







Notificação de eventos adversos em ambiente hospitalar sob a ótica dos profissionais de enfermagem

Reporting adverse events in a hospital environment from the perspective of nursing professionals

Como citar este artigo:

Costa RPAF, Gomes RG, Silva VC, Resck ZMR, Martinez MR, Sanches RS. Reporting adverse events in a hospital environment from the perspective of nursing professionals. Rev Rene. 2024;25:e93625. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20242593625>

-  Ramini Pietra de Ávila Ferreira Costa¹
-  Roberta Garcia Gomes¹
-  Vitória Cristina Silva¹
-  Zélia Marilda Rodrigues Resck¹
-  Maria Regina Martinez¹
-  Roberta Seron Sanches¹

¹Universidade Federal de Alfenas.
Alfenas, MG, Brasil.

Autor correspondente:

Roberta Seron Sanches
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Centro. CEP: 37130-001.
Alfenas, MG, Brasil.
E-mail: roberta.sanches@unifal-mg.edu.br

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Camila Biazus Dalcin

RESUMO

Objetivo: compreender como ocorre a notificação de eventos adversos sob a ótica de profissionais de enfermagem. **Métodos:** estudo qualitativo, realizado com 38 profissionais de enfermagem. Coletaram-se os dados por meio de um formulário eletrônico composto por caracterização pessoal e profissional e por perguntas norteadoras. Para a análise dos dados de caracterização, utilizou-se estatística descritiva e para os qualitativos, análise de conteúdo na modalidade temática. **Resultados:** participaram 21 enfermeiros e 17 técnicos de enfermagem, em sua maioria, mulheres, jovens, de instituições hospitalares de quatro estados brasileiros. Emergiram duas categorias: Notificação do evento adverso: mais uma tarefa a ser cumprida no cotidiano de trabalho e Notificação e tratamento institucional dos eventos adversos: da abordagem pessoal à processual, com subcategorias. **Conclusão:** as notificações enfocam o preenchimento do instrumento institucional e identifica-se falta de clareza sobre o que são eventos adversos. Persevera uma cultura punitiva, no entanto, parece haver um movimento que sinaliza para uma abordagem processual. **Contribuição para a prática:** espera-se contribuir para a conscientização sobre a temática e para as instituições elaborarem estratégias de notificação mais efetivas no sentido de monitorizar a segurança do paciente e direcionar melhorias. **Descritores:** Segurança do Paciente; Gestão de Riscos; Unidades Hospitalares; Notificação; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to understand how adverse events are reported from the point of view of nursing professionals. **Methods:** a qualitative study was carried out with 38 nursing professionals. Data was collected using an electronic form of personal and professional characterization and guiding questions. Descriptive statistics were used to analyze the characterization data and thematic content analysis was used for the qualitative data. **Results:** 21 nurses and 17 nursing technicians participated, most young women from hospitals in four Brazilian states. Two categories emerged: Notification of adverse events, one more task to be carried out in daily work, and Notification and institutional treatment of adverse events, from a personal approach to a procedural one, with subcategories. **Conclusion:** notifications focus on filling in the institutional instrument, and there is a lack of clarity about what adverse events are. A punitive culture persists, but there seems to be a movement towards a procedural approach. **Contribution to practice:** we hope to help raise awareness of the issue and help institutions develop more effective reporting strategies to monitor patient safety and drive improvements.

Descriptors: Patient Safety; Risk Management; Hospital Units; Notification; Nursing.

Introdução

Estima-se que nos hospitais, um em cada 10 pacientes esteja sujeito a um evento adverso, ou seja, a um incidente que lhe cause danos, podendo, até mesmo, implicar em óbito⁽¹⁾. Entre janeiro e dezembro de 2023, foram notificados à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), 368.895 incidentes relacionados à assistência à saúde, sendo que a maioria ocorreu em instituições hospitalares e resultou em danos leves aos pacientes⁽²⁾.

Estas notificações são realizadas nos cenários das instituições de saúde, por profissionais, pacientes, acompanhantes e outros cidadãos e direcionadas à Anvisa pelos Núcleos de Segurança do Paciente⁽³⁾. Para além das estatísticas referentes à situação de segurança nas instituições, a notificação institucional de eventos adversos fomenta a proposição de ações de melhoria, sendo, inclusive, um requisito do Programa Nacional de Segurança do Paciente⁽⁴⁻⁵⁾.

No entanto, embora muitos profissionais de saúde saibam da necessidade de notificação de eventos adversos, são descritas dificuldades para a sua realização, tendo como motivos, além do medo de punição e preocupação quanto ao sigilo do processo: o desconhecimento sobre o que e como notificar, o desinteresse profissional, a falta de *feedback* acerca do incidente notificado e a incerteza de que a notificação resultará em melhorias na fragilidade em questão⁽⁶⁻⁸⁾.

Sabe-se que a enfermagem é a equipe mais participante do cuidado do paciente, dada a sua atuação ininterrupta no ambiente hospitalar e, por conseguinte, mais exposta a envolver-se na ocorrência de eventos adversos, sendo o enfermeiro, o profissional comumente associado à formalização de tais eventos⁽⁹⁾.

