Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

(Sub)notificação de eventos adversos na perspectiva de profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva

(Under)reporting of adverse events from the perspective of health professionals in the intensive care unit

(Sub)notificación de eventos adversos en la perspectiva de profesionales de la salud de la unidad de cuidados intensivos

Laura Kelly de Oliveira Barbosa[1], Ingrid Moura de Abreu[1], Igho Leonardo do Nascimento Carvalho[1], Edildete Sene Pacheco[2], João Matheus Santos da Cruz[1], Beatriz Barbosa da Silva Carvalho[1], Gilmar da Costa e Silva Neto[1], Verusca Soares de Souza[3], Daniel de Macêdo Rocha[4], Sharlla Layana Leite Mendes[2].

RESUMO

Objetivo: Analisar a (sub) notificação de eventos adversos na perspectiva dos profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, realizada nas Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital do Sistema Único de Saúde, no interior do estado do Piauí. Ocorreu a partir de entrevistas com profissionais de saúde que compõe a equipe multidisciplinar da unidade de terapia intensiva adulta. Os dados coletados foram categorizados a partir da análise de conteúdo de Bardan, utilizando o método da Classificação Hierárquica Descendente, com auxílio do software IRAMUTEQ. **Resultados:** A análise evidencia barreiras subjetivas, institucionais, e éticas à notificação. Institucionalmente, observou-se desconhecimento dos fluxos formais, centralização da notificação em apenas uma classe profissional e ausência de um sistema acessível e amplamente divulgado. Ademais, a cultura da informalidade, contribui para a subnotificação dos eventos adversos. **Conclusão:** Ao expor essas fragilidades, reforça-se a importância da construção de uma cultura de segurança sólida e transparente, em que todos os profissionais se sintam seguros, capacitados e engajados na prevenção de eventos adversos e promoção da segurança do paciente.

Palavras-chave: Segurança do paciente, Unidade de terapia intensiva, Notificação.

ABSTRACT

Objective: To analyze the (under) reporting of adverse events from the perspective of healthcare professionals in the intensive care unit. **Methods:** This is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach, conducted in the Intensive Care Units of a hospital within the Brazilian Unified Health System (SUS) in the interior of the state of Piauí. Data were collected through interviews with healthcare professionals comprising the multidisciplinary team of the adult intensive care unit. The collected data were categorized using Bardin's content analysis and the Descending Hierarchical Classification method, with the aid of IRAMUTEQ software.

[1] Universidade Federal do Piauí (UFPI), Floriano - PI.
[2] Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Floriano - PI.
[3] Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR), Paranavaí - PR.
[4] Universidade Federal de Mato Grosso do (UFMS), Coxim - MS.

SUBMETIDO EM: 8/2025 | **ACEITO EM: 9/2025** | **PUBLICADO EM: 11/2025**

Results: The analysis highlights subjective, institutional, and ethical barriers to reporting. Institutionally, there was a lack of knowledge about formal reporting flows, centralization of reporting in a single professional category, and the absence of an accessible and widely disseminated system. Furthermore, a culture of informality contributes to the underreporting of adverse events. **Conclusion:** By exposing these weaknesses, the study reinforces the importance of building a solid and transparent safety culture, in which all professionals feel safe, qualified, and engaged in preventing adverse events and promoting patient safety.

Keywords: Patient safety, Intensive care units, Notification.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la (sub)notificación de eventos adversos desde la perspectiva de los profesionales de salud de la unidad de cuidados intensivos. **Métodos:** Se trata de una investigación descriptiva y exploratoria con enfoque cualitativo, realizada en las Unidades de Cuidados Intensivos de un hospital del Sistema Único de Salud de Brasil (SUS) en el interior del estado de Piauí. Los datos se recopilaron mediante entrevistas con profesionales de salud que conforman el equipo multidisciplinario de la unidad de cuidados intensivos adultos. Los datos recopilados se categorizaron a partir del análisis de contenido de Bardin, utilizando el método de Clasificación Jerárquica Descendente, con el apoyo del software IRAMUTEQ. **Resultados:** El análisis evidencia barreras subjetivas, institucionales y éticas para la notificación. A nivel institucional, se observó desconocimiento de los flujos formales, centralización de la notificación en una sola categoría profesional y ausencia de un sistema accesible y ampliamente difundido. Además, la cultura de informalidad contribuye a la subnotificación de los eventos adversos. **Conclusión:** Al exponer estas fragilidades, se refuerza la importancia de construir una cultura de seguridad sólida y transparente, en la que todos los profesionales se sientan seguros, capacitados y comprometidos con la prevención de eventos adversos y la promoción de la seguridad del paciente.

Palabras clave: Seguridad del paciente, Unidad de cuidados intensivos, Notificación.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente (SP) remonta às práticas de Florence Nightingale, que com sua teoria ambientalista, destacava medidas simples e eficazes, como a lavagem das mãos, registros adequados e a distância entre leitos, como essenciais para a promoção e recuperação da saúde. (DANTAS CSF,et al., 2024). Com a publicação do relatório “Errar é humano” (KOHN LT, et al., 2000), evidenciou-se a ocorrência de elevados índices de mortes por erros médicos, ressaltando a problemática de que os eventos adversos (EA) não se restringem à atuação individual dos profissionais, mas também às fragilidades do sistema de saúde, impulsionando a SP como prioridade internacional.

Os EA são determinados pela OMS como incidentes que levam à agravos não propositais ao paciente, decorrentes da assistência em saúde, não tendo relação com sua história pregressa diagnóstica (DOS SANTOS MLR,et al., 2022). Entre eles estão os erros relacionados à medicação, a administração ou dose errôneas, erros no diagnóstico, e falhas na comunicação entre os profissionais. Com isso salienta-se a importância da notificação dos EA pelos serviços de saúde, como forma de identificá-los, controlá-los e resolvê-los (DE SÁ DS, 2023).

Como estratégia de garantia da SP, no ano de 2004 foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a Aliança Mundial de Segurança do Paciente, que tem por objetivo a luta contra os erros, evitando-os, orientando os profissionais quanto à eles, direcionando e identificando ações que promovam a SP (Who, 2021). Outras iniciativas, como as do Institute for Healthcare Improvement (IHI), reforçam a importância da adoção de ferramentas para a identificação de EA, como o “Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events” (IHI, 2009). No Brasil, a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pela Portaria nº 529/2013, e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº36/2013, que determinam diretrizes e normativas como também a obrigatoriedade de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) e notificações de EA (BRASIL, 2013).

A partir de dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 2024), foram identificados no ano de 2023, 368.895 incidentes em todo o território nacional. Tendo a região Sudoeste, a maior porcentagem de notificações, seguida pela região Nordeste, com os respectivos valores de 39,9% e 24,6% do valor total. Na macrorregião do Nordeste, o Estado do Piauí foi responsável por 7.482 notificações neste período, tendo a Lesão por Pressão como incidente de maior ocorrência com 24,5% das notificações do Estado.

Considerando os EA um dos principais indicadores da qualidade de assistência prestada nos serviços de saúde, a notificação destes eventos se faz essencial para uma assistência livre de danos ao paciente (MOREIRA IA, et al., 2021). Em âmbito hospitalar, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um local de área crítica onde os pacientes necessitam de uma assistência altamente qualificada e segura, determinando a SP um fator decisivo à saúde de pacientes críticos (DE PAULA EJC,et al., 2021).

A RDC nº7/2010 conceitua a UTI como área de maior risco para infecções relacionadas à assistência em à saúde (IRAS), ou seja, infecções adquiridas dentro do meio hospitalar, tanto pela maior ocorrência de procedimentos invasivos quanto pela maior susceptibilidade dos pacientes. Ainda determina que os profissionais intensivistas são os responsáveis pela definição dos indicadores de EA, monitorando-os e notificando-os, além de estabelecer medidas corretivas (BRASIL, 2010).

No estudo realizado por Nazário SS, et al., (2022), que consistiu no rastreamento de EAs em pacientes críticos, a lesão por pressão obteve maior predominância. Vale ressaltar que o estudo avaliou a prevalência de casos não notificados, ou seja, a omissão destes eventos existe, evidenciando que o problema é maior do que o apresentado pelos relatórios e registros de notificações. A subnotificação se dá tanto por conhecimento deficiente dos profissionais, como também pela vergonha, culpa pela responsabilização e pelo medo de possíveis punições e/ou perda do cargo de trabalho (LIMA LS, et al., 2024).

Frente o exposto, o conhecimento sobre os EA é o ponto crucial para a sua realização da notificação, portanto uma gestão que prese por ações não punitivas e educação continuada, com ênfase na importância das notificações de EA para melhoria na assistência evitando novos eventos, e consequente melhora da qualidade do serviço, faz-se essencial (DE JESUS AM,et al.,2020).

Este estudo justificou-se pela relevância das notificações de EA para a SP e qualificação da assistência em instituições de saúde. Assim, o objetivo do presente estudo foi analisar a (sub)notificação de eventos adversos na perspectiva dos profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva.

MÉTODOS

O presente estudo foi de caráter descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, realizado a partir da coleta de dados nas UTI de um hospital do interior do estado do Piauí. A população do estudo consistiu em profissionais de saúde atuantes na equipe multidisciplinar, tendo como critério de exclusão os profissionais atuantes que tivessem menos de 3 meses de prestação de serviço no setor.

A amostragem foi composta por 23 entrevistas, definidas por conveniência até a saturação teórica, ou seja, quando todos os temas discutidos estão bem desenvolvidos e se repetem nas entrevistas (RIBEIRO J,et al., 2018).

A coleta de dados ocorreu por meio de um instrumento de entrevista semiestruturado composto de duas partes (Suplementar 1). A primeira parte contendo questões sobre o perfil social (idade, sexo, escolaridade) e perfil profissional (categoria profissional, especialidades). A segunda parte com perguntas disparadoras para obter informações sobre a percepção desses profissionais sobre a (sub)notificação dos EA na UTI.

Os participantes da pesquisa foram convidados a participar, esclarecidos quanto ao objetivo do estudo. Abordados durante o seu turno de trabalho, sendo as entrevistas realizadas no próprio hospital em local reservado, garantindo sigilo e confidencialidade das informações prestadas.

As entrevistas foram realizadas face a face, gravadas e conduzidas pelos pesquisadores, portando o instrumento de coleta, duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e aparelho smartphone

para gravação. Destaca-se que para a coleta foram atendidos os critérios de inclusão e exclusão, assim como o consentimento do participante por meio da assinatura do TCLE, e que o profissional teve a oportunidade de validar suas declarações e confirmar se correspondem ao que ele expressou durante a entrevista.

Para análise dos dados, foi adotado o método de análise de conteúdo (AC), que se trata de uma técnica de investigação que consiste em verificar minuciosamente o conteúdo de documentos e outros materiais, objetivando identificar padrões e pontos recorrentes, preparando o material, definindo categorias, codificando, e analisando os resultados (ASSISCF e MONTEIRO R, 2023).

O modelo de Bardin consiste em três fases: pré-análise, exploração com a definição de categorias (sistemas de codificação), e inferência e interpretação, esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados (BARDIN L, 2006). Neste estudo foi utilizado o IRAMUTEQ® (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) (RATINAUD P, 2009).

Este sistema viabiliza análises de dados desde a lexicografia básica até análises multivariadas, como, por exemplo, a classificação hierárquica descendente (CHD), que é o método de análise de texto utilizado nesse estudo.

A CHD baseia-se no agrupamento de palavras em diferentes categorias com base em como elas são usadas no texto. Primeiro, assumindo que todas as palavras estão na mesma categoria, e segue dividindo essas categorias em grupos menores, maximizando as diferenças entre eles. Isso é feito a partir da frequência e da posição das palavras no texto (MENDES AM, et al., 2019).

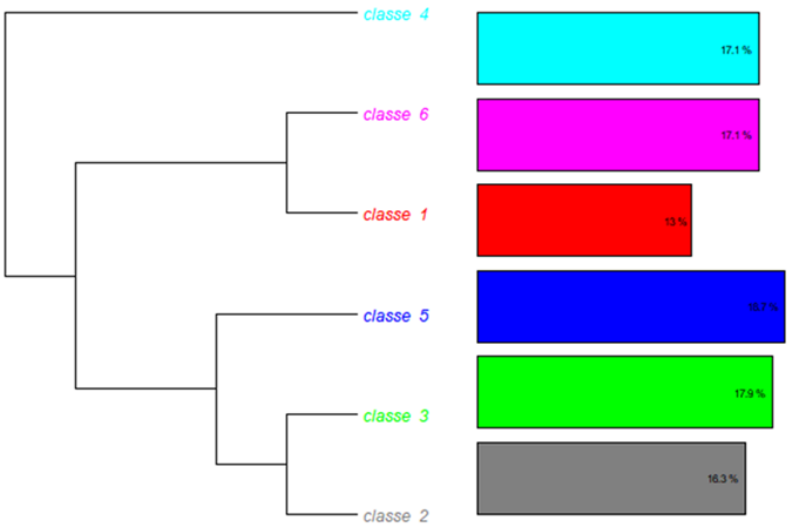
O projeto do presente estudo foi submetido ao CEP da Universidade Federal do Piauí, pela Plataforma Brasil, autorizado com parecer nº 7.487.188 (CAEE: 84164924.2.2001.5660) obedecendo as normas e diretrizes estabelecidas pelo CNS pelas resoluções de nº 466/2012, nº 510/2016 e nº 580/2018, requerendo uma abordagem interdisciplinar e respeitosa. Isso envolve reconhecer e valorizar as contribuições de todas as partes envolvidas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Classificação Hierárquica Descendente

A aplicação da CHD no IRAMUTEQ, resultou na formação de seis classes lexicais, as classes se organizam em três grandes agrupamentos lexicais, conforme representado no dendrograma (**Figura 1**), o primeiro agrupamento formado pela classe 4, o segundo agrupamento formado pelas classes 1 e 6, e o terceiro agrupamento formado pelas classes 2, 3 e 5.

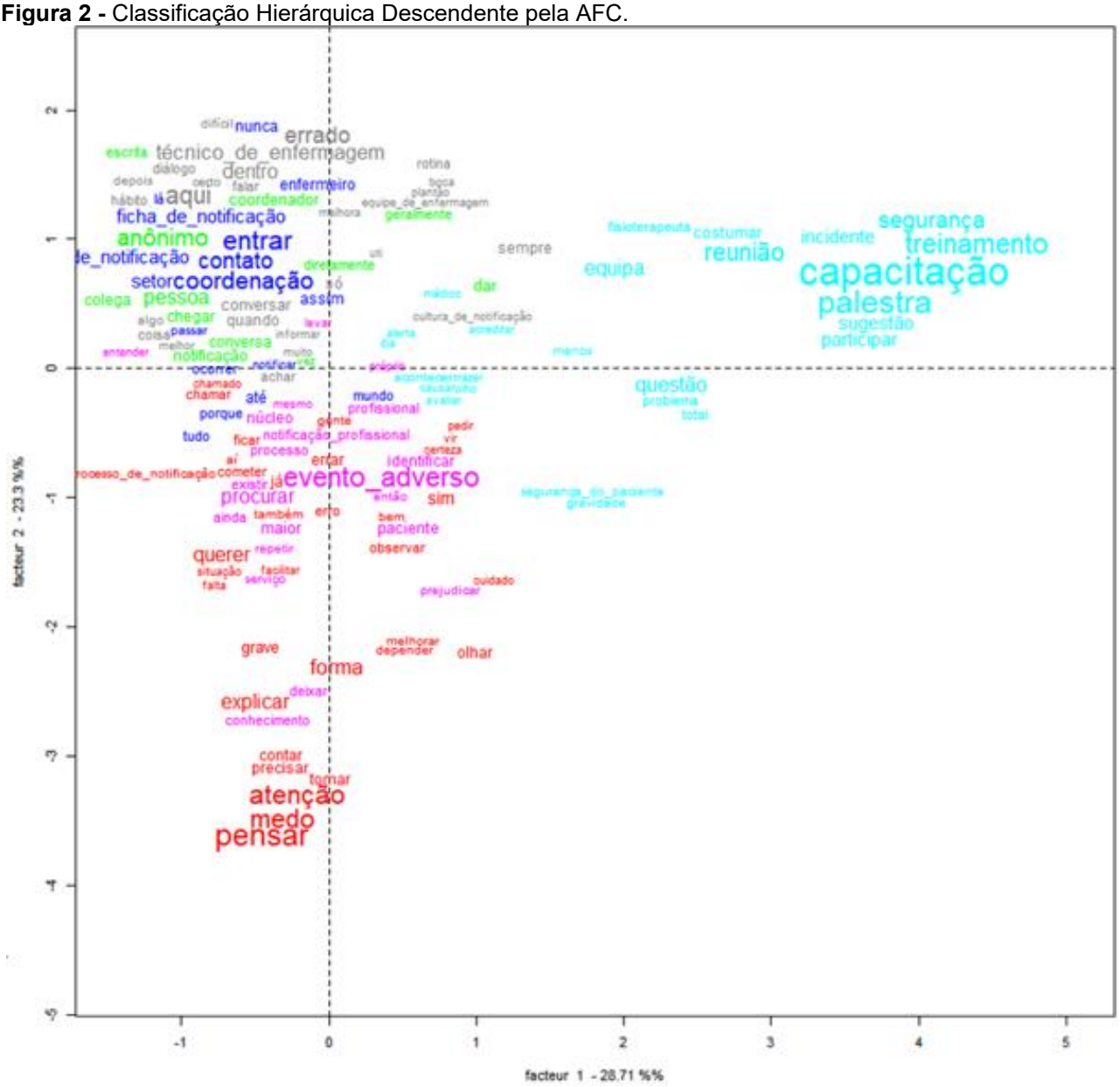
Figura 1 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente.



Fonte: Barbosa LKO, et al., 2025.

Complementarmente, foi realizada uma Análise Fatorial por Correspondência (AFC) (**Figura 2**), também pelo software IRAMUTEQ, visando aprofundar a relação entre os vocábulos mais recorrentes e as classes geradas pela CHD. Essa análise permitiu visualizar, em um espaço bidimensional, como os termos mais representativos se distribuem semanticamente, revelando oposições e aproximações entre os discursos. AFC, portanto, confirma a coerência interna das classes formadas na CHD e reforça a estrutura temática interpretada a partir do dendrograma.

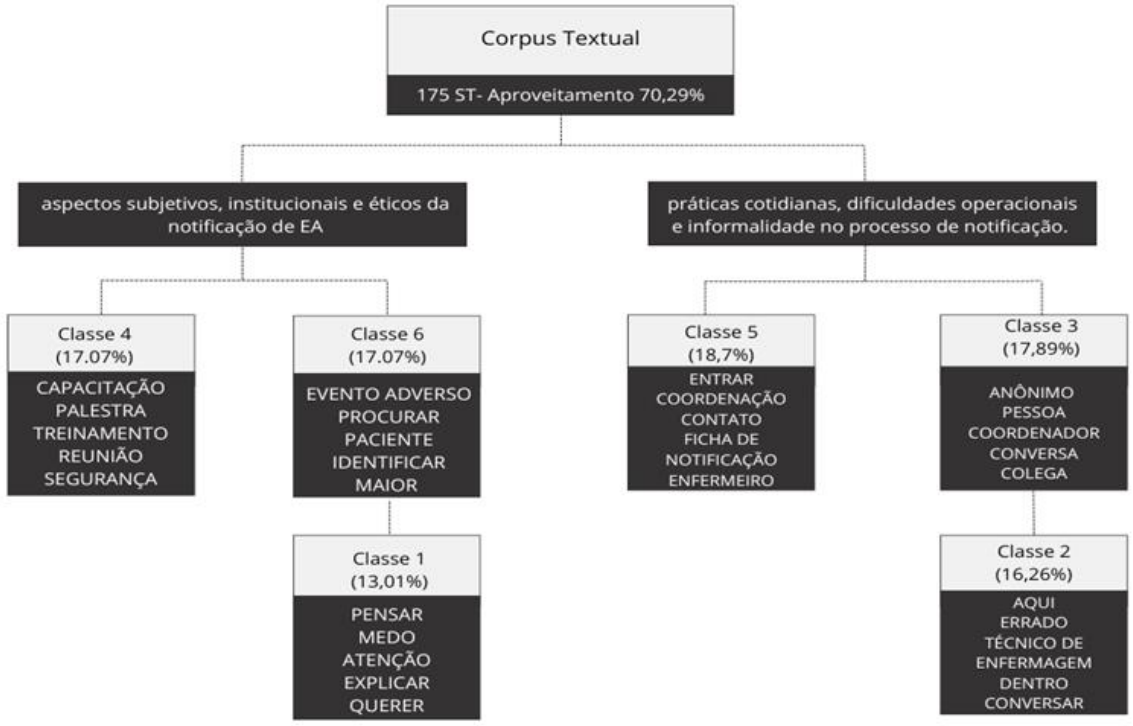
Figura 2 - Classificação Hierárquica Descendente pela AFC.



Legenda: Classe 1, Classe 2, Classe 3, Classe 4, Classe 5, Classe 6.
Fonte: Barbosa LKO, et al., 2025.

A partir da identificação das palavras e segmentos de textos (ST) que compõem cada classe, tornou-se possível realizar análises interpretativas que permitiram compreender as relações intra e interclasses. Para facilitar a visualização das categorias construídas e dos vocábulos mais frequentes por classe, foi elaborado um organograma temático (**Figura 3**), no qual destaca-se os conjuntos de palavras com maior índice de associação lexicais mais recorrentes e semanticamente agrupadas, permitindo observar tanto a coerência interna de cada classe quanto suas diferenças em relação às demais.

Figura 3 – Organograma das Classes da Classificação Hierárquica Descendente.



Fonte: Barbosa LKO, et al., 2025.

Caracterização dos participantes

Participaram deste estudo 23 profissionais atuantes na UTI. A média de idade foi de 36 anos, estudos recentes sugerem que profissionais nessa faixa etária possuem um equilíbrio entre maturidade profissional e desempenho clínico, aspectos essenciais para o ambiente crítico da UTI (JUNG S e PARK H, 2022).

Em relação à categoria profissional, observa-se o quantitativo de 61% correspondente à equipe de enfermagem, sendo 7 técnicos de enfermagem e 7 enfermeiros; 22% correspondendo à fisioterapeutas e 17% à equipe médica. Concomitante com a realidade apontada na literatura, que reconhece a enfermagem como o maior contingente profissional em serviços hospitalares, especialmente em UTIs, fundamental para o cuidado direto ao paciente crítico e à vigilância de eventos adversos (SILVAEM, et al., 2024).

O tempo médio de atuação em UTI foi de 7 anos, no entanto, mesmo entre os profissionais mais experientes, observou-se resistência quanto à utilização dos canais formais de notificação, com preferência por resoluções informais mediadas por diálogos interpessoais. A ausência de estratégias consolidades e de cultura organizacional voltada para a SP pode favorecer a informalidade e a subnotificação dos EA (NAZÁRIO SS, et al., 2022).

Quanto ao tempo médio de formação, que foi de aproximadamente 11 anos, e a presença de profissionais com trajetórias formativas distintas pode dificultar a uniformização das práticas relacionadas à identificação e notificação de EA, sobretudo quando não há estratégias institucionais claras que promovam o alinhamento conceitual e operativo entre os membros da equipe (BARBOSA GVA, et al., 2025).

A escolaridade predominante foi a de nível superior (70%), com muitos profissionais possuindo pós-graduação (65%), refletindo uma qualificação técnica significativa, essencial para a segurança do paciente. Contudo, mesmo entre profissionais altamente qualificados, persiste a cultura informal de gestão dos eventos adversos. A educação permanente, nesse contexto, configura-se como instrumento estratégico para fortalecer a qualidade e a segurança, sendo fundamental para alinhar o conhecimento técnico à prática sistematizada e efetiva da notificação (PARENTE AN, et al., 2023).

Aspectos subjetivos, institucionais e éticos da notificação de EA

A partir da análise das classes 1, 4 e 6 emergiu a categoria nomeada “Aspectos subjetivos, institucionais e éticos da notificação de EA”, permitindo uma análise qualitativa detalhada essencial para compreensão dos aspectos relacionados ao processo de notificação dos EA na UTI do cenário em estudo. A classe 4 traz à tona a importância das capacitações, palestras e treinamentos, como estratégias institucionais de educação continuada visando a prevenção de EA.

> *“Geralmente eles fazem treinamento com a equipe sobre a SP, segurança da própria equipe [...] Durante a reunião, abrem momentos para conversas e sugestões” P1*

> *“A coordenação está todo o tempo atualizando os profissionais então a gente tem educação permanente constantes capacitações, palestras [...]” P11*

Nas falas dos profissionais fica evidente a existência de ações educativas constantes, o que contribui diretamente para o aumentando da qualidade assistencial nas UTIs, proporcionando maior conscientização sobre riscos assistenciais e encorajando práticas proativas de prevenção e notificação (PARENTE AN, et al., 2023).

A classe 1 evidencia aspectos subjetivos, sobretudo o medo, insegurança, e receio de julgamento, que emergem como fatores limitantes para a notificação dos EA. Percebe-se também a confusão conceitual entre a notificação de um evento em si e a notificação profissional, como se ambas fossem equivalentes.

> *“é um nome muito agressivo, notificação, então a gente já pensa que é uma coisa bem grave [...] gera medo, receio de errar e falhar com o paciente.” P3*

> *“você não quer chatear o colega, você não quer prejudicar o colega, este é o pensamento da gente.” P17*

Essa percepção distorcida contribui para a resistência em notificar e aponta para uma lacuna na formação e na comunicação institucional, que ainda não deixa claro o caráter sistêmico da notificação como ferramenta de melhoria contínua, e não de responsabilização individual (SILVA SL, et al., 2025).

Essa confusão conceitual também está relacionada ao fenômeno conhecido como “segunda vítima”, que se refere ao sofrimento físico, emocional e profissional vivenciado por profissionais envolvidos em EA. Esses profissionais frequentemente experenciam sentimentos de ansiedade, insegurança e culpa. Reconhecer e apoiar o profissional como “segunda vítima” é, portanto, uma medida essencial para garantir o bem-estar da equipe e a continuidade da notificação como prática organizacional (VANHECHT K, et al., 2022).

Essa percepção negativa da notificação está profundamente enraizada em culturas organizacionais punitivas ou ambíguas quanto aos benefícios e objetivos reais da notificação. Para superar essas barreiras, é essencial criar mecanismos que reforcem positivamente a importância ética e profissional da notificação como prática destinada à melhoria contínua e não à punição ou repreensão (ARMOND G, 2024). Portanto, há necessidade de estratégias educativas e gerenciais que promovam a notificação como prática ética, voltada ao aprimoramento contínuo da qualidade assistencial, e não à punição dos envolvidos.

A classe 6 evidencia o critério de gravidade e impacto do EA como determinante essencial para a decisão de notificar, como também o processo e a necessidade de notificação.

> *“A gente tem essa comunicação efetiva, conversamos diretamente com o colega, [...] eu considero a gravidade, o mais grave é o que vai me fazer tomar essa decisão de notificar.” P19*

> *“Eu analiso a questão da gravidade do incidente ou EA. Qualquer profissional tem o risco de causar um incidente, porém eu observo muito se o incidente resultou mesmo em um dano, geralmente os que causam danos é o que costumo notificar [...]os que*

> *sejam muito graves e que podem até levar ao óbito do paciente ou seja irreversível." P2*

> *"Facilitar a notificação para que a gente pudesse notificar com menos trabalho, e com mais direcionamento, mais objetivo. Falta também esse compartilhamento com os profissionais de como fazer todo esse processo de notificação, se existir esse processo." P18*

Esses relatos demonstram que, na ausência de diretrizes bem definidas sobre o que constitui um EA notificável, os profissionais recorrem ao seu julgamento subjetivo, centrado na gravidade. Essa prática, embora compreensível, limita a função preventiva do sistema de identificação de falhas latentes e oportunidades de melhoria antes que se convertam em eventos mais severos. Torna-se, portanto essencial investir na formação contínua sobre o que é notificar e por que notificar, incluindo a atenção aos eventos em dano e quase-erros (CARVALHO GLGG, et al., 2024).

Há ausência de clareza institucional sobre os critérios de notificação e a informalidade na abordagem de incidentes. Essa informalidade, embora seja eficaz em resolver conflitos imediatos, impede que o evento seja registrado, analisado e utilizado como base para melhorias institucionais, além de perpetuar uma cultura de invisibilidade dos erros (NAZÁRIO SS, et al., 2022).

Práticas cotidianas, dificuldades operacionais e informalidade no processo de notificação

A partir da análise das classes 2, 3 e 5 emergiu a categoria nomeada "Práticas cotidianas, dificuldades operacionais e informalidade no processo de notificação", permitindo a compreensão dos aspectos relacionados ao processo de notificação dos EA na UTI do cenário em estudo.

A classe 5 evidencia a estrutura institucional de notificação, revelando que, apesar da existência de fluxos e setores específicos para o recebimento das notificações, a prática não é plenamente difundida nem utilizada por todos os profissionais. Percebe-se o conhecimento parcial de um processo, como também distância hierárquica e institucional em relação ao ato de notificar:

> *"Se você tem alguma coisa que quer notificar você pode entrar em contato, com o setor e passa para a coordenação. [...] É muito discreto eu acho deveria ser até mais." P4*

> *"[...] os responsáveis em notificar são os enfermeiros, eles entram em contato com a coordenação." P5*

> *"Tinha uma ficha aqui agora não sei onde está porque fica mais é com os meninos do dia, o diarista, mas tem uma ficha de notificação, tipo se houver algum EA notifica e leva para a coordenação." P6*

> *"Eu não conheço o processo de notificação e eu nunca notifiquei também nunca fui notificada então se tivesse alguma coisa eu falaria com os enfermeiros porque eu acho que é ela que notifica ou ela ou a coordenadora." P15*

Esses relatos evidenciam a existência de um sistema institucional formal de notificação, com formulários e setores específicos como o NSP. No entanto, também apontam para limitações de acesso, desconhecimento ou centralização do processo nas mãos de determinados cargos, especialmente enfermeiros e coordenadores.

Essa concentração nas mãos da enfermagem, apesar de representar uma prática comum, estabelece um gargalo organizacional e reforça uma cadeia hierárquica pouco colaborativa. A falta de incentivos à corresponsabilização de outros profissionais gera descompasso entre as exigências institucionais e a prática real, limitando a efetividade do sistema de notificação (CHANCE EA, et al., 2024). A literatura aponta que a efetividade de sistemas de notificação não depende apenas de sua existência, mas da integração de toda a equipe, com capacitação igualitária e cultura institucional que encoraje a participação ativa de todos os profissionais (ALSABRI M, et al., 2022).

A Classe 3, traz à tona a preferência pela comunicação informal e pela resolução direta entre os profissionais, em vez de seguir protocolos de notificação.

> *"Para falar a verdade eu nunca fiz. Faz parte do protocolo aqui da uti, é normatizado, mas as vezes que aconteceu eu conversei pessoalmente com o profissional. Para registro mesmo eu nunca fiz" P9*

> *"[...] Geralmente a gente conversa entre si antes de chegar à notificação." P17*

Essa prática mostra uma cultura institucional centrada na pessoalidade e na tentativa de evitar exposições formais; abordagem essa que limita o aprendizado institucional, pois os EA deixam de ser registrados e analisados para a prevenção futura. A comunicação informal deve ser vista como complementar, mas não como substitutiva da notificação (CORRÊA MLR, et al., 2022).

A classe 2 expõe as consequências dessa prática: uma cultura frágil de notificação, sustentado por um modelo reativo e por pressões implícitas por desempenho sem erros. O silêncio organizacional, nesse contexto, se transforma em norma tácita, mascarando falhas e atrasando intervenções necessárias.

> *"Principalmente nossos coordenadores eles estão sempre tocando na mesma tecla para a gente tentar errar o mínimo possível; é certo que somos passíveis de erros que somos seres humanos, mas aqui dentro da uti dentro de um ambiente hospitalar acho que o mínimo do mínimo é o mais para o paciente." P3*

> *"[...] as notificações elas não acontecem de forma rotineira, é muito raro ter notificação de EA aqui. [...] Já teve várias perdas de catéter, e aí a coordenação prontamente convoca as equipes e estabelece medidas para melhorar." P21*

Para a superação dessas barreiras, é crucial que as instituições invistam não somente na criação de protocolos formais, mas também na ampla divulgação e no treinamento regular, facilitando o acesso aos sistemas de notificação e reforçando positivamente sua importância. É essencial desenvolver uma cultura organizacional inclusiva, onde todos os profissionais se reconheçam como corresponsáveis pela segurança do paciente e como protagonistas do processo de notificação (CARVALHO GLGG, et al., 2024).

CONCLUSÃO

O estudo permitiu analisar as falas dos profissionais de saúde atuantes na UTI sendo possível identificar uma complexa rede de fatores que dificultam efetivação da cultura de segurança, mesmo em contextos em que há estrutura institucional e ações educativas. A informalidade na comunicação, o medo de represálias, a banalização de eventos considerados "menores" e a ausência de um ambiente institucional amplamente reconhecido e acolhedor ainda limitam a prática da notificação. Sugere-se, portanto, a realização de estudos multicêntricos que envolvam diferentes realidades hospitalares, e ainda investigar o impacto de intervenções educativas direcionadas à notificação de EA, avaliando sua eficácia na modificação de comportamentos e percepções ao longo do tempo. Conclui-se que promover a notificação de EA como uma prática cotidiana, ética e colaborativa depende, sobretudo, do fortalecimento de políticas institucionais integradas, do estímulo ao protagonismo dos profissionais de todos os níveis e classes, e da consolidação de uma cultura organizacional comprometida com a SP e a melhoria contínua da assistência.

REFERÊNCIAS

1. ALSABRI M, et al. Impact of Teamwork and Communication Training Interventions on Safety Culture and Patient Safety in Emergency Departments. Journal of Patient Safety, 2020; 18(1): 351–361.
2. ASSIS CF, MONTEIRO R. Metodologias qualitativas e quadros de referência para a pesquisa em ciências humanas e sociais aplicadas. JurES, 2023; 16(29): 1–28.
3. ARMOND G. Segurança do paciente: como garantir qualidade nos serviços de saúde. 2. ed. São Paulo: Doc, 2024.

4. BARBOSA GVA, et al. Cultura de segurança do paciente na unidade de terapia intensiva. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2025; 25(5): e19957.
5. BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2006.
6. BRASIL — Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. 5 mar. 2024. BRASIL. Anvisa. RDC n° 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n° 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Ministério da Saúde, 2010.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria PR n° 529, de 1° de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 abr. 2013.
9. CARVALHO GLGG, et al. Segurança do paciente: notificações de eventos em um hospital filantrópico no contexto da COVID-19. Enferm Foco, 2024; 15: e-2024108.
10. CHANCE EA, et al. The effectiveness of checklists and error reporting systems in enhancing patient safety and reducing medical errors in hospital settings: a narrative review. International Journal of Nursing Sciences, 2024; 11(3): 387–398.
11. CORRÊA MLR, et al. Comunicação de eventos adversos e trabalho interprofissional em Unidade de Terapia Intensiva: entre o ideal e o (não) realizado. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, 2022; 26: e210754.
12. DANTAS CSF, et al. A importância do núcleo de segurança do paciente nas unidades hospitalares sobre a ótica da teoria ambientalista de Florence Nightingale – uma revisão narrativa. Revista Contemporânea, 2024; 4(1): 02–26.
13. DE JESUS AM, et al. Eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde: um desafio para segurança do paciente. Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT, 2020; 6(2): 11–11.
14. DE PAULA EJC, et al. Eventos adversos: análise da equipe multiprofissional na segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2021; 13(3): e6563.
15. DE SÁ DS. A subnotificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. AR, 2023; 14(1): 50–54.
16. DOS SANTOS MLR, et al. Comunicação de eventos adversos e trabalho interprofissional em Unidade de Terapia Intensiva: entre o ideal e o (não) realizado. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, 2022; 26.
17. Institute for Healthcare Improvement. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events. Cambridge, MA: IHI, 2009.
18. JUNG S, PARK H. Factors Influencing Nursing Professionalism on the Nursing Performance in Intensive Care Unit Nurses. Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing, 2022; 29(40): 451–460.
19. KOHN LT, et al. To err is human: Building a safer health system. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2000.
20. LIMA LS, et al. Fatores associados ao comprometimento da segurança do paciente na unidade de terapia intensiva. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, 2024; 16: e12902.
21. MENDES AM, et al. Mapping pharmacy journals: A lexicographic analysis. Research in Social and Administrative Pharmacy, 2019 Dec; 15(12): 1464–1471.
22. MOREIRA IA, et al. Percepção de enfermeiros sobre notificação de incidentes para promoção da segurança do paciente hospitalizado. Enfer. Foco, 2021; 12(5): 894–900.
23. NAZARIO SS, et al. Caracterização de eventos adversos hospitalares: busca ativa versus notificação espontânea. Cogitare Enferm., 2022; 27: e82040.
24. PARENTE AN, et al. Educação permanente para qualidade e segurança do paciente em hospital acreditado. Acta Paulista de Enfermagem, 2023; 37.
25. RATINAUD P, IRAMUTEQ®: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires. Versão 0.7 alpha 2. Toulouse: Université Toulouse II, 2009.
26. Research in Social and Administrative Pharmacy, 2019; 16(1): 46–51.

27. RIBEIRO J, et al. Saturação da Análise na Investigação Qualitativa: Quando Parar de Recolher Dados? Revista Pesquisa Qualitativa, 2018; 6(10): iii–vii.
28. SILVA SL, et al. Cultura de segurança do doente: melhoria contínua de segurança - uma scoping review, 2025.
29. SILVA EM, et al. Segurança do paciente e o papel do enfermeiro: estratégias para promoção da assistência hospitalar. Revista Contemporânea, 2024; 4(11): e6758.
30. VANHAECHT K, et al. An Evidence and Consensus-Based Definition of Second Victim: A Strategic Topic in Healthcare Quality, Patient Safety, Person-Centeredness and Human Resource Management. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2022; 19(24): 16869.
31. WHO. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in healthcare, Geneva, 2021.