profissional, quer seja nos berços universitários ou em cursos técnicos.”</p> <p>“Importância dos profissionais deterem conhecimento sobre evento adverso.”</p>
Leitão et al. <sup>24</sup> (2013)	Qualitativa	Analisar o processo de comunicação de EA no contexto hospitalar, sob a perspectiva de enfermeiros assistenciais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apesar do relato de haver comunicação de EA, esta se encontra ameaçada, tendo em vista que nem sempre há notificação e discussão adequada dos casos.</li> <li>- Alguns enfermeiros relataram que o processo de registro dos EA é hierarquizado, pois alguns comunicam a situação à coordenação ou gerência de enfermagem, mesmo existindo formulário próprio para notificação à gerência de risco.</li> <li>- Não existe uniformidade para a realização dos registros de EA, pois os enfermeiros não foram unânimes na identificação dos formulários e fluxo.</li> <li>- EA menos graves são menos relatados.</li> <li>- Constatação de que a cultura punitiva ainda prevalece na ocorrência de erros ou EA, evidenciada pelos relatos de práticas de apreensão e punição dos profissionais da enfermagem.</li> </ul>	<p>“Faz-se necessária a realização de novas pesquisas com enfoque na problemática da ocorrência e da comunicação de eventos adversos e de suas consequências ao serviço e aos profissionais (...) com o intuito de promover reflexões e mudanças comportamentais nos trabalhadores, mudanças estruturais nos serviços e novas políticas de saúde voltadas para a segurança do paciente.”</p> <p>“Incentivo à comunicação eficaz de eventos adversos relacionados ao cuidado de enfermagem, o que pode ser garantido por meio de registro e monitoramento dos riscos na prática diária do enfermeiro, como medida de fortalecimento da cultura de segurança e da qualidade”</p> <p>“Importância de estratégias que envolvam não apenas a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade, como também, a não fragmentação dos processos para a melhoria contínua e excelência das práticas.”</p>
Costa et al. <sup>25</sup> (2013)	Qualitativa	Identificar as ações dos enfermeiros gestores, em um programa de gerenciamento de risco, consideradas como melhores práticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Certeza da subnotificação pelos participantes. Esta situação pode estar relacionada ao medo da punição, pela falta de conhecimento por parte dos colaboradores sobre o objetivo do programa de gerenciamento de risco, pela alta rotatividade, dificultando a cultura organizacional sobre esse processo.</li> <li>- Além disso, o enfermeiro é quem realiza a notificação na maioria das vezes, embora o fluxo de notificação esteja disponível a todos, por meio eletrônico e impresso, favorecendo a subnotificação.</li> </ul>	<p>continua</p>

**Quadro 2.** Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo metodologia, objetivo, principais resultados, instrumento de pesquisa e propostas ou recomendações.