Contudo, os relatos de que as notificações ainda se assentam em processos frágeis, punitivos e que se dissociam da busca por melhorias colocam em perspectiva a necessidade de se desmistificar tal processo⁽⁶⁻⁹⁾. Ainda, são relatadas lacunas na literatura sobre como ocorre esse processo de notificação sob a ótica dos profissionais envolvidos, para além dos indicadores da assistência, justificando a exploração desse fe-

nômeno. Essa abordagem pode contribuir para a compreensão de entraves e facilitadores da adequação de processos institucionais que assegurem uma notificação mais eficaz dos eventos adversos como alicerce para a segurança do paciente⁽¹⁰⁾.

Corrobora-se que a busca por soluções em segurança do paciente com base em evidências científicas é recomendada pelos órgãos governamentais internacionais e que as pesquisas sobre a temática podem contribuir para a cultura de segurança⁽¹⁾.

Nesse sentido, e considerando que os dados oriundos das notificações são a base para a monitorização da segurança e proposição de ações para o cuidado seguro, questiona-se: como é a notificação dos eventos adversos no cotidiano de trabalho dos profissionais de enfermagem no âmbito hospitalar?

O objetivo deste estudo foi compreender como ocorre a notificação de eventos adversos sob a ótica de profissionais de enfermagem.

Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido em ambiente virtual, via Internet, em consonância com os critérios preconizados no *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

Os participantes foram profissionais de enfermagem, selecionados por conveniência, considerando-se o tempo previsto para a coleta de dados no cronograma do estudo, e que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade: afirmaram possuir idade igual ou superior a 18 anos e atuar em instituição hospitalar como profissional de enfermagem por período mínimo de três meses.

Esclarece-se que o período mínimo de experiência de três meses em instituição hospitalar, independentemente do tipo de vínculo do participante, foi considerado por se julgar ser um recorte mínimo para a adaptação laboral e integração à realidade do trabalho. Dessa forma, o foco do estudo não é apenas a realidade atual e sim, as vivências oriundas da atuação em hospitais⁽¹¹⁾.

A coleta de dados ocorreu no período entre se-

tembro de 2023 e janeiro de 2024 e foi realizada por meio de um instrumento elaborado pelas autoras e composto por duas partes. A primeira consistiu na caracterização pessoal e profissional dos participantes e a segunda, por questões norteadoras.

Para elaborar o instrumento de coleta de dados, adotou-se o formulário digital do *Google Forms*. Este foi constituído por uma seção digital inicial, destinada a explicações sobre os objetivos e procedimentos do estudo, ao preenchimento do *e-mail* pessoal e individual do participante e à apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Mediante a concordância do participante, uma tecla de “avancar” na página inicial o direcionava para uma seção de apresentação dos critérios de elegibilidade para a checagem do participante. A próxima seção continha a caracterização pessoal e profissional, seguida pelos campos para respostas a seis perguntas abertas, que contavam com orientações para o participante fornecer respostas detalhadas. Estas foram: 1) O que é um evento adverso para você? 2) Você já notificou algum evento adverso na sua atuação enquanto profissional de enfermagem? Que tipo de evento? 3) Como é a notificação de eventos adversos no hospital que você trabalha? 4) Qual é o fluxo institucional quando você comete e notifica um evento adverso? 5) Você identifica algum fator que pode ajudar para que as notificações de eventos adversos sejam realizadas? 6) Você identifica algum fator que pode interferir negativamente para que as notificações de eventos adversos sejam realizadas?

Ao término do autopreenchimento, a via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a cópia das respostas foram automaticamente disponibilizadas pelo próprio *Google Forms* ao e-mail informado pelo participante.

Para o convite à participação no estudo, utilizaram-se as redes sociais *Facebook*, *Instagram* e *LinkedIn*, nos quais a pesquisadora participante, graduanda em Enfermagem, realizou a divulgação com o *link* do formulário eletrônico para autopreenchimento em pu-

blicações nos seus perfis pessoais. Acrescenta-se que também foi utilizado o aplicativo de mensagens *WhatsApp* e neste, as pesquisadoras realizaram a divulgação do convite a seus contatos pessoais que pudessem atender aos critérios do estudo e ainda, solicitaram a estes, a divulgação do convite entre seus pares, visando à conformação de uma cadeia de referências.

Os dados de caracterização pessoal e profissional foram tabulados em uma planilha eletrônica e apresentados descritivamente e, para a análise dos dados qualitativos, oriundos das questões abertas, foi empregada a análise de conteúdo na modalidade temática⁽¹²⁾. Para tanto, respeitaram-se as seguintes fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Destarte, na etapa de pré-análise, o *corpus* da pesquisa foi organizado e os autores realizaram a leitura flutuante dos depoimentos, a fim de se obter o aprofundamento do conhecimento dos dados, que orientaram a análise nas etapas subsequentes. Na etapa de exploração do material foi possível a atribuição de códigos aos dados, representados pelas unidades de registros que, ao final da etapa, foram organizadas por similaridade para a categorização dos resultados. Por fim, na etapa denominada tratamento dos resultados, inferência e interpretação, os dados foram organizados em categorias construídas de maneira indutiva, em consonância ao objetivo do estudo⁽¹²⁾.

