

DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i271p5025-5040>

A notificação de eventos adversos e suas lacunas no processo da segurança do paciente

RESUMO | Objetivo: analisar as contribuições da notificação de eventos adversos para a segurança do paciente e os entraves no processo de cuidar que prejudicam a oferta de uma assistência hospitalar segura. Métodos: trata-se de uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados SciELO, LILACS e BDNF. Para a definição da pergunta norteadora utilizou-se a estratégia PICO e quanto ao processo de seleção dos estudos, utilizou-se o fluxograma PRISMA. As buscas abrangeram o período de 2014 a 2019, sendo selecionados os artigos disponíveis em português, na íntegra e no formato original. Resultados: Foram selecionados 16 artigos para análise, sendo evidenciado que a identificação das lacunas no processo de trabalho pode fornecer elementos importantes para promoção da segurança na assistência à saúde. Conclusão: a notificação dos eventos adversos proporciona um cuidado mais seguro, pois possibilitam a análise dos incidentes, identificação das causas e a implantação de estratégias para minimização dos erros evitáveis.

Palavras-chaves: Segurança do Paciente; Enfermagem; Qualidade da Assistência à Saúde; Notificação.

ABSTRACT | Objective: to analyze the contributions of the notification of adverse events to patient safety and the obstacles in the care process that hinder the offer of safe hospital care. Methods: it is an integrative literature review in the databases SciELO, LILACS and BDNF. For the definition of the guiding question, the PICO strategy was used and for the study selection process, the PRISMA flowchart was used. The searches covered the period from 2014 to 2019, with articles available in Portuguese, in full and in the original format being selected. Results: 16 articles were selected for analysis, showing that the identification of gaps in the work process can provide important elements for promoting safety in health care. Conclusion: the notification of adverse events provides safer care, as they allow the analysis of incidents, identification of causes and the implementation of strategies to minimize avoidable errors.

Keywords: Patient Safety; Nursing; Quality of Health Care; Notifications.

RESUMEN | Objetivo: analizar las contribuciones de la notificación de eventos adversos a la seguridad del paciente y los obstáculos en el proceso de atención que obstaculizan la oferta de atención hospitalaria segura. Métodos: es una revisión bibliográfica integradora en las bases de datos SciELO, LILACS y BDNF. Para la definición de la pregunta guía, se utilizó la estrategia PICO y para el proceso de selección de los estudios, se utilizó el diagrama de flujo PRISMA. Las búsquedas abarcaron el período de 2014 a 2019, con artículos disponibles en portugués, en su totalidad y en el formato original seleccionado. Resultados: se seleccionaron 16 artículos para su análisis, que muestran que la identificación de brechas en el proceso de trabajo puede proporcionar elementos importantes para promover la seguridad en la atención de la salud. Conclusión: la notificación de eventos adversos brinda una atención más segura, ya que permiten el análisis de incidentes, la identificación de causas y la implementación de estrategias para minimizar los errores evitables.

Palabras claves: Seguridad del Paciente; Enfermería; Calidad de la Atención de Salud; Notificación.

Carolina Catarine Maciano de S. Moraes

Enfermeira. Universidade Paulista (UNIP),
Campus Brasília-DF, Brasil.
ORCID: 0000-0002-4456-839X

Ricardo Saraiva Aguiar

Professor Assistente. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Paulista (UNIP), Campus Brasília, Distrito Federal, Brasil.
ORCID: 0000-0003-0335-2194

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um dos fundamentos essenciais na assistência à saúde e um elemento indispensável para gestão da qualidade em âmbito mundial¹. Essa tem sido um assunto de debate entre gestores e equipes de saúde a nível global e está mais presente nos roteiros das reuniões de instituições de saúde públicas e privadas depois da publicação do relatório americano “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” do Instituto de Medicina^{2,3}. O documento aponta a ocorrência de iatrogenias em um pouco mais de 3% do total de prontuários analisados. Além disso, os autores referiram o óbito de 44.000 a 98.000

pacientes por ano nos Estados Unidos da América (EUA), cujo as causas foram incidentes, que poderiam, a maior parte, ser evitados².

Diante disso, para prevenir danos aos pacientes, é necessário captar falhas antes que ocorram, através da associação de métodos que detalhem os processos complexos⁴. Assim, políticas e procedimentos são implantados para proteger os pacientes de danos. Entretanto, um entendimento mais profundo do “porquê” um evento adverso (EA) específico ocorreu, focando menos no indivíduo que cometeu o erro, pode ter resultados positivos para a cultura de segurança. Parte-se, assim, do pressuposto que existem lacunas no que concerne à execução efetiva das atividades gerenciais e assistenciais⁵.