Estudo	Metodologia	Objetivo	Principais resultados quanto a possíveis motivos para a não notificação de incidentes	Propostas ou Recomendações dos autores
Paiva et al. <sup>26</sup> (2014)	Qualitativa	Compreender a motivação da equipe de enfermagem para a notificação de EA, a partir da perspectiva de profissionais de enfermagem no ambiente de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Embora o estudo tenha focado nos motivos para a notificação de EA, o fato dos enfermeiros serem apontados como os profissionais responsáveis pela notificação foi vista pelos autores como um dificultador para que outros profissionais assumam a responsabilidade de notificar EA.</li> <li>- Medo relatado por alguns participantes, porém foi evidenciado que a cultura de punição se encontra em transição e a notificação entendida como um instrumento de auxílio à gestão do cuidado.</li> <li>- Inconsistências quanto à taxonomia em segurança do paciente.</li> </ul>	<p>“Necessidade de divulgação da taxonomia da OMS em segurança do paciente, afim de melhorar a qualidade da informação e estimular a notificação.”</p> <p>“Importância de compreender os aspectos subjetivos da ação dos profissionais de enfermagem no sistema de notificação de EA, por meio do conhecimento das expectativas e motivos que permeiam suas decisões e condutas.”</p> <p>“Faz-se necessário desmistificar a notificação centrada no profissional enfermeiro, promovendo oportunidades de orientação, esclarecimentos, e estímulo à ampla participação de todos os profissionais.”</p>
Siqueira et al. <sup>27</sup> (2015)	Qualitativa	Conhecer a percepção dos enfermeiros acerca do gerenciamento de risco hospitalar e analisar as dificuldades e facilidades encontradas para a operacionalização do gerenciamento de risco hospitalar	<p>“As falas denotam um paradigma de punição e ocultação do erro, devido à preocupação com o fato do registro poder ser usado contra o próprio profissional.”</p> <p>“Observou-se que, mesmo havendo a comunicação dos eventos adversos, muitas vezes são subnotificados, por falta de tempo para preenchimento dos formulários, sobrecarga de trabalho, além do medo da represália por conta do erro.”</p>	<p>“Necessidade de refletir sobre o impacto do evento adverso no profissional, repensar a retenção dos talentos nos hospitais, analisar o custo das mortes gerado pela falta de gerenciamento de risco efetivo, as falhas de comunicação e, sobretudo, da lentidão das respostas.”</p>

Fonte: Os autores (2017).

Legenda: UTI - Unidade de Terapia Intensiva; BVS - Portal Biblioteca Virtual em Saúde; EA - evento adverso; OMS - Organização Mundial da Saúde



pantes. Tanto no Brasil quanto em outros países, a notificação está centrada na figura do enfermeiro e por consequência esses profissionais notificam mais incidentes que outras categorias<sup>5,15,29,36-38</sup>. Estes resultados expressam a necessidade de incluir outras categorias de profissionais da saúde em pesquisas sobre o tema, entre eles os médicos brasileiros, que compõem uma importante parcela dos profissionais desta área. Além disso, todos os profissionais atuantes nos serviços de saúde precisam ser alcançados pelas estratégias de sensibilização sobre a importância de sua participação no processo de notificação de incidentes, favorecendo a redução da subnotificação, e o envolvimento dos diversos níveis hierárquicos e categorias profissionais no movimento em prol da segurança do paciente.

### Objetivos dos estudos

Os objetivos dos estudos incluídos se concentraram em avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem a respeito do tema EA, erro ou notificação destes<sup>28,30</sup>, conhecer a conduta ou opinião dos profissionais diante da ocorrência de um EA<sup>23,28</sup>, enquanto outros buscaram conhecer ou analisar o processo ou sistema de notificação de incidentes<sup>24,29</sup> ou num escopo mais ampliado, o gerenciamento de risco<sup>25,27</sup>. Embora Paiva et al.<sup>26</sup> tenham buscado compreender a motivação da equipe de enfermagem para a notificação de EA, e este processo tenha sido relatado como positivo entre os participantes, os pesquisadores também identificaram possíveis barreiras à notificação, tais como a notificação centrada no enfermeiro, visto como dificultador para que outros profissionais assumam a responsabilidade da notificação, assim como o medo em notificar, relatado por alguns participantes.

### Conceito de incidente de segurança do paciente

Dois artigos abordaram o termo “erro”, sendo um especificamente sobre o erro de medicação<sup>28</sup> e outro utilizou o termo erro e EA como sinônimos<sup>23</sup>. Entre os seis artigos que citaram EA na abordagem com os profissionais participantes, apenas três o definiram como um incidente ou ocorrência que gerou algum dano ao paciente<sup>23,24,26</sup>, semelhante à definição da Estrutura Conceitual para a Classificação Internacional da Segurança do Paciente<sup>13</sup>, publicada em 2009 pela OMS e incentivada para a uniformização da taxonomia nesta área. Apenas o estudo publicado

mais recentemente abordou junto aos profissionais o termo incidente de segurança do paciente, no contexto do gerenciamento de risco<sup>27</sup>, considerado um conceito mais amplo, pois inclui, além dos EAs, os incidentes que não geraram danos aos pacientes, mas que mostram oportunidades importantes para melhorias e segurança do paciente<sup>5</sup>.