Nesse sentido, para a garantia do anonimato, foram utilizadas combinações alfanuméricas em substituição aos nomes (P1-TE, P2-E, e assim sucessivamente, sendo que P se refere à participante e o número, à ordem de preenchimento do formulário, TE para identificação do técnico de enfermagem e E, enfermeiro).

O estudo respeitou as diretrizes que regulamentam a pesquisa com seres humanos e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas conforme parecer nº 6.422.251/2023 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 74605123.5.0000.5142.

Resultados

Participaram do estudo 38 pessoas, sendo 21 (55,3%) enfermeiros e 17 (44,7%) técnicos de enfermagem. Observou-se predomínio de participantes do sexo feminino (78,9%), da faixa etária de 20 até 39 anos (57,9%), casados (57,9%), com até oito anos de formação (44,7%) e até 10 anos de atuação em hospital (57,9%).

Quanto à atuação profissional atual, o tempo na instituição variou entre três meses e 10 anos para as duas classes profissionais. Vinte profissionais (52,6%) atuavam em instituição hospitalar pública e 18 (47,4%), em instituição hospitalar privada, de 20 municípios e quatro estados brasileiros, sendo Minas Gerais, São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul. Vinte e nove (76,3%) instituições às quais os participantes se vinculavam possuíam acreditação hospitalar.

A análise dos dados provenientes das respostas às perguntas abertas possibilitou a identificação de duas categorias com subcategorias. A primeira categoria, denominada Notificação do evento adverso: mais uma tarefa a ser cumprida no cotidiano de trabalho, contempla duas subcategorias, Notificação como uma tarefa e transferência de responsabilidade e Falta de clareza sobre os eventos adversos nas instituições de saúde. Já a segunda categoria, foi intitulada Notificação e tratamento institucional dos eventos adversos: da abordagem pessoal à processual, contempla três subcategorias, Notificação do evento adverso marcada por um processo punitivo e hierarquicamente influenciado, Medidas educativas: dissonância entre discurso e ação e Notificação de eventos adversos com vistas à cultura de segurança: um processo em construção.

Notificação do evento adverso: mais uma tarefa a ser cumprida no cotidiano de trabalho

Esta categoria explicita que, na ótica dos participantes, a notificação de eventos adversos parece ocorrer com vistas ao cumprimento de uma tarefa, que se finda após o preenchimento do instrumento

institucional, momento em que a responsabilidade é transferida a outros atores, a exemplo do enfermeiro supervisor ou serviço de qualidade. Apreende-se haver falta de clareza quanto aos eventos adversos e, por conseguinte, ao que deve ser notificado como tal.

Notificação como uma tarefa e transferência de responsabilidade

Nesta subcategoria, os depoimentos dos participantes sinalizam que a notificação ocorre para cumprir uma tarefa, com enfoque no preenchimento do instrumento institucional: *Via física, impressa pela supervisão de enfermagem* (P18-E). *Realiza por escrito* (P3-E). *Por sistema no computador* (P9-E). *Preenchimento de um formulário* (P37-E). *Por meio de um formulário acessado por um QR code* (P13-E).

Após o preenchimento do referido instrumento, parece haver a transferência de responsabilidade do profissional notificador para outros profissionais e/ou setores, conforme exemplificado nos excertos: *Após preencher todos os campos a notificação é enviada, e a coordenação de enfermagem e gestão hospitalar tem acesso à notificação* (P20-E). *A notificação vai para o serviço de qualidade do hospital* (P13-E). *Às pessoas/setores cabíveis para cuidar desses assuntos* (P10-TE). *Reporto ao enfermeiro supervisor* (P33-TE). *Aguardamos a devolutiva* (P38-E).

Falta de clareza sobre os eventos adversos nas instituições de saúde

Apreende-se, nesta subcategoria, que há falta de clareza sobre o que, de fato, caracteriza os eventos adversos. Assim, alguns depoimentos remetem aos incidentes que atingem os pacientes causando-lhes danos: *É um evento não esperado que é capaz de trazer algum tipo de prejuízo ou dano ao paciente* (P13-E). *Ocorrência médica que causa dano ao paciente* (P22-E). *Tudo aquilo que acontece no âmbito hospitalar que não era esperado pela equipe profissional e acaba trazendo algum agravo ao paciente* (P14-E). *Toda ação que de alguma forma prejudique o paciente* (P6-TE).