Recebido em: 19/07/2020
Aprovado em: 28/07/2020

Nessa perspectiva, é necessário promover o fortalecimento da cultura de segurança, visto que ela proporciona a percepção do erro como algo que ocorre por diversas causas e a cultura positiva possibilita aos serviços de saúde identificar e gerir circunstâncias e/ou cenários com potenciais fatores de risco, conduzindo ações de melhorias no cuidado prestado e evitando que a falha aconteça outra vez a fim de garantir a segurança do paciente⁶⁻⁹.

Não obstante, revela-se a notificação espontânea como uma relevante ferramenta para a detecção de incidentes em saúde, por ser uma metodologia de baixo custo, abranger profissionais que prestam cuidados ao paciente, e alertar para a promoção da segurança no âmbito hospitalar, além de ser um indicador para o gerenciamento da qualidade dos serviços¹⁰.

Sob essa perspectiva, destaca-se a questão que norteou a presente proposta investigativa: como a notificação de eventos adversos pode contribuir para segurança do paciente e quais são os entraves para oferta de uma assistência hospitalar segura? Diante disso, esse estudo busca analisar as contribuições da notificação de eventos adversos para a segurança do paciente e os entraves no processo de cuidar que prejudicam a oferta de uma assistência hospitalar segura.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, uma vez que contribui no processamento sistemático e analítico dos resultados, pois é característica da busca de informações sobre um assunto ou tema que resume a situação da ciência sobre um problema de pesquisa, visando a clareza do determinado tema¹¹.

Elaborou-se, na primeira fase, a pergunta norteadora de pesquisa. Para essa construção, utilizou-se da estratégia PICO: P – população e problema; I – intervenção; C – comparação; e O – outcome (termo em inglês que signifi-

fica desfecho)¹². Assim, considerou-se P: pacientes hospitalizados; I: notificação de eventos adversos e os entraves no processo de trabalho; C: qualquer comparação relacionada a notificação de eventos adversos e aos entraves no processo de trabalho; O: segurança do paciente. Nesta direção, a pergunta construída foi: como a notificação de eventos adversos pode contribuir para segurança do paciente e quais são os entraves para oferta de uma assistência hospitalar segura?

Construiu-se para a segunda fase, uma estratégia de busca por dois revisores independentes utilizando os descritores segurança do paciente, enfermagem e qualidade da assistência à saúde nas bases de dados eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF).

Refinou-se, contemplando a terceira fase da pesquisa com a aplicação dos critérios de inclusão previamente estabelecidos na estratégia de busca: artigos publicados de forma online nos últimos 6 anos (2014 a 2019); disponíveis em língua portuguesa; na íntegra; e no formato

original oriundos de produções científicas diversificadas.

Leram-se criticamente, na quarta fase, os resumos dos estudos recuperados, excluindo os duplicados e aqueles cujo objetivo, resultados ou conclusão não mencionavam sobre a notificação de eventos adversos e os entraves no processo de trabalho em ambiente hospitalar.

A extração dos dados foi conduzida por dois revisores independentes, sendo que os desacordos entre os revisores em relação aos dados extraídos eram discutidos, tendo como referência a publicação original.

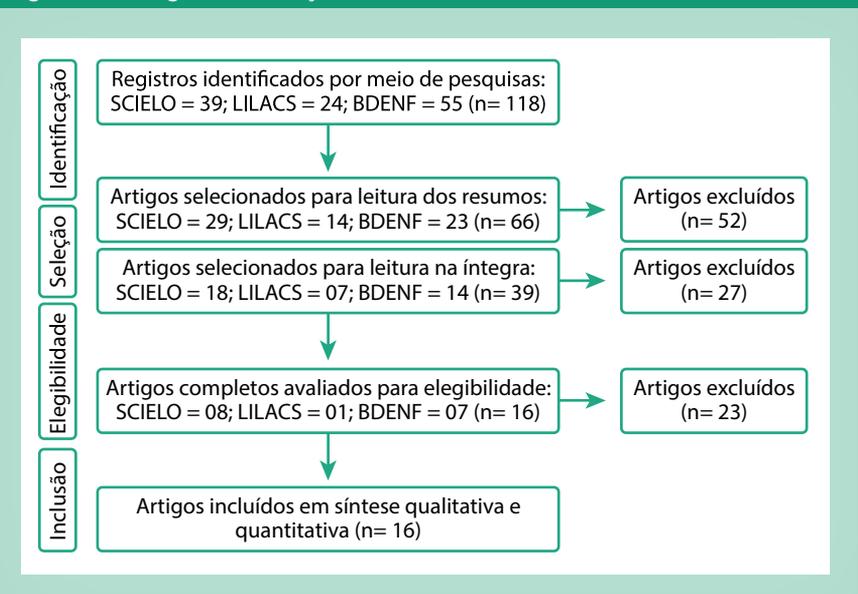
RESULTADOS

Apresenta-se, na figura 1, o fluxograma descritor dos resultados obtidos a partir da estratégia de busca de acordo com o fluxograma PRISMA13.

Por conseguinte, no quadro 1 estão apresentadas as informações a respeito dos 16 artigos contidos nesta revisão integrativa. Foram interpretados e sintetizados todos os resultados, através de uma comparação dos dados evidenciados na análise dos artigos.

Resultou-se a busca na literatura um

Figura 1 – Fluxograma da seleção dos estudos. Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2019.



total de 118 artigos capturados e, desses, 39 estavam no SCIELO, 24 na LILACS e 55 artigos na BDENF. Reduziu-se, a partir da aplicação dos filtros de inclusão, o número de ocorrência: no SCIELO, recu-

peraram-se 29 (44%) estudos; na LILACS, 14 (21,2%); e na BDENF, 23 (34,8%) estudos. Totalizaram-se 66 artigos submetidos à leitura dos resumos e à aplicação dos critérios de exclusão, gerando-se

a rejeição de 27 artigos. Após a leitura completa dos artigos foram rejeitados ainda 23 artigos por não responderem à questão de pesquisa. Constituiu-se assim a amostra revisada de 16 artigos.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos de acordo com o periódico, país, ano de publicação, autor(es), título, delineamento, resultados e nível de evidência. Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2019.

	Periódico, país e ano de publicação	Autor(es)	Título	Delineamento	Resultados	Nível de Evidência
Artigo 1	Revista Brasileira de Enfermagem, Brasil, 2019	Lima Gomes AT, Ferreira Júnior MA, Salvador PTCO, Bezerril MS, Chiavone FBT, Santos VEP	Segurança do paciente em situação de emergência: percepções da equipe de enfermagem	Estudo descritivo e misto, realizado por meio de grupo focal e técnicas projetivas. A amostra foi composta por sete profissionais de enfermagem. A análise dos dados ocorreu por meio dos softwares Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires e SPSS 22.0.	Os aspectos imprescindíveis para a garantia de um cuidado seguro ao paciente são: adequação do ambiente e organização do setor no que diz respeito à exclusividade de leitos para pacientes em situação de emergências traumáticas; disponibilidade de recursos humanos e materiais em qualidade e quantidade suficiente; segurança durante o transporte do paciente, com vistas aos cuidados adequados para a prevenção de quedas; o uso de rotinas e protocolos no setor; e a identificação e organização do leito previamente à chegada do paciente ao hospital.	IV
Artigo 2	Revista de Enfermagem da UFPE, Brasil, 2019	Pereira MCC, Castro SFF, Brito ES, Carvalho NV, Pinheiro JDS, Schneider KN-LAG, Lavôr TSL	Saberes e práticas do enfermeiro na unidade de terapia intensiva	Trata-se de estudo qualitativo, descritivo, observacional, realizado com dez enfermeiros efetivos da UTI. Aplicou-se um roteiro de entrevista semiestruturado e analisaram-se os dados por meio de Análise de Conteúdo.	Percebeu-se que o trabalho aponta diferentes visões referentes ao conhecimento do enfermeiro sobre a qualidade da assistência de Enfermagem na UTI, porém, é possível definir que eles atribuem a qualidade da assistência ao cuidado centrado no paciente, sendo referidas outras vertentes como a humanização, o holismo e a segurança do paciente.	IV
Artigo 3	Revista CuidArte Enfermagem, Brasil, 2019	Moraes AIS, Santos VL, Paes LBO, Parro MC	Qualidade e segurança na área da saúde materno infantil: avaliação de eventos adversos	Estudo transversal, descritivo e quantitativo, obtido por coleta de dados dos eventos adversos notificados. O levantamento de notificações do setor maternidade no Núcleo de Segurança do Paciente ocorreu no período de maio de 2017 a maio de 2018.	Ocorreram 89 notificações de eventos adversos, sendo o evento trauma mamilar evidenciado em 30,3% das notificações, seguido de falha na comunicação; administração de medicamentos e identificação, com 25,8%; 20,2% e 14,6%, respectivamente. Os eventos adversos queda e hemorragia surgiram com o mesmo percentual de 3,3% e a flebite em 2,2%.	IV

Artigo 4	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, Brasil, 2019	Picolotto A, Barella D, Moraes FR, Gasperi P	A cultura de segurança do paciente da equipe de enfermagem de um ambulatório central	Estudo de abordagem quantitativa do tipo Survey transversal. A coleta dos dados foi realizada utilizando o questionário Safety Attitudes Questionnaire.	Nenhuma das dimensões alcançou a média mínima (75 pontos) para uma cultura de segurança do paciente adequada.	IV
Artigo 5	Revista Brasileira de Enfermagem, Brasil, 2018	Gutierrez LS, Santos JLG, Peiter CC, Menegon FHA, Sebold LF, Erdmann AL	Boas práticas para segurança do paciente em centro cirúrgico: recomendações de enfermeiros	Pesquisa quanti-qualitativa, do tipo descritiva e exploratória, desenvolvida a partir de um Survey on line com 220 enfermeiros de centro cirúrgico de diferentes regiões do Brasil. O processamento dos dados para análise textual foi realizado pelo software IRAMUTEQ.	Obtiveram-se oito recomendações: (1) Envolvimento da equipe multiprofissional e dos gestores da instituição; (2) Estabelecimento de uma cultura de segurança do paciente; (3) Utilização do checklist de cirurgia segura; (4) Melhoria da comunicação interpessoal; (5) Ampliação da atuação do enfermeiro; (6) Disponibilidade adequada de recursos físicos, materiais e humanos; (7) Busca individual por atualização profissional; e (8) Desenvolvimento de ações de educação continuada.	IV
Artigo 6	Revista Brasileira de Enfermagem, Brasil, 2018	Figueiredo ML, Silva CSO, Brito MFSF, D'Innocenzo M	Análise da ocorrência de incidentes notificados em hospital-geral	Estudo retrospectivo, descritivo, quantitativo, realizado em hospital-geral de Montes Claros-MG. A amostra foi composta de 1.316 incidentes notificados entre 2011 a 2014. Os dados foram submetidos à estatística descritiva no software Statistical Package for the Social Sciences versão 18.0.	A prevalência de incidentes foi de 33,8 por 1.000 internações, tendo sido evidenciados aumento ao longo do período investigado e maior frequência nas unidades de internação, no setor de emergência e centro cirúrgico. Houve maior ocorrência em clientes adultos e relativos à cadeia medicamentosa. As principais causas foram o descumprimento da rotina/protocolo, sendo necessárias mudanças na rotina e no treinamento.	IV
Artigo 7	Revista de Enfermagem da UFPE, Brasil, 2018	Silva AT, Camelo SHH, Terra FS, Dázio EMR, Sanches RS, Resck ZMR	Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital	Estudo qualitativo, descritivo, realizado com 42 enfermeiros de uma instituição hospitalar. Os dados foram reunidos a partir de entrevista semiestruturada e submetidos à técnica da hermenêutica dialética.	Verificou-se que a utilização de estratégias, como a comunicação, a educação permanente e a participação do acompanhante foram essenciais para o fortalecimento da segurança do paciente na instituição. Já a superlotação e a sobrecarga de trabalho foram apresentadas como prejudiciais à sua atuação.	IV
Artigo 8	Revista de Enfermagem da UFPE, Brasil, 2018	Mazzoni VG, Bittencourt LP, Ribeiro ML, Gouvêa MV	Desafios da dimensão organizacional do cuidado no cotidiano de trabalhadores de enfermagem	Estudo qualitativo, descritivo, com 18 profissionais de um Hospital Público Oncológico. Os dados foram reunidos a partir de observação participante e entrevista, com base em roteiro semiestruturado, e submetidos à Análise de Conteúdo.	Houve diferenças de percepção, entre trabalhadores da gestão e da assistência, com relação aos desafios da dimensão organizacional do cuidado; os principais desafios estão relacionados à resolutividade das ações propostas referentes à segurança dos pacientes.	IV

