

Cultura de Segurança do Paciente e a Prática de Notificação de Eventos Adversos

Patient Safety Culture and the Notice of Adverse Events Practice

Cultura de Seguridad del Paciente y la Práctica de la Notificación de Eventos Adversos

Erick Aquines Soares¹, Thays Lorryne Costa Carvalho¹, Jéssica Larissa Pereira dos Santos¹, Sheila Maciel da Silva¹, Johnata da Cruz Matos^{1-2*}.

RESUMO

Objetivo: descrever a importância da cultura de segurança do paciente e da prática de notificação de evento adverso para mitigação dos incidentes. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa com análise de conteúdo dos artigos selecionados após sondagem na busca de banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e National Library of Medicine/Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PUBMED/MEDLINE) sendo utilizado os seguintes descritores: segurança do paciente, notificação e cultura. Resultados: através da análise e dos critérios de inclusão e exclusão foi definido treze artigos para a elaboração final do estudo. **Discussão:** da análise de conteúdo foram evidenciadas cinco categorias: Processos organizacionais para a cultura de segurança do paciente; Percepção do profissional acerca da segurança do paciente; Cultura de segurança do paciente; Fatores de ocorrência de eventos adversos e a Notificação de eventos adversos. **Considerações finais:** é necessário maiores estudos acerca da segurança do paciente, pois ainda há a prevalência da cultura punitiva de notificação de eventos adversos o que influencia a subnotificação por parte dos profissionais que presenciam os eventos. Faz-se, dessa forma necessário o gerenciamento, a conscientização, a educação continuada, o monitoramento, a comunicação e principalmente o envolvimento dos líderes, dos supervisores e gestores.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Cultura, Notificação.

ABSTRACT

Objective: To describe the importance of patient safety culture and adverse event reporting practice for incident mitigation. **Method:** This is an integrative review with content analysis of the articles selected after searching the Virtual Health Library (VHL) and National Library of Medicine/Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PUBMED/MEDLINE) database searching, using the following descriptors: patient safety, notification and culture. **Results:** Thirteen articles were defined through the analysis and inclusion and exclusion criteria for the final elaboration of the study. **Discussion:** From the content analysis five categories were highlighted: Organizational processes for patient safety culture; Professional's perception of patient safety; Patient safety culture; Factors of occurrence of adverse events and Adverse Event Reporting. **Final considerations:** Further studies on patient safety are needed, as there is still a prevalence of punitive adverse event reporting culture, which influences underreporting by professionals who witness events. Thus, management, awareness, continuing education, monitoring, communication and especially the involvement of leaders, supervisors and managers are required.

Key words: Patient Safety, Culture, Notification.

¹ Centro Universitário Euro-Americano – UNIEURO. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

² Universidade de Brasília – UnB. Brasília, Distrito Federal, Brasil. *E-mail: johnata.matos@unieuro.com.br

RESUMEN

Objetivo: Describir la importancia de la cultura de seguridad del paciente y la práctica de informes de eventos adversos para la mitigación de incidentes. **Método:** Esta es una revisión integradora con análisis de contenido de los artículos seleccionados después de buscar en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y en la búsqueda en la base de datos National Library of Medicine/Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PUBMED/MEDLINE), utilizando los siguientes descriptores: seguridad del paciente, notificación y cultura. **Resultados:** se definieron 13 artículos mediante el análisis y los criterios de inclusión y exclusión para la elaboración final del estudio. **Discusión:** Del análisis de contenido se destacaron cinco categorías: procesos organizacionales para la cultura de seguridad del paciente; Percepción profesional de la seguridad del paciente; Cultura de seguridad del paciente; Factores de ocurrencia de eventos adversos e informes de eventos adversos. **Consideraciones finales:** se necesitan más estudios sobre la seguridad del paciente, ya que todavía existe una prevalencia de cultura punitiva de informes de eventos adversos, lo que influye en el subregistro de los profesionales que presencian eventos. Por lo tanto, se requiere gestión, concientización, educación continua, monitoreo, comunicación y especialmente la participación de líderes, supervisores y gerentes.

Palabras clave: Seguridad del paciente, Cultura, Notificación.

INTRODUÇÃO

Incidentes que ocasionam dano ao paciente ocorrem diariamente e mundialmente em instituições de saúde, onde os indicadores de Eventos Adversos (EA) previsíveis têm grande frequência de ocorrência. Estudo divulgado pelo *Institute of Medicine* evidenciou que cerca de 100 mil pessoas foram a óbito em hospitais sem influência da sua doença-base (IOM, 1999). Esse quantitativo representa mais mortalidade do que pacientes que morreram devido a HIV positivo, câncer de mama ou atropelamentos (ANDRADE LEL, et al., 2018).

Entende-se por EA todo incidente ou circunstância não intencional que acarretou comprometimento da saúde física ou psicossocial, ou aquele oriundo destas em decorrência da assistência de saúde. Os EA ainda são classificados de acordo com o grau do dano ocasionado: leve (dano ocasionado, mas sendo necessárias intervenções mínimas e paciente assintomático); moderado (dano crônico ocasionado, necessárias intervenções e prolongamento de internação); grave (dano grave ocasionado, sendo necessárias intervenções de grande porte para salvar a vida do paciente); óbito (dano ocasionado em decorrência da assistência de saúde que impossibilitou quaisquer intervenções para salvar a vida do paciente). Quando o incidente não ocasiona dano é classificado em near miss (incidente que não atingiu o paciente) e incidente sem dano (incidente que atingiu o paciente, mas não ocasionou dano) (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2016; GÖTTEMS LBD, et al., 2016).

Diante desse problemático quadro, a Organização Mundial da Saúde (OMS), manifestou preocupação, desenvolvendo como estratégia para atenuação a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, que visa à sistematização do processo de assistência, promovendo a segurança do paciente (BRASIL, 2013b). A partir da criação dessa Aliança houve uma conscientização mundial apontada para essa temática, e, ao longo da evolução da sistematização de estudos, foi possível definir as metas de segurança do paciente de acordo com os dados de maior incidência de EA, sendo: meta 1 – é a identificação correta do paciente; meta 2 – atenta para a melhora na comunicação efetiva entre profissionais de saúde; meta 3 – enfatiza o cuidado com uso e a administração de medicamentos potencialmente perigosos e psicotrópicos; meta 4 – caracteriza a cirurgia segura; meta 5 – estabelece a higienização das mãos; meta 6 – busca reduzir o risco de queda e lesão por pressão (IBSP, 2017).

O Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, instituindo o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de contribuir para a qualidade da assistência em saúde em todos os estabelecimentos do país que prestam cuidados ao paciente. Logo em seguida foi sancionada, pelo MS e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a Resolução da Diretoria

Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013, que tem por objetivo criar ações com o envolvimento da equipe multiprofissional para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, assim como a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

A estruturação do NSP deve ser direcionada dentro dos serviços de saúde públicos, filantrópicos, civis ou militares, englobando aqueles que executam ações e pesquisa. Os consultórios individualizados, os laboratórios clínicos, os serviços móveis e os de atenção domiciliar estão excluídos do escopo da norma. A constituição do NSP deve conter uma equipe multiprofissional, com profissionais capacitados para atender tal demanda, objetivando a segurança do paciente e a utilização de ferramentas para o gerenciamento de riscos em serviços de saúde (BRASIL, 2016).

Os princípios e as diretrizes que norteiam o NSP são respaldados em quatro incisos da RDC nº 36, cabendo aos responsáveis pelo NSP desenvolver estratégias que promovam de forma contínua a melhoria dos processos de cuidado, a propagação organizacional por todo estabelecimento responsável pela Cultura de Segurança do Paciente (CSP), a monitorização do bom funcionamento das práticas adotadas e o gerenciamento de riscos. A Portaria MS/GM nº 529/2013 define a CSP como uma organização em que o paciente, o profissional e a instituição assumem responsabilidades em prol da segurança individual e coletiva em um mesmo ambiente, proporcionando a manutenção efetiva da segurança por meio de recursos, estrutura e responsabilização (BRASIL, 2013b).

A CSP é associada a diversos contextos que influenciam a sua implantação, sendo que são indispensáveis a prática de notificações de EA, a ampla compreensão da segurança do paciente, a supervisão da equipe, o envolvimento multiprofissional, o apoio da alta gestão hospitalar para a segurança do paciente, o monitoramento das medidas aplicadas e a abordagem estratégica e planejada de toda uma unidade (MIR-ABELLÁN R, et al., 2017). O desenvolvimento e o controle dos formulários de notificações de EA são de incumbência do NSP, e devem ser notificados no Sistema Nacional de Incidentes, na plataforma on-line, por meio de cadastro do responsável no Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA), com o objetivo de investigar as notificações recebidas e classificá-las com análises assíduas das causas que levaram à ocorrência do EA (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2016).

Há a necessidade de se criar estratégias que promovam o envolvimento da equipe, de forma que é indiscutível a qualificação na conscientização de notificar EA. Frente a isto, objetivou-se descrever a importância da cultura de segurança do paciente e da prática de notificação de evento adverso para mitigação dos incidentes.

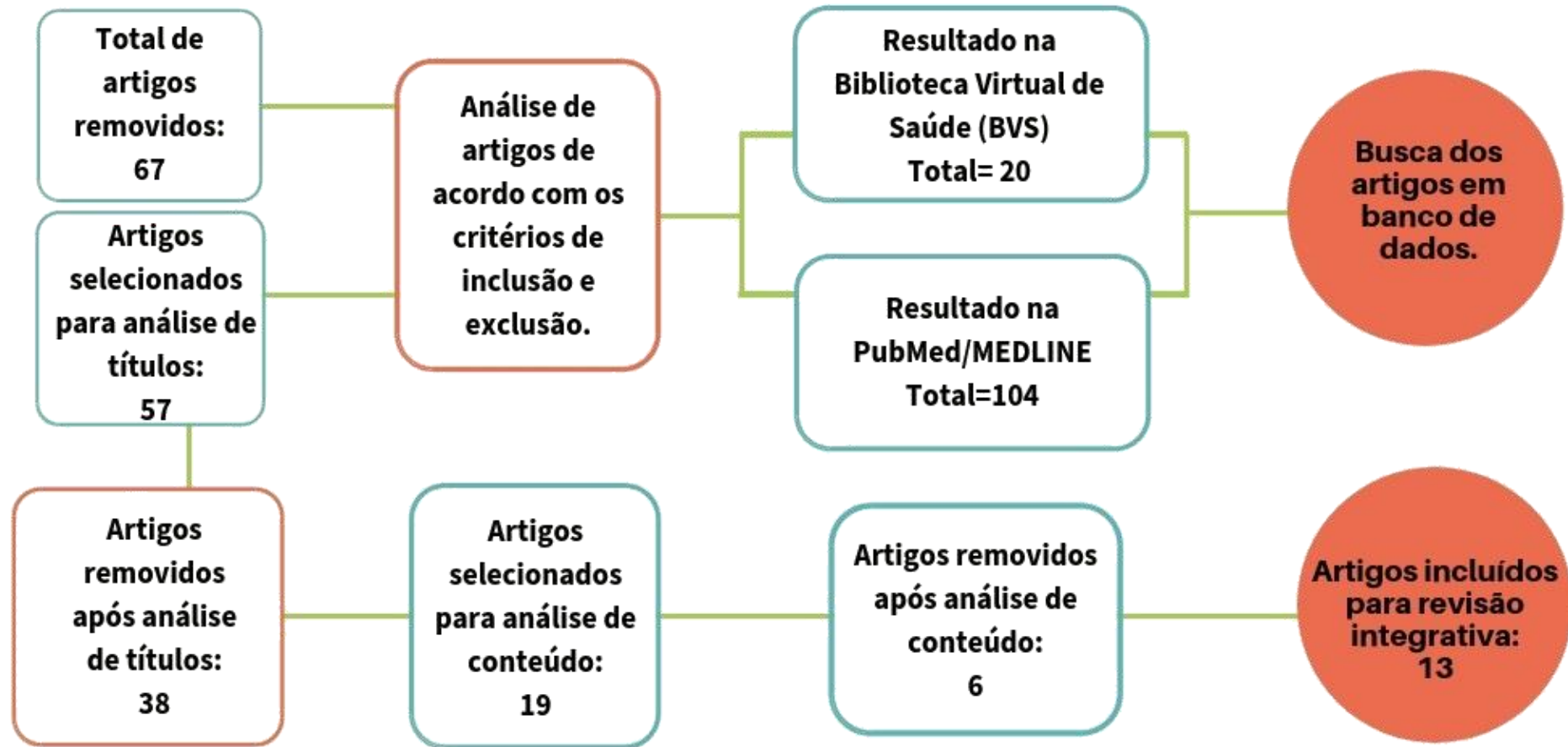
MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A escolha das referências para composição da amostra foi realizada por meio de busca em bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), e da National Library of Medicine/Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PUBMED/MEDLINE), com o uso de descritores que referenciavam ao assunto identificados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Como critérios de inclusão apenas foram pré-selecionados artigos originais, com limitação temporal dos últimos cinco anos (2013 – 2018), restringindo a busca aos documentos que estivessem em inglês, espanhol e/ou português que atendessem ao conteúdo abordado no intuito de evidenciar o objetivo do estudo. Foram excluídos os artigos apresentados de forma repetida e artigos com método de revisão. Durante a busca preliminar foram identificados 124 artigos que para gerar a amostra seguiu o organograma a seguir (**Figura 1**):

RESULTADOS

O presente estudo foi obtido a partir da revisão integrativa de 13 artigos, demonstrados no quadro 1 para melhor compreensão, ordenados de acordo com o ano de publicação. Em que 7,7% (1 artigo) refere-se ao ano de 2013; 7,7% (1 artigo) do ano de 2015; 46,15% (6 artigos) do ano de 2016; 38,46% (5 artigos) do ano de 2017. Dentre as amostras coletadas, não foram obtidos artigos do ano de 2014 e 2018. Apresentadas no **Quadro 1**.

Figura 1 - Organograma demonstrando a busca dos artigos para construir o estudo.



Fonte: Soares EA, et al., 2019.

Quadro 1 - Agrupamento dos artigos segundo título, autores, ano de publicação, periódico e objetivos. Brasília – DF, Brasil. 2019.

Ano	Título	Autores	Periódico	Nível de evidência	Objetivos
2013	Elementos-chave na implantação de sistemas de notificação de eventos adversos hospitalares na América latina.	Mira JJ, et al (2013)	Rev Panam Salud Publica	VI	Elaborar recomendações para desenhar e implantar sistemas de notificação(SN) de eventos adversos com base nas experiências dos países latino-americanos.
2015	Eventos adversos na saúde e na assistência de enfermagem: segurança do paciente do ponto de vista da experiência do profissional.	Umpiérrez AF, et al (2015)	Text Context Nursing	VI	Conhecer os aspectos significativos apresentados pelas enfermeiras acerca da experiência de ter sido responsáveis por um evento adverso de saúde.
2016	Estudo dos casos notificados como incidentes em um hospital público de 2011 a 2014	Gottens LBD, et al (2016)	Rev Esc Enferm USP.	V	Analisando os incidentes relatados em um hospital público no Distrito Federal, Brasília, de acordo com as características e desfechos que envolvem os pacientes.
2016	Deslizes, lapsos e enganos no uso de equipamentos por enfermeiros na unidade de Terapia Intensiva	Ribeiro GSR, et al (2016)	Rev Esc Enferm USP	VI	Identificar a ocorrência de erros no uso de equipamentos por enfermeiros que atuam em terapia intensiva e analisá-los no âmbito da teoria do erro humano de James Reason;
2016	Características de documentos utilizados para estruturar as políticas internas relacionadas as metas internacionais de segurança do paciente.	Villaruel X, Febré N (2016)	Ciencia Y Enfermeria XXII	IV	Descrever as características do documento formal que utilizam as instituições em nosso país para estruturar as políticas internas relacionadas as metas internacionais de segurança do paciente.
2016	Percepção de profissionais de enfermagem acerca de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva.	Costa TD et al (2016)	Rev Gaúcha Enferm	VI	Compreender a percepção dos profissionais de enfermagem de unidade de terapia intensiva gerais de hospitais públicos acerca da segurança do paciente.

2016	Segurança do paciente na cultura organizacional: percepção das lideranças de instituições hospitalares de diferentes naturezas administrativas.	Silva NDM, et al (2016)	Rev Esc Enferm USP	IV	Identificar as percepções das lideranças em relação as dimensões da cultura de segurança do paciente no cotidiano dos hospitais com diferentes perfis administrativos.
2016	Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente.	Siman AG, Brito MJM (2016)	Rev Gaúcha Enferm	V	Identificar mudanças na prática de enfermagem com vistas á melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente.
2017	O que fazem os hospitais e a atenção primaria fazem para mitigar o impacto social dos eventos adversos graves	Mira JJ, et al (2017)	Gac. Sanit.	VI	Explorar o que está sendo feito na atenção primaria e nos hospitais para mitigar o impacto social dos eventos adversos graves.
2017	Cultura de segurança e eventos adversos em uma clínica de primeiro nível	Martínez MER, González AP (2017)	Enfermaria Universitária	VI	Identificar a percepção sobre clima e cultura de segurança, e determinar a prevalência de eventos adversos na equipe de enfermagem em uma clínica de primeiro nível.
2017	A prática de notificações de eventos adversos em um hospital de ensino	Siman AG, Cunha SGS (2017)	Rev Esc Enferm USP	V	Compreender a prática de relatar eventos adversos por profissionais de saúde.
2017	Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro	Correia TSP, et al (2017)	Revista de Enfermagem Referência	VI	Conhecer as percepções dos enfermeiros gestores e identificar estratégias de gestão face ao erro, analisar as medidas das ocorrências e preventivas implementadas pelos mesmos.
2017	Gravidade e carga de trabalho relacionadas a eventos adversos em UTI	Serafim CTR, et al (2017)	Rev Bras Enferm.	IV	Analisar se o aumento da gravidade do paciente e a carga de trabalho de enfermagem está relacionado á maior incidência de Eventos Adversos (EAs) em pacientes críticos.

Fonte: Soares EA, et al., 2019.

DISCUSSÃO

Da análise de conteúdo foram evidenciadas cinco categorias: Processos organizacionais para a cultura de segurança do paciente; Percepção do profissional acerca da segurança do paciente; Cultura de segurança do paciente; Fatores de ocorrência de eventos adversos; Notificação de eventos adversos.

Processos Organizacionais para a Cultura de Segurança do Paciente

Nos últimos cinco anos os estudos sobre a segurança do paciente cresceram, com o intuito de promover a implantação de barreiras para evitar a nova ocorrência EA. Quando se compreende os riscos é possível trabalhar de forma proativa e não apenas reativa. (CORREIA TSP, et al., 2017; COSTA TD, et al., 2016; MIRA JJ, et al., 2013).

Diante das dificuldades na análise de causa raiz dos fatores que levaram a ocorrência do EA, há duas ferramentas que estão sendo bem trabalhadas: o Protocolo de Londres e Análise de Modos de Falhas e Efeitos (FMEA). O gerenciamento e a comunicação dos resultados da análise dos dados coletados, incentivam os profissionais a executarem ações de trabalho segundo as Metas de Segurança do Paciente da Organização Mundial pela Saúde (OMS). Dentre a abordagem das metas de segurança as que mais são implementadas são a de identificação e de cirurgia segura. As implantações devem ser monitoradas para verificar se houve efetividade (MIRA JJ, et al., 2013; SIMAN AG e BRITO MJM, 2016; VILLARROEL X e FEBRÉ N, 2016).

Quanto as ações de promoção da SP e do fundamento administrativo, instituições particulares apresentaram melhores resultados. A hipótese para a explicação deste resultado pode estar na evidência da melhor formulação dos processos, favorecendo uma adequada estrutura para operacionalização (SILVA NDM, et al., 2016). Identificou-se que em 8,9% das instituições não possuíam nem normas nem protocolos, e as que possuíam foi verificado que os documentos são mal estruturados favorecendo riscos para o paciente (VILLARROEL X e FEBRÉ N, 2016).

Os protocolos e Processos Operacional Padrão (POP) permitem a aplicação do conhecimento em Segurança do Paciente. Dessa forma é possível alcançar metas com comunicação e ampliação da cultura de segurança do paciente. Independente das normas ou protocolos adotados na prevenção de EA, os mesmos devem ser fundamentados em evidências científica e flexível à realidade da Instituição (SIMAN AG, et al., 2017; VILLARROEL X e FEBRÉ N, 2016).

Além das normas e protocolos é necessário promover um ambiente seguro onde profissionais e pacientes confiem em notificar. Reforçando que assim como enfatizado por enfermeiros e supervisores é possível alcançar os objetivos de CSP por meio da educação continuada e conscientização dos profissionais (SIMAN AG, et al., 2017; UMPIÉRREZ AF, et al., 2015).

Com a utilização de estratégias para conscientização da equipe multiprofissional, a enfermagem obteve êxito na descentralização da responsabilidade ímpar transpassando para as outras categorias profissionais com equidade, envolvendo assim todos pela SP. (MARTÍNEZ MER e GONZÁLEZ AP, 2017; SIMAN AG e BRITO MJM, 2016). Ainda há respectivas falhas detectadas como: nenhum tipo de desenvolvimento do paciente em prol da sua segurança; falhas de comunicação que evidenciaram o déficit de conhecimento sobre SP; visão punitiva acerca das notificações; escala defasada. Uma resolução para a problemática é o trabalho em equipe. (SIMAN AG, et al., 2017; UMPIÉRREZ AF, et al., 2015).

Faz-se necessário mais estudo para avaliar a efetividade das medidas do NSP em prol das melhorias dos processos. No entanto, com o gerenciamento necessário e com a educação continuada não punitiva é possível se alcançar a conscientização dos profissionais e consequentemente a melhoria dos processos. Um fator importante a ser levado em conta é o aprofundamento dessa temática ainda durante a graduação, com intuito de formar mais profissionais conscientes (SERAFIM CTR, et al., 2017; SIMAN AG, et al., 2017; UMPIÉRREZ AF, et al., 2015).

Cultura de Segurança do Paciente

O intuito de incluir a cultura de segurança do paciente em instituições, além de favorecer a conscientização dos profissionais, é o aprendizado com as ocorrências dos eventos que causaram danos ao paciente, pois

após o incidente é possível desenvolver barreiras que previnam a nova ocorrência deles. (COSTA TD, et al., 2016; UMPIÉRREZ AF, et al., 2015). O fator de expectativas e ações de promoções da SP são constantemente associados a aspetos financeiros que envolvam infraestrutura, recursos e processos para a implantação da CSP. No entanto, é relevante a compreensão de que há distintas hierarquias profissionais no âmbito assistencial, e para a execução de planos de ação deve-se avaliar essas diferenças no intuito de aplicar os devidos recursos (SILVA NDM, et al, 2016).

Para que haja a CSP é necessário comprometimento dos gestores e líderes na disseminação da compreensão, responsabilidade e sigilo da notificação de EA, evitando as subnotificações. Cabe aos gestores a responsabilidade de aplicar uma cultura positiva para a SP, além de manter a legibilidade da Instituição. A conscientização da enfermagem acerca da CSP também é considerada fundamental para a redução de danos (MIRA JJ, et al., 2017; MARTÍNEZ MER e GONZÁLEZ AP, 2017; SIMAN AG, et al., 2017).

Percepção do profissional da Segurança do Paciente

Os profissionais apoiam as definições instituídas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) para a prestação de cuidados com qualidade associados aos protocolos. Dessa forma é possível promover a SP, o que favorece uma melhor organização na prevenção de incidentes com dano (COSTA TD, et al., 2016).

Compreende-se que além da promoção da SP em uma Instituição de Saúde, durante entrevista de estudos, houve recíprocas sugestões de implementação de locais mais seguros para execução do trabalho, onde haja maiores informações das ocorrências vivenciadas no setor e capacitação em prol dessa temática para o fortalecimento dos gestores e conseqüentemente da melhoria de todo o processo (SILVA NDM, et al., 2016). A maioria desses profissionais de saúde relatam que adquiriram o conhecimento do tema na própria Instituição. Além disso, a maioria dos gestores assimilam a falha como um contexto individual, e não avaliam os fatores que levaram para a ocorrência do evento (SIMAN AG, et al., 2017; SIMAN AG e BRITO MJM, 2016; CORREIA TSP, et al., 2017).

Evidenciado que após estratégias em prol da SP nos processos de trabalho houve maior sensibilidade no aspecto de aplicar um trabalho seguro. Grande parte dos profissionais desconheciam as metodologias utilizadas para notificação de EA, porém possuíam conhecimento do impacto que a notificação tem em colaborar para rastreamento das causas que promovem a melhoria dos processos na redução dos incidentes (SIMAN AG e BRITO MJM, 2016; SIMAN AG, et al., 2017).

Dentre as barreiras de implantação dos processos para a segurança do paciente foi citado que uma das formas de maior contribuição para o alcance da SP é a capacitação continuada de forma coletiva ou individual sobre esse assunto. O estudo demonstrou que os profissionais aderem ao SN principalmente pela conscientização. Assim com a abordagem inquietante em busca das melhorias de processos e a organização de planejamentos é possível o alcance dos objetivos seguros junto aos profissionais (COSTA TD, et al., 2016; SIMAN AG e BRITO MJM, 2016; MIRA JJ, et al., 2013).

Fatores de ocorrência de Eventos Adversos

Fatores físicos, ambientais, técnicos, pessoais processuais, éticos favorecem a ocorrência do evento. Os processos são constituídos por barreiras, essas barreiras podem conter pontos despercebidos (ou não) de fragilidades, onde os alinhamentos dessas fragilidades levam à ocorrência do evento. Essa teoria é definida como "Queijo Suíço" (Teoria de Reason). A frequência de ocorrências de EA tem sido utilizada como um indicativo de qualidade na assistência de saúde por algumas instituições (SIMAN AG, et al., 2017; SERAFIM CTR, et al., 2017; CORREIA TSP, et al., 2017). Dentre os eventos relacionados à assistência com maior incidência está a Lesão Por Pressão, seguido de lesão de pele, perda involuntária de sondas alimentícias, extubação, perda de Cateter Venoso Central (CVC), queda, flebite e infecção. Os profissionais ainda apontam falhas na dispensação e administração de medicamentos. Metade dos pacientes analisados sofreram de um a dois eventos distintos durante a sua internação (SERAFIM CTR, et al., 2017; CORREIA TSP, et al., 2017).

É importante atentar também a fatores como a mudança constante de colaboradores nos setores, a sobrecarga de trabalho devido ao número reduzido de profissionais a criticidade do paciente e o despreparo da equipe, pois influenciam diretamente na ocorrência dos eventos. Profissionais afirmaram que no momento

da ocorrência do EA a escala estava defasada, interfere na qualidade da assistência prestada (SIMAN AG e BRITO MJM, 2016; SERAFIM CTR, et al., 2017; UMPIÉRREZ AF, et al., 2015). As falhas humanas podem ocorrer, mas frequentemente são associadas aos processos organizacionais que resultam em danos ou potencial dano. Avaliando de forma sistemática define-se que as falhas humanas são esperadas, e que são um conjunto de fatores extrínsecos que colaboram para a ocorrência do evento (CORREIA, MARTINS, FORTE, 2017; RIBEIRO GSR, et al., 2016).

Os profissionais adotam distintas ações frente ao EA, optam por vezes tomar condutas não padronizadas, podendo ser isoladas ou coletivas. No objetivo de reduzir o número dos incidentes que causaram danos, é importante que haja padronização das ações dos profissionais frente às falhas (MIRA JJ, et al., 2017; SIMAN AG, et al., 2017; SERAFIM CTR, et al., 2017).

Quando ocorre um EA a ação imediata deve ser a prestação de cuidados à primeira vítima (paciente), após, inicia-se a identificação dos fatores e a implementação de barreiras para reduzir os riscos da recorrência do mesmo incidente. Essas intervenções são necessárias, devendo recuperar a confiança do paciente e a imagem da Instituição. (CORREIA TSP, et al., 2017; MIRA JJ, et al., 2017).

Notificação de Eventos Adversos

A notificação de evento adverso facilita no cotidiano dos profissionais, e fornece melhorias aos processos assistenciais, sendo possível identificar falhas e riscos e assim promover barreiras para mitigação dos mesmos (SIMAN AG e BRITO MJM, 2016; SIMAN AG, et al., 2017).

O NSP ou o Gerenciamento de Risco (GR), implementa modelos de notificação manual ou impressas para que sejam feitas voluntariamente e reencaminhadas ao NSP ou GR. O estudo revela que mesmo com a padronização das instruções da realização de notificação, a maioria dos profissionais de diferentes categorias ainda sentem -se inseguros para notificar, e alguns relatam que nem mesmo sabem a respeito do local das fichas.

Há falhas de capacitação da prática de notificações e o esquecimento em notificar, o que corrobora para o baixo número de EA notificados, por isso, entende-se que ainda há necessidade de orientações padronizadas e esclarecedoras a respeito da prática de notificações, implementando novas ações de forma contínua (GÖTTEMS LBD, et al., 2016; SIMAN AG, et al., 2017).

Na busca pelo melhor gerenciamento das notificações é fundamental a existência de um Sistema de Notificação Institucional (SNI), para isso primeiramente é necessário a garantia de segurança jurídica para os profissionais que notificam. O SNI deve resguardar o sigilo dos profissionais, conter orientações da qualidade e SP, sendo simplório e prático para facilitar o acesso dos profissionais na realização da notificação e assim fornecer uma correta classificação dos incidentes atendendo a demanda das Instituições segundo os respaldos legais de cada país. Isso possibilitará aos profissionais aprender com as falhas a partir dos seus próprios eventos notificados (MIRA JJ, et al., 2013).

Dentre as principais dificuldades na implantação do SNI destacam: falta de capacitação dos gestores acerca da cultura de SP e notificações, ausência de feedback das notificações, a dificuldade dos profissionais em detectar um EA, ideologia de cultura punitiva e ausência de esclarecimento da existência do SNI. (MIRA JJ, et al., 2013).

Apesar dos empecilhos existentes em notificar, os profissionais reconhecem a importância da notificação. No entanto é necessário o empenho dos setores envolvidos diante da notificação, e resposta proativa para as mudanças cabíveis (SIMAN AG, et al., 2017).

É necessário que haja mais estudos em prol da conscientização e educação do profissional, pois a execução das ações depende da visão que o colaborador tem, se for punitiva os avanços com as notificações se tornam metas difíceis de serem alcançadas (COSTA TD, et al., 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário vivenciado da assistência é um potencializador de riscos, e a todo o momento está favorável a ocorrências dos riscos. As notificações desempenham um papel fundamental para a redução dos eventos,

por isso, para auxiliar o controle destes eventos adversos é de suma importância a conscientização da prática de notificações, compreensão dos fatores internos e externos que levaram a ocorrência do incidente, e o mais importante, o envolvimento dos líderes, supervisores e gestores a fim de promover a implantação da cultura de segurança do paciente em prol das melhorias dos processos.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE LEL, et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc. saúde coletiva*, 2018; 23(1): 161-172.
2. BOTELHO LLR, et al. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Revista Gestão e Sociedade*. 2011; 5(11): 121-136.
3. BRASIL. A cultura de segurança como uma questão transversal e multiprofissional. Brasília: Anvisa; Fiocruz, 2014b.
4. BRASIL. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa. 2016. p.68
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013a. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente -PNSP.
6. BRASIL. Notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2016.
7. BRASIL. Qualidade em saúde e segurança do paciente: aspectos fundamentais. Brasília: Anvisa; Fiocruz, 2014a.
8. BRASIL. Resolução 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*, Brasília, 2013b.
9. CORREIA TSP, et al. Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro. *Rev. Enf. Ref.* 2017; 5(12): 75-84.
10. COSTA TD, et al. Percepção de profissionais de enfermagem acerca de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. *Rev Gaúcha Enferm*, 2016; 37(3): e611645.
11. GOTTEMS LBD, et al. Estudo dos casos notificados como incidentes em um hospital público de 2011 a 2014. 863-869.
12. IBSP – INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE. São Paulo: IBSP, 2017.
13. IOM – INSTITUTE OF MEDICINE. *To err is human: building a safer health system*. Kathmandu: IOM, 1999.
14. MARTÍNEZ MER, GONZÁLEZ AP. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. *Enfermería Universitaria*. 2017; 14(2): 111-117.
15. MELNYK BM, FINEOUT-OVERHOLT E. Making the case for evidence-based practice. in: MELNYK BM, FINEOUT-OVERHOLT E. *Evidence based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005.
16. MIRA JJ, et al. Qué hacen los hospitales y la atención primaria para mitigar el impacto social de los eventos adversos graves. *Gac. Sanit.* 2017; 31(2): 150-153.
17. MIRA JJ, et al. Elementos clave em la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios em América Latina. *Rev Panam Salud publica*. 2013; 33(1): 1-7.
18. MIR-ABELLÁN R, et al. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. *Gaceta Sanitaria*. 2017; 31(2): 145-149.
19. RIBEIRO GSR, et al. Deslizes, lapsos e enganos no uso de equipamentos por enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(3): 419-426.
20. SERAFIM CTR, et al. Gravidade e carga de trabalho relacionadas a eventos adversos em UTI. *Rev Bras Enferm*. 2017; 70(5): 942-948.
21. SILVA NDM, et al. Segurança do Paciente na cultura organizacional: percepção das lideranças de instituições hospitalares de diferentes naturezas administrativas. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(3): 490-497.
22. SIMAN AG, BRITO MJM. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016; 37(n.spe): e68271.
23. SIMAN AG, CUNHA SGS. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; 51: e03243.
24. SIQUEIRA CL, et al. Gerenciamento de risco: percepção de enfermeiros em dois hospitais do sul de Minas Gerais, Brasil. *Rev Min Enferm*. 2015; 19(4): 919-926.
25. UMPIÉRREZ AF, et al. Adverse events in health and nursing care: patient safety from the standpoint of the professional's experience. *Text Context Nursing*. 2015; 24(2): 310-315.
26. VILLARROEL X, FEBRÉ N. Características de documentos utilizados para estructurar las políticas internas relacionadas a las metas internacionales de seguridad de pacientes. *Cienc. enferm*. 2016; 22(2): 13-41.