Entretanto, os participantes também elencaram situações como uso de adornos pelos profissio-

nais, acidentes ocupacionais com materiais perfurocortantes, falta de identificação de dispositivos e de checagens nos prontuários, entre outros, que conceitualmente, não caracterizam eventos adversos e sim, não conformidades e/ou ocorrências de plantão: *São eventos que podem causar possíveis danos físico, mental, moral na saúde do profissional. Acidente de trabalho com material perfurocortante (P4 - E). Um erro podendo ou não prejudicar o paciente. Esquecer de identificar equipo ou estar vencido (P7 - E). Qualquer incidente com colaborador/cliente; Acidente com perfuro cortante (P31 - E). Dispositivos inválidos para o cuidado. Identificação dos equipamentos, medicamentos, procedimentos realizados (P24 - TE). Acesso filtrado, prescrição sem checar (P17 - E). Uma circunstância que não ocorreu da forma correta, um erro, podendo ocasionar dano para o paciente/equipe/instituição, reabordagem cirúrgica, uso de adornos, falha no preenchimento do time out de cirurgia segura, infecção cirúrgica, falha na passagem do plantão entre setores, ausência de termo cirúrgico/anestésico, ausência de pulseira de identificação do paciente (rompida), falha no protocolo institucional de reserva de sangue (P23 - E). Esquecimento de checar medicação (P38 - E). Deixar de encaminhar materiais de Central de Material e Esterilização (P28 - TE). Descarte de perfurocortante em local errado, medição não checada (P6 - E).*

Esclarece-se que a falta de clareza quanto aos eventos adversos foi identificada tanto nas falas dos enfermeiros como também, dos técnicos de enfermagem.

Notificação e tratamento institucional dos eventos adversos: da abordagem pessoal à processual

A segunda categoria retrata que, no contexto da notificação de eventos adversos, a cultura punitiva ainda persiste e que as medidas educativas ante sua ocorrência, parecem ser adotadas de maneira simplista, como capazes de corrigir os erros, e não como um processo contínuo e proativo. Contudo, depoimentos que remetem a uma abordagem processual, com vistas à cultura de segurança, também foram identificados, ainda que de forma pouco aprofundada, o que sugere se tratar de um processo em construção.

Notificação do evento adverso marcada por um processo punitivo e hierarquicamente influenciado

Nesta subcategoria, evidenciou-se que a notificação de eventos adversos ainda é permeada por uma cultura punitiva. Os depoimentos de alguns participantes sinalizam para percepções de que as pessoas envolvidas na ocorrência destes eventos não trabalhem de maneira correta e por isso, devem ser ensinadas, corrigidas ou penalizadas: *Ele é respondido pela pessoa notificada, onde o responsável pelo funcionário irá ensiná-lo a forma correta de atuar (P24 - TE). Recebi notificação por diversos motivos, um deles por não estar atenta ao término do antibiótico e passar o tempo de infusão. Tem um espaço para o supervisor anotar as orientações, que foram passadas e outro espaço para o funcionário poder explicar o ocorrido, assinando no final. O enfermeiro supervisor comunica o funcionário sobre o ocorrido e orienta sobre como deve ser feito (P25 - TE). A gente toma advertência ou suspensão, é nos explicado o que fazer para evitar o evento (P29 - TE). É realizada uma acareação com os envolvidos (P31 - E). Primeiramente será prestado todo cuidado necessário ao paciente, depois a notificação, e punição ou demissão caso haja necessidade, se o mesmo técnico levar três punições ele é demitido, os responsáveis pelo setor devem estar sempre atentos aos ocorridos e serem firmes quanto às notificações, não deixar passar sem corrigir a equipe (P14 - E).*

A questão punitiva se destacou tanto nos depoimentos dos técnicos de enfermagem, quanto dos enfermeiros. No entanto, os enfermeiros parecem assumir uma posição de notificadores, enquanto os técnicos, de notificados, o que pode indicar que o processo de notificação também perpassa questões hierárquicas. Nesse sentido, um técnico de enfermagem afirmou não ser comum, em sua realidade, que as notificações sejam feitas por sua categoria profissional: *Apenas recebi notificação. No hospital onde trabalho, não é comum técnico de enfermagem fazer a notificação e sim o enfermeiro (P25 - TE).*

Diante do contexto punitivo que ainda persevera, depoimentos relacionados ao medo de represálias como interveniente às notificações também foram

identificados neste estudo: *Muitos funcionários ficam com medo de notificar e serem julgados ou coagidos por seus gestores (P19 - E). O medo de expor algum dano grave, por exemplo, uma reação adversa medicamentosa relacionada ao paciente ter informado anteriormente a alergia e ainda assim não ter ocorrido barreiras e comunicação entre equipe e paciente. Nesse e em outros casos pode-se entender que haverá alguma represália (P23 - E). Medo de prejudicar o colega (P33 - TE). O fato de elas poderem ser feitas anonimamente, o receio de ser identificado e o não conhecimento da importância da notificação para a segurança do paciente e melhoria da assistência prejudica as notificações (P13 - E).*

Medidas educativas: dissonância entre discurso e ação

Na ótica dos participantes, medidas educativas são adotadas em face da ocorrência dos eventos adversos, conforme se apresenta nesta subcategoria. Entretanto, os depoimentos parecem apontar a adoção de ações educativas de forma simplista e pontual, atribuindo o incidente, principalmente à falta de educação dos profissionais, o que se distancia de uma visão sistêmica, um fundamento relevante para a cultura de segurança: *Eles (enfermeiros) fazem educação continuada para evitar erros (P3 - TE). Treinamento, sempre que necessário; diariamente encontramos erros em procedimentos e através dos eventos adversos, podemos educar os colaboradores (P7 - TE). Há alguns murais com informações a respeito do assunto e treinamento também (P29 - TE). Avalia o grau do evento adverso e entra a educação continuada para auxiliar e tirar todas as dúvidas dos funcionários, dando miniaulas (P35 - E). Pode ser como roda de conversa em seguida com a educação continuada. É um pouco rápido, por ser hora de trabalho e cada um tem seus afazeres (P34 - TE). A pouca efetividade da forma como as ações educativas são oferecidas é mencionada por um participante: vejo uma resistência às vezes dos colegas em ouvir ou entender de fato o assunto (P34-TE).*