Artigo 9	Acta Paulista de Enfermagem, Brasil, 2017	Ortega DB, D'Innocenzo M, Silva LM, Bohomol E	Análise de eventos adversos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva	Foi realizado um estudo transversal, prospectivo, com abordagem quantitativa, em 304 pacientes consecutivos internados em Unidade de Terapia Intensiva geral de um hospital privado, admitidos entre setembro e dezembro de 2013.	Ocorreram 39 eventos adversos sendo a lesão por pressão a mais prevalente. Os pacientes que apresentaram algum evento tiveram maior média de idade, maior prevalência de internações clínicas, internações mais prolongadas, maior escala Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II, maior pontuação do Nursing Activities Score (NAS), menor escore na escala de Braden e menor escala de Glasgow e não tiveram diferenças significantes em relação ao dimensionamento da equipe de enfermagem.	IV
Artigo 10	Revista da Escola de Enfermagem da USP, Brasil, 2017	Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM	A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino	Estudo de caso qualitativo, realizado em um hospital de ensino com participantes do Núcleo de Segurança do Paciente e a equipe de Enfermagem. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, observação e pesquisa documental para tratamento dos dados sob a Análise de Conteúdo.	A prática de notificação de eventos adversos encontrava-se marcada pelo medo e apresentava lacunas no conhecimento. Falta melhor relação entre líderes, membros do Núcleo de Segurança do Paciente e demais profissionais para que todos assumam efetivamente seus papéis sociais no âmbito da segurança do paciente no hospital.	IV
Artigo 11	Cogitare Enfermagem, Brasil, 2017	Ferezin TPM, Ramos D, Caldana G, Gabriel CS, Bernardes A	Análise da notificação de eventos adversos em hospitais Acreditados	Estudo descritivo, tipo Survey, transversal, com abordagem quantitativa, realizado em três hospitais acreditados do interior do estado de São Paulo, com amostra de 61 enfermeiros e 250 técnicos e auxiliares de enfermagem. A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2014 e abril de 2015.	Demonstrou-se que 126 (75,4%) participantes possuíam conhecimento para realizar notificação de eventos adversos, mas apenas 109 (65,3%) relataram ter autorização para realizá-las, sendo os enfermeiros apontados pelos participantes como responsáveis por esta ação. Do total de participantes, 76 (45,5%) afirmaram que a notificação dos eventos gera medidas punitivas para os profissionais envolvidos. Apesar disso, 62 (37,1%) não destacaram medo de punição como fator dificultador.	IV
Artigo 12	Revista de Enfermagem da UFPE, Brasil, 2017	Pena MM, Melleiro MM	O método de análise de causa raiz para a investigação de eventos adversos	Estudo quantitativo, exploratório e descritivo, com coleta retrospectiva dos dados, em hospital universitário, utilizando-se uma amostra de 263 eventos. A análise empregou estatística descritiva e testes específicos.	39,9% correspondem a flebites; 32,7% a erros de medicação; 16% a lesões por pressão e 11,4% a quedas. A maioria dos eventos ocorreu no período da manhã, nas Unidades de Terapia Intensiva e envolveu auxiliares/técnicos de Enfermagem, seguidos pelo enfermeiro e o médico. Em 66,5%, a causa raiz predominante foi a falha do profissional, principalmente, no processo de comunicação nas transições do cuidado.	IV

Artigo 13	Revista Gaúcha de Enfermagem, Brasil, 2016	Alves DFS, Guirardello EB	Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico	Estudo descritivo com 136 profissionais de enfermagem de um hospital pediátrico, com aplicação da ficha de caracterização pessoal e profissional, Nursing Work Index – Revised, Safety Attitudes Questionnaire – Short form 2006 e dos indicadores de qualidade.	Os profissionais percebem o ambiente como favorável à prática profissional, avaliaram como boa a qualidade do cuidado e a redução de eventos adversos e da permanência hospitalar. O domínio satisfação no trabalho foi favorável a segurança do paciente.	IV
Artigo 14	Revista Mineira de Enfermagem, Brasil, 2015	Siqueira CL, Silva CC, Teles JKN, Feldman LB	Gerenciamento de risco: percepção de enfermeiros em dois hospitais do Sul de Minas Gerais, Brasil	Estudo com abordagem qualitativa, de caráter exploratório, descritivo, com 29 enfermeiros assistenciais e gerenciais de dois hospitais privados e de grande porte localizado no interior de Minas Gerais. Os dados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo.	Os resultados mostraram que os enfermeiros relacionam o gerenciamento de risco como ferramenta de qualidade e segurança na assistência ao paciente.	IV
Artigo 15	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Brasil, 2014	Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM	Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências	Estudo descritivo, qualitativo, desenvolvido em hospital público de Fortaleza-CE. A coleta de dados procedeu-se mediante entrevista semiestruturada com 37 enfermeiros, analisada segundo o referencial da análise de conteúdo.	Os participantes identificaram riscos físicos/químicos, clínicos, assistenciais e institucionais, além de barreiras e oportunidades que implicam na (in)segurança do paciente. Por outro lado, referiram práticas embasadas em metas internacionais divulgadas pela Organização Mundial de Saúde.	IV
Artigo 16	Acta Paulista de Enfermagem, Brasil, 2014	Teixeira TCA, Cassiani SHB	Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital	Trata-se de estudo transversal e exploratório realizado com 62 incidentes notificados no período de estudo. O instrumento de pesquisa foi elaborado para coletar dados dos formulários de notificação e dos prontuários dos pacientes. A validação de conteúdo do instrumento foi realizada por juízes. Foram constituídas duas equipes para análise da causa raiz dos incidentes e categorização dos fatores causais.	No período de estudo foram notificados 62 incidentes, sendo 11 quedas e 51 erros de medicação. A maior parte das quedas foi da própria altura, e os principais tipos de erros de medicação foram omissão e horário. Dos 19 incidentes analisados, um total de 118 fatores causais foram identificados, sendo a maioria relacionada às falhas sistêmicas, seguidas por falhas do indivíduo e do paciente.	IV
Elaboração: MORAES; AGUIAR (2019).						

No que tange ao ano de publicação, dos dezesseis artigos analisados, foi constatado que a maior quantidade foi publicada no ano de 2017, 2018 e 2019, ambos com quatro artigos (25%), seguido de 2014 com dois (12,5) e, por fim, 2015 e 2016 com um artigo (6,25%). O periódico de maior publicação foi a Revista de Enfermagem

da UFPE On line (REUOL), com o total de quatro artigos (25%). Quanto a profissão da primeira autora dos artigos, em seis (37,5%) a primeira autoria era de enfermeira, em um (6,25%) era de estudante de enfermagem e em nove (56,25%) não foram encontradas informações específicas relacionadas à sua formação, pois apresentava-se somente a

vinculação acadêmica.

Quanto a região do país em que as pesquisas foram realizadas, onze (68,75%) foram desenvolvidas na região Sudeste, três (18,75%) na região Nordeste, uma (6,25%) na região Sul, nenhuma (0%) na região Centro-Oeste e apenas uma (6,25%) foi realizada a nível nacional.

DISCUSSÃO

Aborda-se no artigo 6 que a elevada taxa de pacientes acometidos por eventos adversos evitáveis demonstra a seriedade do problema e a premência por ações que minimizem a ocorrência de danos considerados desnecessários ao paciente¹⁴.

Ademais, a qualidade e segurança do cuidado não depende apenas de profissionais qualificados, existindo outros fatores que implicam na execução dos processos assistenciais como a estrutura adequada e os recursos materiais suficientes¹⁵. Nessa perspectiva, os sistemas de notificação de incidentes, com foco na segurança do paciente, têm sido vastamente utilizados pelas instituições, visando a identificação e a análise consistente dos eventos adversos¹⁶.

De acordo com os artigos 3, 10 e 16, a ocorrência dos eventos deve ser notificada, visto que ela é fonte de informações úteis para obter registros, detectar causas e através dela e da investigação e análise de incidentes poderão ser implementadas ações de mudanças para melhoria do cuidado, a fim de possibilitar um ambiente de trabalho seguro, sem riscos e baseado nas melhores práticas, e assim é possível atingir a segurança do paciente e a excelência na qualidade do serviço^{17-18,5}.

No artigo 11 é afirmado que os eventos ocorridos levam a mudanças positivas para segurança e que é importante haver discussão de estratégias de prevenção que garantam que estes eventos não voltem a ocorrer¹⁹.

Com a aplicação da metodologia da análise de causa raiz, no artigo 16, as causas foram classificadas em relação aos fatores causais, sendo a maioria dos fatores identificados como falhas sistêmicas, seguidas por falhas do indivíduo e do paciente, confirmando que incidentes decorrem principalmente de falhas sistêmicas e não individuais¹⁸.

Os artigos 6, 12 e 16 apontaram como causas para ocorrência dos eventos adversos a sobrecarga de trabalho, a falha na comunicação tanto entre os profissionais da equipe como com o paciente, o ambiente físico inadequado, a dificuldade de acesso a normas

e procedimentos operacionais descritos, a ausência de padronização das condutas no processo de transição do cuidado, a ausência de registro em prontuário, o horário próximo à passagem de plantão, o horário de maior demanda de trabalho e a ilegibilidade da prescrição médica^{14,18,20}.

A dimensão estrutural das organizações de saúde, também é abordada nos artigos 1 e 5 que enfatizam a necessidade de mudanças estruturais, apontando a importância do ambiente adequado, da disponibilidade de recursos físicos, materiais e humanos para que o cuidado seja seguro, eficaz e sem danos^{15,21-22}.

Sabe-se que o quantitativo apropriado da equipe de profissionais contribui para a qualidade da assistência. Todavia, pesquisas indicam que ainda hoje a escala de pessoal não é suficiente para as demandas de cuidado. A questão do dimensionamento inadequado de pessoal é mostrada nos artigos 7, 8, 9, 12, 14 e 15 como fator impactante para ocorrência de incidentes, visto que a sobrecarga de trabalho e a superlotação são prejudiciais à execução das atividades dos enfermeiros e emergem condições inseguras. Dessa maneira evidencia-se a necessidade de priorizar investimentos para adequações físicas e estruturais nas instituições^{16,20,23-26}.

No artigo 4, evidencia-se que o estresse e as condições de trabalho são itens que comprometem a qualidade da assistência²⁷. Outro estudo corrobora para esse achado e menciona o estresse como um elemento que pode prejudicar a organização do trabalho e acarretar em evento adverso²⁰.

A jornada de trabalho por vezes dupla vivenciada pela maioria destes profissionais, embora tenha os benefícios relacionados ao aumento da renda, de certo modo, acaba reduzindo o tempo dedicado ao autocuidado e ao lazer, potencializando o cansaço e o estresse e assim, facilitando a ocorrência dos erros^{23,26}.

Todavia, constatou-se nos artigos 11 e 14, que muitas vezes há subnotificação devido a alta rotatividade, a falta de tempo, ao medo de punição e a existência de medidas punitivas aplicadas pelas instituições diante da ocorrência de even-

to adverso^{16,19}. Tal realidade interfere na análise dos riscos e eventos ocorridos e na elaboração de melhorias e compromete a efetividade dos cuidados de enfermagem e o seu gerenciamento de modo seguro¹⁶.

É apontado que o sucesso de um sistema de notificação necessita da eliminação do paradigma de ocultação do erro relacionado à preocupação com o fato de o registro poder ser utilizado contra o próprio profissional, contrariando a nova cultura a ser adotada nas instituições de saúde, a fim de tornar a notificação uma ação voluntária de fato, pois sabe-se que um ambiente organizado e livre da cultura punitiva assegura o sucesso na assistência segura ao paciente^{16,18}.

Nessa perspectiva, os artigos 10 e 16 reforçam que para vencer lacunas no conhecimento e aumentar o comprometimento na identificação e redução de EA é necessário adotar condutas que enriqueça essa cultura de segura e postura não punitiva, pois frequentemente o medo da punição implica na subnotificação dos incidentes ocorridos^{5,18,28}.

Enfim, compreender a relação entre os riscos, as características dos cuidados à saúde e os recursos humanos, materiais e físicos e a importância da notificação dos eventos adversos como ferramenta para monitorização dos incidentes, pode fornecer elementos importantes para promoção da segurança e da qualidade na assistência à saúde, dado o entendimento que existem lacunas no processo de cuidar.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a notificação dos eventos adversos é um importante instrumento de gestão e meio de aprendizagem para a melhoria contínua dos processos assistenciais, e fundamental para análise dos incidentes, identificação das possíveis causas e implantação de estratégias que previnam a reincidência dos erros evitáveis.

Revelam-se alguns elementos que podem interferir na qualidade da assistência e contribuir para ocorrência de falhas no processo de trabalho, comprometendo a segurança do paciente, como os recursos físicos e humanos inadequados.

Acredita-se que o estudo contribuiu para apresentar lacunas que prejudicam a oferta de um cuidado seguro, além de enfatizar a importância da notificação de EA.

Quanto as limitações, estas devem-se à própria metodologia de pesquisa, visto que

a revisão integrativa da literatura possibilita pouca generalização dos resultados, por se tratar de estudos com métodos de análise dos objetos e locais de desenvolvimento das pesquisas diferentes. No entanto, são estudos generalizáveis quanto as proposições teóricas.

Ademais, a heterogeneidade metodológica impediu a análise estatística com metanálise na avaliação dos fatores relacionados as contribuições da notificação de eventos adversos para a segurança do paciente e aos entraves no processo de trabalho. 🐣

Referências

1. Tase TH, Quadrado ERS, Tronchin DMR. Evaluation of the risk of misidentification of women in a public maternity hospital. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 11];71(1):120-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0134>
2. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academic Press; 1999.
3. Lemos GC, Azevedo C, Bernardes MFVG, Ribeiro HCTC, Menezes AC, Mata LRF. The patient safety culture in the scope of nursing: theoretical reflexion. *Rev Enferm Cent-Oeste Min* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 10];8:e2600. Available from: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2600>
4. Faiella G, Parand A, Franklin BD, Chana P, Cesarelli M, Stanton NA et al. Expanding healthcare failure mode and effect analysis: a composite proactive risk analysis approach. *Reliabil Eng Syst Safety* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 11];169:117-26. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ress.2017.08.003>
5. SimanAG, Cunha SGS, Brito MJM. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [cited 2019 Set 21];51:e03243. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016045503243>
6. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Patient safety culture: evaluation by nursing professionals. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 11];27(3):e2670016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07020180002670016>
7. Rocha RPF, Pinho DLM. Patient safety in hemodialysis. *Rev Enferm UFPE On line* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 11];12(12):3360-7. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a235857p3360-3367-2018>
8. Golle L, Ciotti D, Herr GEG, Aozone F, Schmidt CR, Kolankiewicz ACB. Culture of patient safety in hospital private. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J Online)* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 11];10(1):85-89. Available from: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.85-89>
9. Marinho MM, Radünz V, Rosa LM, Tourinho FSV, Ilha P, Misiak M. Education interventions with nursing professionals and its relationship with culture of security. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 11];22:e-1148. Available from: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180079>
10. Furini ACA, Nunes AA, Dallora MELV. Notifications of adverse events: characterizations of the events that occurred in a hospital complex. *Rev Gaúch Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 11];40(esp):e20180317. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317>
11. Aguiar RS, Santana DC, Santana PC. A percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família sobre a saúde do homem. *Rev Enferm Cent-Oeste Min* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jun 05];5(3):1844-54. Available from: <https://doi.org/10.19175/recom.v5i3.872>
12. Donato H, Donato M. Etapas na condução de uma revisão sistemática. *Acta Med Port* [Internet]. 2019 [cited 2019 Set 22];32(3):227-235. Available from: <https://doi.org/10.20344/amp.11923>
13. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* [Internet]. 2009 [cited 2019 Set 24];6(7):e1000097. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
14. Figueiredo ML, Oliveira e Silva CS, Brito MFSF, D'Innocenzo M. Analysis of incidents notified in a general hospital. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2019 Set 21];71(1):111-9. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0574>
15. Pereira MCC, Castro SFF, Brito ES, Carvalho NV, Lopes DV, Pinheiro JDS et al. Nurse's knowledge and practices in the intensive care unit. *Rev Enferm UFPE On line* [Internet]. 2019 [cited 2019 Set 19];13(1):70-8. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a234842p70-78-2019>
16. Siqueira CL, Silva CC, Teles JKN, Feldman LB. Management: perception of nurses of two hospitals in the South of the state of Minas Gerais, Brazil. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2019 Set 17];19(4):927-933. Available from: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150071>
17. Moraes AIS, Santos VL, Paes LBO, Parro MC. Qualidade e segurança na área da saúde materno infantil: avaliação de eventos adversos. *CuidArte Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2019 Set 18];13(1):32-37. Available from: <http://www.webfipa.net/fac-fipa/ner/sumarios/cuidarte/2019v1/32.pdf>
18. Teixeira TCA, Cassiani SHB. Root cause analysis of falling accidents and medication errors in hospital. *Acta Paul Enferm (Online)* [Internet]. 2014 [cited 2019 Set 19];27(2):100-7. Available from: <https://doi.org/10.1590/19820194201400019>
19. Ferezin TPM, Ramos D, Caldana G, Gabriel CS, Bernardes A. Analysis of adverse event reporting at accredited hospitals. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 Set 19]; (22):e49644. Available from: <https://doi.org/10.5380/ce.v22i2.49644>
20. Pena MM, Melleiro MM. The root cause analysis method for the investigation of adverse events. *Rev Enferm UFPE On line* [Internet]. 2017 [cited 2019 Set 17];11(supl.12):S297-304. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a25092p5297-5304-2017>
21. Gomes ATL, Ferreira Júnior MA, Salvador PTCO, Bezerril MS, Chivone FBT, Santos VEP. Safety of the patient in an emergency situation: perceptions of the nursing team. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2019 Set 22];72(3):753-9. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0544>
22. Gutierrez LS, Santos JLG, Peiter CC, Menegon FHA, Sebold LF, Erdmann AL. Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2019 Set 22];71(suppl.6):2775-82. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0449>
23. Mazzoni VG, Bittencourt LP, Ribeiro ML, Gouvêa MV. Challenges of the organizational dimension of care in the daily work of nursing workers. *Rev Enferm UFPE On line* [Internet]. 2018 [cited 2019 Set 17];12(1):11-8. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a230392p11-18-2018>
24. Ortega DB, D'Innocenzo M, Silva LMG, Bohomol E. Analysis of adverse events in patients admitted to an intensive care unit. *Acta Paul Enferm (Online)* [Internet]. 2017 [cited 2019 Set 21];30(2):168-73. Available from: <https://doi.org/10.1590/19820194201700026>
25. Silva AT, Camelo SHH, Terra FS, Dázio EMR, Sanches RS, Resck ZMR. Patient safety and the nurse's performance in hospital. *Rev enferm. UFPE on line*. [Internet]. 2018 [cited 2019 Set 18];12(6):1532-8. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a234593p1532-1538-2018>
26. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2019 Set 20];18(1):122-129. Available from: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>
27. Piccolotto A, Barella D, Moraes FR, Gasperi P. The patient safety culture of a nursing team from a central ambulatory. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J Online)* [Internet]. 2019 [cited 2019 Set 18];11(esp):333-338. Available from: <https://doi.org/10.9789/21755361.2019.v11i2.333-338>
28. Alves DFS, Guirardello EB. Nursing work environment, patient safety and quality of care in pediatric hospital. *Rev Gaúch Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2019 Set 20];37(2):e58817. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58817>