### A subnotificação no contexto dos hospitais estudados

Na maioria dos estudos (87,5%), os profissionais participantes expressaram a subnotificação de EAs ou erros como existentes no contexto dos hospitais em que atuavam<sup>23-25,27-30</sup>. Analisando em conjunto o resultado de dois estudos quantitativos, 70,25 % dos 159 profissionais participantes informaram ocorrer subnotificação em sua instituição<sup>28,29</sup>. Estes resultados são compatíveis com diversas publicações sobre o tema, tanto nacionais quanto internacionais<sup>5,6,12,18-20,39,40</sup>, reforçando a necessidade de se conhecer os principais motivos que contribuem para esse fato.

### Motivos encontrados para a não notificação de incidentes de segurança do paciente

O medo do profissional em notificar incidentes e EAs foi relatado pelos participantes em cinco (62,5%) dos oito estudos incluídos nesta revisão<sup>25-29</sup>, concordando com outras publicações nacionais e internacionais<sup>6,10,12,40</sup>. Ainda que no estudo de Paiva et al.<sup>26</sup> o medo tenha sido relatado, os autores perceberam que a cultura de punição se encontrava em transição e os profissionais acreditavam na finalidade não punitiva da notificação. Embora, no estudo de Bohomol e Ramos<sup>28</sup>, 70,1% dos profissionais informaram que alguns erros de medicação não são notificados porque o profissional da enfermagem tem medo da reação que sofreria por parte dos enfermeiros responsáveis ou demais colegas de trabalho, apenas um profissional (1,1%) afirmou que alguma vez deixou de notificar um erro de medicação porque teve medo de alguma ação disciplinar ou de perder o emprego. Leitão et al.<sup>24</sup> não relatam explicitamente o medo entre os resultados encontrados, porém a constatação da subnotificação e da cultura punitiva vigente na ocorrência de erros ou eventos permitiu aos autores inferir que o medo pode permear a decisão por notificar ou não os incidentes.

No estudo de Claro et al.<sup>29</sup>, 115 motivos foram identificados para a ocorrência da subnotifi-

cação, com média de 2,3 motivos por profissional participante. Os mais citados foram a sobrecarga de trabalho (25,2%), esquecimento (22,6%) e a não valorização dos EAs (20,0%), além de 27,0% apontarem o sentimento de medo ou vergonha entre os profissionais, também encontrados na revisão de literatura conduzida por Pfeiffer et al.<sup>18</sup>.

Incidentes considerados pelos profissionais como menos sérios, ou que apresentam consequências não imediatas ou mais leves aos pacientes, são menos relatados ou notificados, de acordo com três estudos<sup>23,24,28</sup>. Embora ocorram com maior frequência na assistência à saúde, os incidentes sem dano ao paciente ou menos graves são citados como menos notificados por pesquisadores da área<sup>5,41</sup>, evidenciando que a lógica das notificações é inversa à lógica da ocorrência dos incidentes. Entretanto a notificação de incidentes sem dano ou mais leves é relevante para aumentar a segurança do paciente<sup>5</sup> e precisa ser incentivada.

A falta de conhecimento sobre EA ou como realizar notificações também foi identificada em três estudos (37,5%)<sup>24,25,30</sup>, situação similar à encontrada em revisão de literatura internacional<sup>18</sup>, mostrando a necessidade de tornar claro aos profissionais o que, como e onde notificar. Porém, mais importante ainda é que estes profissionais acreditem na importância deste ato, o que depende da evidência de esforços empreendidos em busca de melhorias a partir da sua notificação.

A hierarquização do processo de notificação foi identificada em quatro estudos (50,0%), nos quais os enfermeiros foram apontados como responsáveis pela notificação<sup>25,26,29,30</sup>, enquanto um estudo encontrou que os enfermeiros relatavam os EAs à coordenação ou gerência de enfermagem, mesmo existindo formulário para notificação à gerência de risco<sup>24</sup>, visto pelos autores como um dificultador para que a equipe de enfermagem e os demais profissionais participem ativamente do processo de notificação<sup>26</sup>.

A falta de tempo para notificar e a sobrecarga de trabalho também foram citadas nos estudos de Claro et al.<sup>29</sup> e Siqueira et al.<sup>27</sup>, e por outros autores e pesquisas<sup>6,18,19,39,42</sup>.

Estes resultados remetem à importância de tornar a notificação fácil<sup>43</sup>, desburocratizada e livre de hierarquia, pois do contrário o profissional tende a omitir a ocorrência de incidentes<sup>5,12</sup>. Não menos importante, porém pouco explorado, o subdimensionamento da equipe assistencial precisa ser avaliado e resolvido, pois além de contribuir para a subnotificação<sup>27,29</sup>, pode impactar negativamente na segurança dos pacientes<sup>27,44</sup>.

Além dos motivos encontrados nesta revisão integrativa, a falta de feedback aos notificadores<sup>12,18,20</sup>, o não incentivo aos profissionais para notificarem<sup>12</sup> e, também porque a notificação muitas vezes não leva a mudanças positivas<sup>5-7,18,20</sup> também são apresentados por estudos internacionais como barreiras à notificação de incidentes pelos profissionais, que acabam por resultar em subnotificação.

### **O medo e a cultura punitiva no contexto dos serviços de saúde**

A cultura punitiva frente à ocorrência do erro ou incidente no contexto hospitalar, além do receio relatado pelos profissionais quanto a notificar incidentes de segurança do paciente, foi encontrada por quatro estudos (50,0%)<sup>24,25,27,29</sup>. Paiva et al.<sup>26</sup> referiu-se à cultura punitiva como em fase de transição. No estudo de Claro et al.<sup>29</sup> 74,3% dos profissionais relataram que existia punição aos profissionais pela ocorrência de EA. Leitão et al.<sup>24</sup> apresenta como um resultado preocupante a constatação de que a cultura punitiva ainda prevalece diante da ocorrência de erros e EAs.

Um estudo brasileiro realizado em três hospitais de Ribeirão Preto, que objetivou analisar a notificação de EAs sob a perspectiva dos profissionais da enfermagem, encontrou que, para 45,5% dos profissionais participantes, a notificação de EAs leva a medidas punitivas para os profissionais envolvidos com o ocorrido<sup>42</sup>, confirmando os achados desta revisão de que a cultura punitiva ainda permeia o processo de notificação de incidentes. Importante ressaltar que o histórico de punições de profissionais por essas ocorrências contribui apenas para a consolidação da cultura punitiva, além de favorecer os sentimentos de culpa e vergonha destes<sup>45</sup>.

Inicialmente, a Segurança do Paciente empenhou seus esforços em melhorar os processos assistenciais e gerar uma cultura de “não culpabilização” dos profissionais. Atualmente, têm-se maior compreensão da necessidade de equilibrar a “não responsabilização” para os casos de deslizos e falhas, com uma abordagem de responsabilidade aos profissionais descuidados, inconvenientes e que falham em relação a regras básicas de segurança e qualidade<sup>5</sup>.

Infelizmente, a formação acadêmica de médicos e enfermeiros, que, conforme Carvalho e Vieira<sup>46</sup>, reforça o imaginário de que a realização do trabalho destes profissionais é livre de erros, gera uma mensagem de que tais erros são

inaceitáveis. Neste contexto os erros são encarados como falta de cuidado, falta de atenção ou de conhecimento. Se a cultura do serviço estiver embasada em culpabilização pela ocorrência de um EA, isto poderá resultar em desconhecimento de importantes informações sobre esses eventos, não permitindo, portanto, a construção de uma cultura que priorize a segurança<sup>24,40</sup>. Importante acentuar que a busca por culpados e a punição destes profissionais não têm impacto na redução dos EAs e na implantação de estratégias para preveni-los<sup>26</sup>. Wachter<sup>5</sup> afirma que o alicerce fundamental da segurança do paciente continua sendo a confiança que os profissionais podem ter em comunicar e se preocupar com erros e, que isto leve a melhorias. O mesmo autor defende a necessidade de uma cultura justa, definida como uma atmosfera de confiança na qual as pessoas são encorajadas por comunicarem informações essenciais para a segurança do paciente, mas, por outro lado, afirma que deve estar claro aos profissionais o limite entre um comportamento aceitável e não aceitável. James Reason<sup>47</sup> destaca que se deve focar menos em tentar aperfeiçoar o comportamento humano e investir mais esforços em tornar a organização mais segura. Partindo do pressuposto de que os profissionais erram e continuarão errando, faz-se necessário que sejam melhoradas a organização dos sistemas para que sejam reduzidas as oportunidades de erros e de incidentes acontecerem<sup>1</sup> e que sejam promovidos os aprendizados quando estes ocorrerem.

#### **Recomendações dos artigos quanto à notificação de incidentes**

Um recorte nas recomendações realizadas pelos autores, para enfatizar àquelas relativas ao processo de notificação de incidentes de segurança do paciente, aponta que superar a cultura punitiva<sup>29,30</sup>, incentivar as notificações<sup>24,28</sup>, investir em capacitação e sensibilização dos profissionais sobre o tema<sup>28,29</sup> e implementar ações para reduzir a ocorrência de EAs<sup>24,30</sup> foram as prevalentes entre os autores. Recomendou-se, ainda, ampliar os estudos sobre este tema<sup>24,29</sup> que, conforme Leitão et al.<sup>24</sup> precisam ser divulgados para que contribuam na promoção de “reflexões e mudanças comportamentais nos trabalhadores, mudanças estruturais nos serviços e novas políticas de saúde voltadas para a segurança do paciente”, inclusive durante a formação profissional<sup>30</sup>.

#### **Conclusão**

Esta é a primeira revisão integrativa de literatura publicada no Brasil sobre motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais em serviços de saúde. Pelo pequeno número de estudos produzidos e publicados, no período da revisão, o panorama sobre as principais barreiras que contribuem para a subnotificação de EA ou incidentes de segurança do paciente em nosso país é limitado. No entanto, se essa revisão não permite generalizar os achados dos estudos para todo o país, eles estão em consonância com a literatura internacional sobre o tema.

O estudo desta temática no Brasil restringe-se à área da enfermagem, demonstrando a necessidade de ampliá-la, incluindo outras categorias profissionais, pois segurança do paciente é um tema multiprofissional e que exige um esforço integrado.

Em síntese, o medo ou receio é uma importante barreira à notificação, ratificando os achados de outros estudos e publicações de organizações e pesquisadores de referências na área. Ressalta-se a importância de trabalhar a cultura justa diante da ocorrência dos incidentes, que considera a responsabilização profissional, mas que objetiva identificar fragilidades ou falhas no sistema e não no desempenho de profissionais, para fortalecer a segurança dos pacientes atendidos nos serviços de saúde. Além disso, mostra-se necessário esclarecer aos profissionais aspectos relacionados à notificação, tais como: o que, como e onde realizar notificações de incidentes; além de empenhar esforços para tornar a notificação mais fácil e desburocratizada, incentivando sua participação neste importante processo.

São poucos os estudos sobre o tema em questão no âmbito nacional, mostrando uma lacuna a ser preenchida com estudos em outras regiões do país, pois a maioria das pesquisas incluídas foram realizadas em serviços de saúde da região Sudeste do País. Isto revela a necessidade e importância de incentivar e apoiar a realização de pesquisas sobre esta temática em outras regiões, permitindo um diagnóstico mais amplo e representativo, pois o desenvolvimento de pesquisa nesta área tem o potencial de promover maior discussão sobre a relevância da notificação dos incidentes, com o objetivo de fortalecer a segurança do paciente nos serviços de saúde brasileiros. A expectativa é de que esta compreensão mais aprofundada e abrangente conduza à implantação de estratégias para incentivar a notificação e a participação dos

profissionais neste processo. Diante das barreiras encontradas e os motivos apontados pelos profissionais para a não notificação, todo o esforço deve se empreendido pela organização dos serviços de saúde para sensibilizar os profissionais a notificarem incidentes e, mais importante ainda, é que estes sintam-se seguros e valorizados por esta participação e percebam que notificar vale a pena, pois estas informações devem oportunizar e contribuir para fortalecer a segurança dos pacientes nos serviços de saúde brasileiros.

### **Colaboradores**

MFT Alves trabalhou na concepção do artigo, metodologia, busca de publicações e redação do artigo. DS Carvalho e GSC Albuquerque, participaram na concepção, metodologia e redação final do artigo.

## Referências

- Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. *To err is human: building a safer health system: a report of the Committee on Quality Of Health Care in america*, Institute of Medicine. Washington: National Academy Press; 2000.
- Vries EN, Ramrattan M, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester M. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual. Saf. Heal. Care.* 2008; 17(3):216-223.
- Levinson D. Adverse events in hospital: National incidence Medicare beneficiaries. *Dep. Heal. Hum. Serv. Off. Insp. Gen.* 2010; (November):1-75.
- Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int. J. Qual. Heal. Care.* 2009; 21(4):279-284.
- Wachter RM. *Compreendendo a Segurança do Paciente*. 2º ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
- Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A. Patient Safety 2030. London: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Center; 2016.
- World Health Organization (WHO). WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. Geneva: WHO; 2005. 16(Report):80.
- Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Cien Saude Colet* 2013; 18(7):2029-2036.
- Leape L. Reporting of adverse events. *New Engl J Med* 2002; 347(20):1633-1638.
- Michel P. *Strengths and weaknesses of available methods for assessing the nature and scale of harm caused by the health system: Literature review*. Geneva: WHO; 2004.
- Larizgoitia I, Bouesseau M-C, Kelley E. WHO Efforts to Promote Reporting of Adverse Events and Global Learning. *J. Public Health Res* 2013; 2(3):168-174.
- Mira JJ, Cho M, Montserrat D, Rodríguez J, Santacruz J. Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 33(1):1-7.
- World Health Organization (WHO). *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Final Technical Report*. Genebra: WHO; 2009.
- Sousa P, Lage MJ, Rodrigues V. Magnitude do problema e os factores contribuintes do erro e dos eventos adversos. In: Sousa P. *Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENS; 2014. p. 91-113.
- Capucho HC, Arnas ER, Cassiani SHB. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. *Rev. Gauch. Enferm.* 2013; 34(1):164-172.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 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. *Diário Oficial da União* 2013; 26 jul.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União* 2013; 21 mai.
- Pfeiffer Y, Manser T, Wehner T. Conceptualising barriers to incident reporting: a psychological framework. *BMJ Qual. Saf.* 2010; 19(6):1-10.
- Caldas B, Sousa P, Mendes W. Aspectos mais relevantes em investigações pesquisas em segurança do paciente. In: Sousa, P. *Segurança do Paciente: criando organizações seguras*. Rio de Janeiro: EAD/ENS; 2014. p. 187-202.
- Shojania KG. The frustrating case of incident-reporting systems. *Qual. Saf. Heal. Care.* 2008; 17(6):400-402.
- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Context. - Enferm.* 2008; 17(4):758-764.
- Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Integrative review: concepts and methods used in nursing descriptors Integrative review: concepts and methods used in nursing Critical review. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48(2):329-339.
- Coli RCP, Anjos MF, Pereira LL. Postura dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva frente ao erro : uma abordagem à luz dos referenciais bioéticos. *Rev. Latino-Am.Enfermagem* 2010; 18(3):324-30.
- Leitão IMTA, Oliveira RM, Leite SS, Sobral MC, Figueiredo SV, Cadete MC. Analysis of the Communication of Adverse Events under the Perspective of Assistant Nurses. *Rev. da Rede Enferm. do Nord.* 2013; 14(6):1073-1083.
- Costa VT, Meirelles BHS, Erdmann AL. Best practice of nurse managers in risk management. *Rev. Lat. Am. Enfermagem.* 2013; 21(5):1165-1171.
- Paiva MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DMR, Lima SAM, Juliani CMCM . The reasons of the nursing staff to notify adverse events. *Rev. Lat. Am. Enfermagem.* 2014; 22(5):747-754.
- Siqueira CL, Silva CC, Teles JKN, Feldman LB. Gerenciamento de risco: percepção de enfermeiros em dois hospitais do sul de Minas Gerais, Brasil TT - Management: perception of nurses of two hospitals in the south of the state of Minas Gerais, Brazil TT - Gestión de riesgos: percepción de los enferme. *REME rev. min. enferm.* 2015; 19(4):919-926. Available at: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-27622015000400010](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622015000400010).
- Bohomol E, Ramos LH. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. *Rev. Bras. Enferm.* 2007; 60(2):32-36.
- Claro CM, Krococck DVC, Toffolletto MC, Padilha KG. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva- percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(1):167-172.
- Silva RCL, Cunha JJS, Moreira CLS. Adverse events in intensive care: what they know the nurses. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental.* 2011; 3(2):1848-1855.
- Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saude Publica.* 1993; 9(3):237-248.
- Minayo MCS. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 21ª ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2002.

33. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Tabnet. Rede Assistencial. Estabelecimentos por tipo. 2017. [acessado 2017 Maio 2]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>
34. Marchon SG, Mendes Junior WV. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. *Cad Saude Publica* 2014; 30(9):1815-1835.
35. Marchon SG, Mendes Junior WV, Pavão ALB. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. *Cad Saude Publica* 2015; 31(11):2313-2330.
36. Rowin EJ, Lucier D, Pauker SG, Kumar S, Chen J, Salem DN. Does error and adverse event reporting by physicians and nurses differ? *Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.* 2008; 34(9):537-545.
37. Bezerra ALQ, Camargo e Silva AEB, Branquinho NCSS, Paranaguá TTB. Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela. *Rev. enferm. UERJ.* 2009; 17(4):467-472.
38. Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(2):287-294.
39. Meyer-Masseti C, Cheng CM, Schwappach DLB, Paulsen LIB, Meier CR, Guglielmo BJ. Systematic review of medication safety assessment methods. *Am J Heal Pharm* 2011; 68(3):227-240.
40. Françolin L, Gabriel CS, Bernardes A, Silva AEBC, Brito MFP, Machado JP. Patient safety management from the perspective of nurses. *Rev. da Esc. Enferm. da USP.* 2015; 49(2):277-283.
41. Bird FE, Germain GL. *Practice Loss Control Leadership*. Loganville: Insitute Pub; 1996.
42. Ferezin TPM. *Avaliacao da notificacao de eventos adversos em hospitais acreditados* [dissertação]. São Paulo:Universidade de São Paulo; 2015.
43. National Health Service (NHS). National Patient Safety Agency. *Act on reporting: Five actions to improve patient safety reporting*. London: NHS; 2008.
44. Oliveira RM, Leitao IMTA, Aguiar LL, Oliveira ACS, Gazos DM, Silva LMS, Barros AA, Sampaio RL. Evaluating the intervening factors in patient safety: Focusing on hospital nursing staff. *Rev. da Esc. Enferm.* 2015; 49(1):104-113.
45. Moura GMSSM, Magalhães AMM. Eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde: principais tipos. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2013. p. 65-78.
46. Carvalho M, Vieira A. Erro médico em pacientes hospitalizados. *J. Pediatr. (Rio. J).* 2002; 78(4):261-268.
47. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320(March):768-770.

Artigo apresentado em 15/06/2017

Aprovado em 22/10/2017

Versão final apresentada em 24/10/2017