Notificação de eventos adversos com vistas à cultura de segurança: um processo em construção

Esta subcategoria retrata que ainda que se tenha apreendido a notificação de eventos adversos

como um processo predominantemente punitivo, alguns enfermeiros a vislumbram sob uma perspectiva mais ampla, que considera que sua ocorrência pode evidenciar fragilidades nos processos e, conseqüentemente, constituem uma oportunidade para se buscar melhorias.

Assim, os enfermeiros mencionam a oportunidade de revisar protocolos e processos, bem como a adoção de algumas ferramentas de qualidade, como Método de Análise e Solução de Problemas (MASP), Análise de Causa-Raiz e Plano de ação 5W2H, para nortear as propostas para a solução dos problemas de segurança encontrados: *Readequação de protocolo, discussão com diretoria e equipes envolvidas a fim de levantar estratégias para melhoria (P23 - E). Realizar em si a notificação já é uma estratégia para identificar quais eventos estão acontecendo na instituição para poderem ser evitados, tentar identificar o porquê dos eventos (P20 - E). Por meio das notificações são criados processos a fim de diminuir a recorrência, como no caso de pulseiras de alergias, treinamentos sobre transporte seguro e elevação das grades, aplicações de escalas para diminuição do número de flebites. A notificação visa identificar falhas e correções para uma melhora da assistência prestada (P19 - E). Relatamos a ocorrência do incidente como responsável notificante, descrevemos abaixo, a conduta tomada ante o incidente, fazemos a análise da causa raiz e descrevemos o que ocasionou a falha; depois tem o plano de ação 5W2H (P38 - E). Fazemos uma reunião, realizamos a MASP e traçamos o plano de ação; acompanhamos a efetividade do plano de ação e a realização de indicadores (P12 - E).*

Acrescenta-se que a cultura de segurança, não punitiva, foi ressaltada nos depoimentos de alguns enfermeiros: *Criação de cultura na instituição de que a notificação não é um algo punitivo e sim um alerta de necessidades de melhorias na assistência ao paciente ou no ambiente de trabalho para todas as equipes envolvidas (P23 - E). A equipe deve ser orientada a entender que a notificação é feita não para punir a equipe, mas sim para entender o porquê das falhas e quais estratégias devem ser feitas para melhorar a assistência (P20 - E).*

Discussão

Concernente à caracterização pessoal e profissional, o predomínio de profissionais jovens e do sexo

feminino se assemelha às características da força de trabalho em enfermagem brasileira relatadas na literatura⁽¹³⁾.

Na primeira categoria, Notificação do evento adverso: mais uma tarefa a ser cumprida no cotidiano de trabalho, os depoimentos dos participantes sinalizaram a notificação dos eventos adversos como cumprimento de uma tarefa, com destaque para o preenchimento de fichas impressas ou eletrônicas, com subsequente transferência de responsabilidade do notificador para outros profissionais ou setores, a exemplo da coordenação de enfermagem, serviço de qualidade ou gestão institucional.

Embora os sistemas de notificação voluntária, tomando como modelo instrumentos impressos ou informatizados, sejam uma estratégia relevante para possibilitar os registros destes incidentes, pondera-se que o foco no instrumento, conforme identificado neste estudo pode indicar fragilidades no processo^(3,14).

Tal fato pode se relacionar à falta de clareza dos profissionais quanto à notificação de eventos adversos como um processo que norteia a busca de melhorias a partir da comunicação do referido evento. Suscita, ainda, questionamentos sobre em que medida os profissionais envolvidos recebem retorno sobre a proposição de ações com vistas a evitar ocorrências futuras⁽⁶⁾. Este cenário pode inclusive ser reflexo da falta de clareza do profissional sobre o próprio papel enquanto responsável pelo cuidado em uma perspectiva que supere ações simplistas relacionadas ao cumprimento de tarefas.

Os depoimentos dos participantes também sinalizaram para uma percepção equivocada sobre o que, de fato, constituem eventos adversos. A esse respeito, inquieta o fato de os participantes, em sua maioria, relatarem atuar em instituições acreditadas, que devem ter a segurança do paciente como um alicerce, em atendimento aos requisitos dos sistemas de acreditação.

Destarte, foram mencionados incidentes que implicaram danos aos pacientes, em alinhamento às definições da Organização Mundial da Saúde e do

Programa Nacional de Segurança do Paciente, mas também, outras situações diversas^(1,4). Consoante a isso, relata-se a falta de clareza quanto aos tipos de incidentes que devem ser notificados, assim como a necessidade de diferenciá-los de reclamações e outras ocorrências^(3,15).

A segunda categoria, Notificação e tratamento institucional dos eventos adversos: da abordagem pessoal à processual, traz que o contexto punitivo ainda persevera na percepção dos profissionais de enfermagem, por apresentarem depoimentos relacionados ao medo de represálias como interveniente às notificações.

Ratifica-se que o medo e a postura institucional punitiva são relatados no cenário nacional e internacional^(9,16-18). Toma-se como exemplo as barreiras organizacionais para o registro dos eventos adversos evidenciadas em um hospital de grande porte do Irã. Assim, foram destacados pelos enfermeiros, o medo da punição e das consequências legais, a falta de anonimato para o registro dos próprios erros e a percepção da notificação como apontamento dos erros dos colegas de trabalho⁽¹⁹⁾.

No Brasil, identificou-se, entre profissionais de enfermagem atuantes em um hospital público, a percepção de que o foco das notificações é direcionado às pessoas e não ao problema face à ocorrência de eventos adversos, o que parece distanciar-se da cultura justa^(9,20). Esta prevê que deve haver um tratamento apropriado para os profissionais que notificam incidentes e se configura como uma premissa para estabelecer uma cultura de segurança⁽²⁰⁾.

Neste estudo, embora a cultura punitiva tenha ficado evidente tanto em depoimentos de enfermeiros como de técnicos de enfermagem, os enfermeiros parecem assumir uma posição de notificadores, enquanto os técnicos, de notificados. Esta questão hierárquica se assemelha a achados que sinalizam que as notificações tendem a se concentrar nos enfermeiros, que assumem a função de notificar os eventos adversos^(14,16,21).

Reflete-se, no entanto, que o fato de o técnico

de enfermagem estar mais próximo do cuidado direto do paciente, por consequência, o posiciona em uma situação de maior propensão ao envolvimento em eventos adversos, enquanto o enfermeiro, ao assumir o gerenciamento do cuidado e supervisão da equipe, por vezes prioriza ações administrativas que o distanciam do cuidado direto. Tal fato parece se traduzir nos depoimentos que sinalizam o enfermeiro como um notificador. Reforçam a divisão social do trabalho em enfermagem e ratificam uma postura fragilizada dos enfermeiros no que diz respeito a se apropriarem das dimensões assistenciais e gerenciais do seu processo de trabalho, de forma inter-relacionada⁽²²⁾.

Destarte, embora as notificações sejam responsabilidade da equipe multiprofissional, podendo ser realizadas, inclusive pelos próprios pacientes, restringir esta atividade aos enfermeiros tem sido apontado como um fator dificultador a este processo, fundamental para o monitoramento da segurança do paciente⁽¹⁷⁾.

Reflete-se que as relações hierarquizadas podem implicar dificuldades na comunicação e no estabelecimento de relações de confiança junto à equipe e ainda, fragilizar a cultura de segurança e reforçar as percepções de medo e de punição^(6-7,23). Nesse contexto, abordou-se que as medidas educativas também parecem se alinhar à cultura punitiva, sendo aplicadas pontualmente quando um evento adverso ocorre. Esta estratégia parece corroborar a ideia de que os eventos adversos ocorrem por falta de educação dos profissionais e não por falhas nos processos.

Embora a relevância das ações educativas seja inquestionável para a redução de erros, é necessário que estejam alinhadas à cultura de segurança, mediante a adoção de estratégias para a melhoria dos processos^(8,24). Importante ressaltar que alguns enfermeiros relataram esta abordagem, uma vez que vislumbram a notificação sob uma perspectiva mais ampla, que considera que a ocorrência do evento pode evidenciar fragilidades e, conseqüentemente, constitui uma oportunidade para se buscar por melhorias.

A esse respeito, relatam-se fragilidades nas

dimensões da cultura de segurança do paciente em hospitais brasileiros⁽²⁵⁾. Considerando-se os hospitais latino-americanos, também se verificou uma percepção baixa de cultura de segurança, ainda que o aprendizado organizacional com vistas à melhoria contínua tenha sido uma dimensão de destaque⁽²⁶⁾.

Os achados deste estudo também sinalizam que a cultura de segurança ainda consiste em um processo em construção. Mesmo porque as reflexões sobre segurança do paciente são relativamente recentes quando comparadas à trajetória histórica dos cuidados em saúde, que acompanham o desenvolvimento das sociedades; também, no cenário nacional, o próprio Programa Nacional de Segurança do Paciente, que data de 2013 consiste em uma iniciativa tenra⁽⁴⁾.

Na busca de melhorias, fundamentada pela notificação de eventos adversos, observou-se nos depoimentos de alguns enfermeiros, menção à revisão de protocolos e processos, bem como a adoção de algumas ferramentas de qualidade, para exploração e busca de solução dos problemas.

Estas ferramentas, quando inseridas no processo de trabalho dos profissionais e utilizadas continuamente, possibilitam analisar, mensurar e apoiar a proposição de soluções aos problemas institucionais e assim, oferecem subsídio para o desenvolvimento de práticas comprometidas com a melhoria contínua⁽²⁷⁾. A exemplo disso, em uma unidade de terapia intensiva neonatal brasileira, a utilização das ferramentas de qualidade *Brainstorming*, Lista de Verificação e elaboração de diagrama de Pareto para trabalhar as falhas na conferência do carro de emergência, resultou em melhoria da taxa de adesão ao procedimento de conferência pelos profissionais⁽²⁸⁾.

O uso de uma ferramenta para o aprimoramento da gestão de risco, a *bowtie*, também foi relatado. Por meio de oficinas com o uso da referida ferramenta, os trabalhadores assistenciais e administrativos puderam contribuir para a análise de riscos e revisão de processos, priorizando-se a adoção de uma cultura de aprendizagem⁽²⁹⁾.

Reflete-se que a adoção das ferramentas de

qualidade deve se basear em uma perspectiva de alinhamento entre as áreas de gestão e assistenciais. Além disso, a sustentabilidade dos projetos e ações para a melhoria devem traduzir uma nova forma de trabalhar, que supere ações pontuais e complementares ao processo de trabalho^(27,30).

No entanto, ainda que alguns enfermeiros mencionassem o olhar para a melhoria contínua, os resultados parecem sinalizar para a adoção de ferramentas de qualidade em resposta à ocorrência de um determinado evento, assim como as ações de educação. Assemelha-se, dessa forma, a um processo reativo, de queixa-conduta, reflexo do modelo tradicional de assistência à saúde. Esta perspectiva em que a notificação dos eventos adversos se insere pode contribuir para tratamentos punitivos e hierarquizados, que reforcem que um erro deve ser corrigido com ações pontuais e individuais, o que pode inibir os relatos de eventos adversos e, por conseguinte, prejudicar a consolidação da assistência segura.

Sugere-se a realização de estudos que contemplem a notificação de eventos adversos em uma perspectiva institucional e que englobem as ações empreendidas nas instituições hospitalares ante os eventos notificados, assim como aquelas direcionadas aos profissionais envolvidos na ocorrência destes eventos.

Limitações do estudo

Aponta-se como limitação deste estudo, o fato de os participantes terem apresentado respostas sintetizadas e, eventualmente, pouco detalhadas ao instrumento de coleta de dados. Entretanto, tal limitação era esperada pelas pesquisadoras que a ponderaram na escolha do método de coleta de dados, e não prejudicou o alcance do objetivo do estudo.

Contribuições para a prática

Espera-se, de maneira indireta, contribuir para a conscientização sobre a temática, tanto no que diz respeito à notificação pelos profissionais, quanto às

estratégias a serem utilizadas pelas instituições para as notificações serem mais efetivas no sentido de monitorização da segurança do paciente e direcionadas às melhorias. Acrescenta-se o propósito de superação da cultura punitiva que parece permear o processo.

Conclusão

Considera-se que a notificação dos eventos adversos ocorre com foco no preenchimento de instrumentos institucionais e se assemelha ao cumprimento de uma tarefa, com transferência de responsabilidade após o relato e, ainda, que há falta de clareza quanto ao que se enquadra como um evento adverso.

Identifica-se que o processo de notificação é permeado por uma cultura punitiva, em que o erro é considerado uma falha do profissional, que recebe, como contramedida, resoluções simplistas que abarcam sanções ou ações educativas como forma de correção de uma falha. Por outro lado, parece haver um movimento de mudança que sinaliza para uma abordagem processual, com adoção de ferramentas para entendimento e proposição de soluções aos problemas, ainda que incipientemente.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados: Costa RPAF, Gomes RG, Sanches RS. Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada; concordância em ser responsável por todos os aspectos de qualquer parte do manuscrito sejam investigadas e resolvidas adequadamente: Costa RPAF, Gomes RG, Silva VC, Resck ZMR, Martinez MR, Sanches RS.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. 2021 [cited June 21, 2024]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Incidentes relacionados à assistência à saúde. Resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, janeiro a dezembro de 2023 [Internet]. 2024 [cited June 21, 2024]. Available from: <http://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/2023/brasil>
3. Harada MJCS, Silva AEBC, Feldman LB, Tavares SS, Gerhardt LM, Lima Jr AJ, et al. Reflections on patient safety incident reporting systems. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(Suppl 1):e20200307. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0307>
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. 2013 [cited June 21, 2024]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
5. Amaro MAC, Schweitzer MC, Bohomol E. Near miss in primary care for patient health and safety: integrative review. *Rev Nurs.* 2021;24(273):5279-88. doi: <https://dx.doi.org/10.36489/nursing.2021v24i273p5279-5288>
6. Santos MLR, Correa Júnior AJS, Silva MVS. Comunicação de eventos adversos e trabalho interprofissional em Unidade de Terapia Intensiva: entre o ideal e o (não) realizado. *Interface (Botucatu).* 2022;26:e210754. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.210754>
7. Falcone ML, Van Stee SK, Tokac U, Fish AF. Adverse event reporting priorities: an integrative review. *J Patient Saf.* 2022;18(4):e727-e740. doi: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000945>
8. Teodoro RFB, Silva AS, Carreiro MA, Bilio RL, Paula DG. Adverse event notification analysis through patient safety culture research. *R Pesq Cuid Fundam.* 2020;12:463-70. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8521>
9. Almeida PP, Moura GG. The manifestations of the second victim of an adverse event: an analysis of nursing professionals from a public hospital in Minas Gerais. *Vigil Sanit Debate.* 2022;10(3):3-12. doi: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01976>
10. Hamed MMM, Konstantinidis S. Barriers to incident reporting among nurses: a qualitative systematic review. *West J Nurs Res.* 2022;44(5):506-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0193945921999449>
11. Oviedo AD, Riquelme LSL, Hernández EAT. Novice nurses and factors that influence job adaptation after incorporation into the world of work. *Esc Anna Nery.* 2023;27:e20220236. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0236pt>
12. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
13. Souza HS, Trapé CA, Campos CMS, Soares CB. The Brazilian nursing workforce faced with the international trends: an analysis in the international year of Nursing. *Physis (Rio J).* 2021;31(1):e310111. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310111>
14. Andrade BRC, Moura NAV, Falcão BCS, Vieira DPL, Araújo MSM, Lima VP, et al. Sistema de notificação de eventos adversos em saúde: estratégias para implantação em um hospital oncológico. *Rev Enferm Atual In Derme.* 2023;97(3):e023178. doi: <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.3-art.2002>
15. Pramesona BA, Sukohar A, Taneepanichskul S, Rasyid MFA. A qualitative study of the reasons for low patient safety incident reporting among Indonesian nurses. *Rev Bras Enferm.* 2023;76(4):e20220583. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0583>
16. Sanchis DZ, Haddad MCFL, Giroto E, Silva AMR. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(5):e20190174. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>
17. Nazário SS, Cruz EDA, Paes RG, Mantovani MF, Seifert LS. Facilitating and hindering factors for reporting adverse events: an integrative review. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE001245. doi: <https://dx.doi.org/10.37689/actaape/2021AR01245>

18. Stoyanova R, Dimova R, Torniyova B, Mavrov M, Elkova H. Perception of patient safety culture among hospital staff. *Zdr Varst.* 2021;60(2):97-104. doi: <https://dx.doi.org/10.2478/sjph-2021-0015>
19. Mahdaviazad H, Askarian M, Kardeh B. Medical error reporting: status quo and perceived barriers in an orthopedic center in Iran. *Int J Prev Med.* 2020;11:14. doi: https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_235_18
20. Barkell NP, Snyder SS. Just culture in healthcare: an integrative review. *Nurs Forum.* 2021;56(1):103-11. doi: <https://doi.org/10.1111/nuf.12525>
21. Assis ITCF, Carvalho CA, Barros CM, Correia DR, Siman AG, Amaro MOF. Segurança do paciente em um centro cirúrgico: ótica da equipe de enfermagem. *Rev Recien.* 2024;14(42):148-57. doi: <http://doi.org/10.24276/rrecien2024.14.42.148157>
22. Souza EA, Teixeira CFS, Souza MKB, Silva-Santos H, Araujo-dos-Santos T, Ramos JLC. The (re) construction of own identity in nurses' work in Brazil: exploratory study. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(6):e20180928. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0928>
23. Prates CG, Caregnato RCA, Magalhães AMM, Dal Pai D, Urbanetto JS, Moura GMSS. Patient safety culture in the perception of health professionals: A mixed methods research study. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021;42:e20200418. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200418>
24. Resende ALC, Silva NJ, Resende MA, Santos AA, Souza G, Souza HC. A importância da notificação de eventos adversos frente à segurança do paciente e à melhoria da qualidade assistencial: uma revisão bibliográfica. *Rev Eletr Acervo Saúde.* 2020;39:e2222. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e2222.2020>
25. Prieto MMN, Fonseca REP, Zem-Mascarenhas SH. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(6):e20201315. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1315>
26. Camacho-Rodríguez D, Carrasquilla-Baza DA, Dominguez-Cancino KA, Palmieri PA. Patient safety culture in Latin American hospitals: a systematic review with meta-analysis. *Int. J Environ Res Public Health.* 2022;19(21):14380. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph192114380>
27. Pereira PCJ, Roquete FF, Miranda WD. Aplicabilidade das ferramentas da qualidade nos processos dos serviços de saúde: uma revisão integrativa (2010-2020). *Rev Gestão Saúde.* 2022;13(2):35-46. doi: <https://doi.org/10.26512/gsv.13i02.46283>
28. Lima SOB, Oliveira JLC, Silva RBZ, Rosa JS, Ribeiro MRR. Quality tools applied to the emergency car checking: mixed methods research. *Esc Anna Nery.* 2020;25(2):e20200274. doi: <http://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0274>
29. Bohomol E, Gonçalves GC, Costa DA. Uso da ferramenta Bowtie para aprimoramento da gestão de risco na saúde. *Rev Adm Saúde [Internet].* 2022 [cited Aug 13, 2024];22(88):e322. Available from: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/322/487>
30. Thukral A. Quality improvement: the way forward. *Indian J Pediatr.* 2021;8(1):3-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12098-020-03527-1>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons