

## **Abordagens para notificação de incidentes e eventos adversos em hospitais de grande porte: Revisão integrativa**

**Approaches to reporting incidents and adverse events in large hospitals: Integrative review**

**Enfoques para informar incidentes y eventos adversos en grande hospitales: Revisión integrativa**

Recebido: 25/02/2022 | Revisado: 06/03/2022 | Aceito: 16/03/2022 | Publicado: 24/03/2022

**Fernanda Rego Pereira dos Santos da Rocha**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5637-6988>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: [fernandarps@uol.com.br](mailto:fernandarps@uol.com.br)

**Cristiane de Oliveira Novaes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5272-3759>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: [novaes.criatiane@gmail.com](mailto:novaes.criatiane@gmail.com)

### **Resumo**

Trata-se de uma revisão integrativa quanto às abordagens utilizadas para notificação de incidentes e eventos adversos em pacientes hospitalizados, tendo como objetivo realizar uma revisão integrativa de abordagens de notificação de incidentes e eventos adversos adotadas em hospitais de grande porte. Estudo de revisão integrativa com abordagem qualitativa, de natureza descritiva. Os dados foram coletados nas bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, PubMed, no recorte temporal de 2011 a 2021 e submetidos à análise a partir de categorias temáticas. Resultados: Emergiram três categorias temáticas: Ferramentas e abordagens que permeiam a notificação de incidentes e eventos adversos; Fatores contribuintes para a subnotificação de incidentes e eventos adversos no ambiente hospitalar; Conhecimento de incidentes e eventos adversos. Identificou-se a utilização em larga escala de ficha de notificação manuscrita ou on-line em detrimento da revisão de prontuários; o trabalho do Núcleo de Segurança do Paciente junto ao setor de treinamento é urgente e necessário; a necessidade da descentralização da notificação de incidentes e eventos adversos pela enfermagem. Os fatores contribuintes para a subnotificação basearam-se no medo da culpabilização por parte das instituições. Quanto à incidência de eventos adversos, destacaram-se os erros de administração de medicamentos, seguido de lesão por pressão. Conclusões: É urgente a necessidade de educação permanente quanto à notificação de eventos adversos, bem como a implementação de protocolos e processos de segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Eventos adversos; Paciente seguro; Protocolos.

### **Abstract**

It is a case of an integrative review of the approaches used to report incidents and adverse events in hospitalized patients, aiming to: conduct an integrative review of incident and adverse event reporting approaches adopted in large hospitals. Integrative review study with qualitative approach, descriptive in nature. Data were collected in Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, PubMed databases, in the time frame from 2011 to 2021 and submitted to analysis from thematic categories. Results: Three thematic categories emerged: Tools and approaches that permeate the Notification of Incidents and Adverse Events; Contributing Factors for Underreporting of Incidents and Adverse Events in the Hospital Environment; Knowledge of Incidents and Adverse Events. It was identified that the use of a handwritten or online notification form is used on a large scale, to the detriment of the use of medical charts review; the joint work of the Patient Safety Center with the training sector is urgent and necessary; there is a need for decentralisation of reporting of adverse events and events by nursing. The factors contributing to underreporting were based on fear of blaming on the part of institutions. As to the incidence of adverse events, errors in medication administration, were highlighted, followed by pressure injury. Conclusions: It is necessary to have permanent education regarding the notification of adverse events, with implementation of patient safety protocols and processes.

**Keywords:** Adverse events; Safe patient; Protocols.

### **Resumen**

Esta es una revisión integradora de los enfoques utilizados para reportar incidentes y eventos adversos en pacientes hospitalizados, con el objetivo de: realizar una revisión integradora de los enfoques de notificación de incidentes y eventos adversos adoptados en los grandes hospitales. Estudio de revisión integradora con un enfoque cualitativo, de naturaleza descriptiva. Los datos se recopilaron en las bases de datos Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, PubMed, en el plazo de 2011 a 2021 y se sometieron a análisis de categorías temáticas. Resultados: Surgieron tres categorías temáticas: Ferramentas y enfoques que impregnan la notificación de incidentes y eventos adversos; Factores que contribuyen al subregistro de incidentes y eventos adversos en el entorno hospitalario;

Conocimiento de incidentes y eventos adversos. Se identificó que el uso de un formulario de notificación escrito a mano o en línea se utiliza a gran escala, en detrimento del uso de la revisión de registros médicos; el trabajo conjunto del Centro de Seguridad del Paciente con el sector de la capacitación es urgente y necesario; existe la necesidad de descentralización de la notificación de incidentes y eventos adversos por parte de la enfermería. Los factores que contribuyen a la subnotificación se basaron en el miedo a culpar por parte de las instituciones. En cuanto a la incidencia de eventos adversos, se destacaron errores en la administración de medicamentos, seguidos de lesiones por presión. Conclusiones: Existe la necesidad de una educación permanente sobre la notificación de eventos adversos, con la implementación de protocolos y procesos de seguridad del paciente.

**Palabras clave:** Eventos adversos; Paciente seguro; Protocolos.

## 1. Introdução

A Aliança Mundial para Segurança do Paciente destaca a necessidade de se desenvolverem ações com o objetivo de melhorar a segurança do paciente, dentre elas realizar investigações que busquem determinar a magnitude do dano, o número e os tipos de eventos adversos (EA) que impactam a qualidade da assistência; entender as causas fundamentais dos danos ocasionados aos pacientes; identificar soluções para alcançar uma atenção à saúde mais segura e avaliar o impacto das soluções em situações de vida real (Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Anvisa], 2016).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa, 2021), há mais de uma década a Organização Mundial de Saúde (OMS) já estimava que, anualmente, dezenas de milhares de pessoas sofrem danos desnecessários causados por serviços de saúde inseguros. E afirma que a incidência de EA ainda se encontra em níveis alarmantes, mesmo decorridos 20 anos após a divulgação do relatório “To err is human” (Kohn et al., 2000).

Os processos e sistemas clínicos muitas vezes não são confiáveis, por isso muitos pacientes são prejudicados pelo cuidado de saúde destinado a ajudá-los (Vincent & Amalberti, 2016). Nesse processo, a segurança do paciente é definida como a redução a um mínimo aceitável de risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. E os incidentes são eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente. Já os incidentes que resultam em dano ao paciente são denominados EA (Ministério da Saúde et al., 2014).

A existência dos EA são um indicador da distância entre o cuidado ideal e o cuidado real, sendo o enfrentamento desse problema um desafio para a qualidade dos serviços de saúde (Spadojevic et al., 2021).

Segundo Alves et al. (2019), uma das estratégias consideradas por diversos países e organizações de saúde para melhorar a segurança do paciente é a notificação de EA pelos profissionais de saúde, uma vez que tal notificação pode contribuir para o aprendizado das fragilidades e para mudanças sistêmicas na prevenção de incidentes semelhantes.

Nesse contexto, o artigo objetiva revisar na literatura científica abordagens utilizadas para a notificação de incidentes e EA utilizadas em hospitais de grande porte, com base em evidências.

## 2. Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa com abordagem qualitativa. A presente revisão integrativa de literatura é constituída de seis etapas: I) elaboração da questão norteadora da pesquisa; II) busca ou amostragem na literatura; III) coleta de dados; IV) análise crítica dos artigos selecionados; V) discussão dos resultados; e, VI) apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Para a formulação da questão norteadora, foi adotada a estratégia PICO, que, segundo Sousa, Marques-Vieira, et al. (2017), representa um acrônimo para *Patient* (pessoa/problema), *Intervention* (intervenção), *Comparison* (comparação) e *Outcomes* (resultados). Assim, na pesquisa, o tratamento foi realizado da seguinte maneira: P: incidentes e EA; I: abordagens para conhecimento de incidentes e EA; C: não há; e O: abordagens utilizadas. Dessa forma, a pergunta que norteou esta pesquisa foi: Quais as abordagens utilizadas para o conhecimento dos incidentes e EA em hospitais de grande porte?

Para a segunda etapa, construiu-se uma estratégia de busca com os descritores *Medical Subject Headings* (MeSH) da

*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde, caracterizados como: “*adverse event*” AND “*notice protocol*”, “*notification*” AND “*safety patient*”, “*events adverse*” AND “*incidents*”, “*notification*” AND “*adverses events*” AND “*protocol*”, os quais foram aplicados em combinações nas línguas inglesa e portuguesa. As buscas foram realizadas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed, de forma combinada com o operador booleano “AND”, para relacionar os termos.

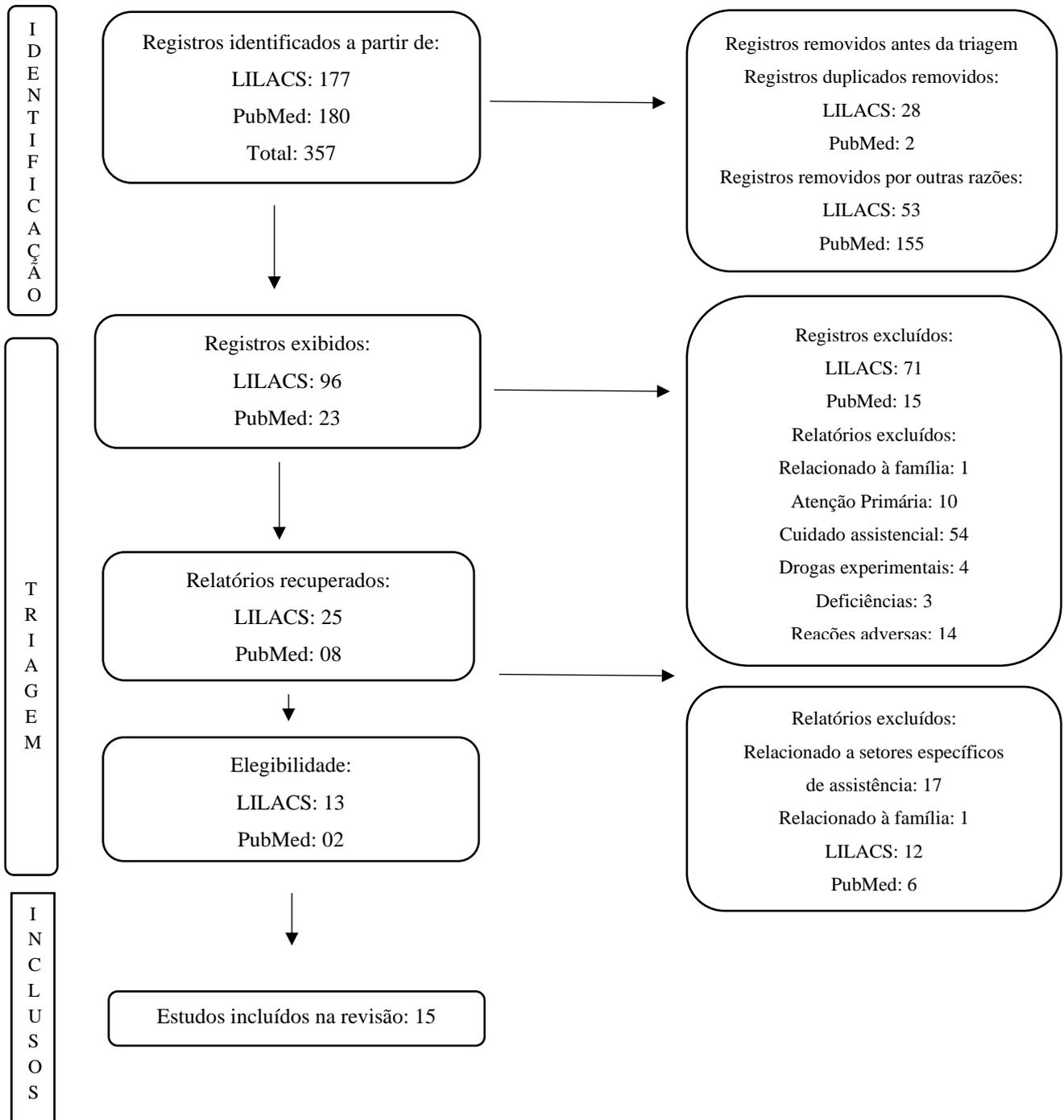
Na terceira etapa, houve o refinamento da pesquisa, com a aplicação de critérios de inclusão e exclusão, de textos publicados no período de 2011 a 2021, publicados on-line nos últimos 10 anos. Os critérios de inclusão foram artigos disponibilizados na íntegra, em português, espanhol e inglês, publicados no recorte temporal de 2011 a 2021; artigos que retratassem adesão à temática proposta, voltada ao processo de notificação de incidentes e EA. Os critérios de exclusão foram teses e dissertações, além de materiais que não concedessem acesso em sua forma completa; estudos sobre atenção primária, estudos clínicos experimentais; estudos com ênfase em notificações por pacientes e/ou familiares; artigos que não envolvessem questões gerenciais ou gestão por processos, quanto à notificação de incidentes e EA.

Na quarta etapa, os artigos foram lidos na íntegra, sendo excluídos os duplicados e aqueles cujo objetivo e resultados não mencionaram a abordagem utilizada para a notificação de incidentes e EA (Figura 1). Posteriormente, os dados foram distribuídos de acordo com um instrumento de coleta de dados, contemplando: título, autor, ano de publicação, país, base de dados, método, objetivos e conclusões. Os artigos passaram pela leitura tanto dos resumos quanto do texto na íntegra. A extração dos dados foi conduzida pelas autoras no mês de agosto de 2021.

### **3. Resultados**

A busca na base de dados PubMed e LILACS resultou em 357 artigos. Após a leitura prévia dos resumos, identificaram-se 31 artigos duplicados e 208 enquadrados nos critérios de exclusão. Dos 118 restantes, foram excluídos 86 por não abordarem formas ou processos de conhecimento de incidentes e EA. Foram incluídos 32 artigos para leitura na íntegra, excluindo-se 17 nessa fase, totalizando 15 artigos para análise, conforme demonstra a Figura 1.

**Figura 1** – Fluxograma da seleção de estudos. Rio de Janeiro, Brasil, 2021.



Fonte: Autores (2021).

O Quadro 1 apresenta a estratégia de busca, associada ao quantitativo do levantamento realizado, seguido dos resultados obtidos a partir da estratégia para a seleção dos artigos.

**Quadro 1 – Estratégias de busca.**

<p>“Adverses events” AND “notice protocol”; “notification” AND “safety patient”; “Adverses events” AND “notification” AND “protocol”; “Incidents” AND “adverse events”.</p>	180 artigos recuperados	2 elegíveis PubMed
<p>“Eventos Adversos” AND “protocolo de notificação”; “Eventos Aversos” AND “paciente seguro”; “Eventos Adversos” AND “Notificações” AND “protocolo”; “Incidentes” AND “Eventos Adversos”.</p>	177 artigos recuperados	13 elegíveis LILACS (BVS)

Fonte: Autores (2021).

Por último, o Quadro 2 exhibe informações relacionadas aos 15 artigos contidos nesta revisão integrativa, contemplando título, autor, idioma, periódico, método, objetivos e resultados.

**Quadro 2 – Produção científica acerca de abordagens de notificação de incidentes e eventos adversos no período de 2011 a 2021.**

Nº	Título	Autor/ Idioma	Periódico/ Ano/ Base de Dados	Método	Objetivos	Resultados
A1	<i>WHO efforts to promote reporting of adverse events and global learning</i>	Larizgoitia et al. Idioma: inglês	Int. j. environ. res. public health (Online) 2013 PubMed	Estudo qualitativo-descriptivo	Facilitar o desenvolvimento e a gestão de relatórios de incidentes de segurança do paciente.	O desafio prático apresentado por qualquer modelo está relacionado ao seu ajuste e à sua aplicação a configurações específicas; O escopo e o nível de detalhes exigidos pelos sistemas de relatórios podem variar de um lugar para outro; A flexibilidade necessária para usar o modelo em vários contextos pode ser alcançada com um sistema em camadas, iniciando com o que poderia ser considerado um Modelo Mínimo de Informação.
A2	<i>Learning from patient safety incidents in the Emergency Department: A systematic review</i>	Amanian et al. Idioma: inglês	J. Jemerd 2020 PubMed	Estudo qualitativo, revisão sistemática	Revisar sistematicamente a literatura internacional sobre incidentes de segurança do paciente em departamento de emergência e determinar o que pode ser aprendido com os incidentes relatados para melhorar a prática.	Necessidade de se instituírem protocolos para a padronização de tarefas; educação e treinamento voltados à segurança do paciente; instituir comunicação efetiva no processo de trabalho.
A3	A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino	Siman et al. Idioma: português	Rev. Esc. Enferm. USP 2017 LILACS	Estudo qualitativo, estudo de caso	Compreender a prática de notificação de eventos adversos por profissionais de saúde.	Necessidade de melhorar a comunicação da equipe do Núcleo de Segurança do Paciente e da equipe multidisciplinar; Necessidade de manter a notificação anônima.
A4	Incidentes e eventos adversos notificados em âmbito hospitalar	Mascarello et al. Idioma: português	Rev Rene (Online) 2021 LILACS	Estudo quantitativo e retrospectivo	Identificar os incidentes e eventos adversos notificados em uma hospital de grande porte.	As fichas de notificação propiciaram a coleta de dados; Necessidade de se instituir a cultura de segurança no ambiente para a redução de subnotificação.
A5	A notificação de eventos adversos e suas lacunas no processo da segurança do paciente	Moraes & Aguiar Idioma: português	Nursing 2020 LILACS	Estudo qualitativo, revisão integrativa	Analisar as contribuições da notificação de eventos adversos para a segurança do processo de cuidar.	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 a análise dos incidentes, identificação das possíveis causas e implantação de estratégias que previnam a reincidência dos erros evitáveis.
A6	Notificação de eventos adversos: Caracterização dos eventos ocorridos em um complexo	Furini et al. Idioma: português	Rev. gaúcha enferm. (Online) 2019	Estudo qualitativo, transversal	Analisar as notificações de incidentes relacionados à segurança do paciente.	As notificações espontâneas são uma importante fonte de informações.

	hospitalar		LILACS			
A7	Notificação de incidentes: Barreiras e estratégias para promover a cultura de segurança	Varallo et al.  Idioma: português	Rev. Esc. Enferm. USP  2018  LILACS	Estudo qualitativo, entrevista	Identificar as barreiras da subnotificação e as estratégias para aprimorar a notificação de incidentes.	É preciso desenvolver estratégias comuns e práticas para otimizar o relato de incidentes e eventos adversos.
A8	<i>Validación del instrumento "Factores asociados a la notificación de eventos adversos por el personal de salud"</i>	Rosas-Vargas & Zárate-Grajales  Idioma: espanhol	Rev. Enferm. Inst. Max. Seguro. Soc  2017  LILACS	Estudo qualitativo, entrevista	Validar instrumento.	Falta de cultura de segurança no pessoal de saúde entrevistado; Conhecimento das barreiras que resultam em subnotificação.
A9	Gerenciamento de risco em tecnovigilância: Análises das notificações em um hospital sentinela	Sousa, Pontes, et al.  Idioma: português	Rev. enferm. UERJ  2017  LILACS	Estudo quantitativo, retrospectivo	Avaliar e analisar queixas técnicas e eventos adversos relacionados a produtos de saúde.	Necessidade de estratégias educativas voltadas para o aprimoramento profissional; Implantação de um plano de minimização dos riscos de tecnovigilância.
A10	Segurança do paciente: Análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil	Lorenzini et al.  Idioma: português	Rev. gaúcha enferm. (Online)  2014  LILACS	Estudo quantitativo, retrospectivo	Avaliar os incidentes notificados entre 2008 e 2012, em um hospital de grande porte da região Sul do Brasil.	Subnotificação devido a limitações de tempo, à falta de sistemas de informação adequados, ao medo de litígio, à relutância das pessoas em relatar os próprios erros, à falta de conhecimento sobre a importância dos eventos, bem como à falta de mudanças após a notificação. Porém, é o método de comunicação mais útil para a indução de alterações comportamentais, demonstrando os benefícios da produção de relatórios de eventos adversos, pois permitem aprender com os próprios erros.
A11	Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente	Siman & Brito  Idioma: português	Rev. gaúcha enferm. (Online)  2016  LILACS	Estudo qualitativo, estudo de caso	Identificar mudanças na prática de enfermagem com vistas à melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente.	Ocorreram mudanças na prática de enfermagem, principalmente voltadas para o gerenciamento dos riscos.
A12	Segurança do paciente em hospitais de grande porte: Panorama e Desafios	Sartor et al.  Idioma: português	Cogit. Enferm. (Online)  2021  LILACS	Estudo quantitativo, descritivo	Explorar a situação de segurança do paciente em quatro hospitais de grande porte de Santa Catarina.	Necessidade de promover a cultura de segurança nas instituições de saúde, englobando: questões estruturais; de comunicação e educação permanente; melhorias nos processos de trabalho com ênfase em elaboração de protocolos e outros instrumentos de gestão; notificação e investigação de eventos adversos; avaliação de indicadores.
A13	<i>Evaluación de proceso de un programa de vigilancia de eventos adversos hospitalarios: Clínica Dávila, Chile</i>	Lefio & Alvarado  Idioma: espanhol	Rev. chil. salud pública  2011  LILACS	Estudo quantitativo, estudo de caso	Avaliar a implementação de um programa de vigilância de eventos adversos em um hospital privado do Chile.	O sistema de notificação voluntária e anônima se transformou em um espaço de comunicação dentro do hospital, que ultrapassou os objetivos do programa, devendo ser levado em consideração na implantação de programas semelhantes.
A14	Conhecimento dos enfermeiros sobre evento adverso e os desafios para a sua notificação	Araújo et al.  Idioma: português	Cogit. Enferm. (Online)  2016  LILACS	Estudo quantitativo, descritivo	Identificar os fatores que limitam a notificação de eventos adversos.	Necessidade de realização de ações educativas a fim de esclarecer o que são eventos adversos, além de medidas que incentivem a sua notificação.
A15	Abordando erros médicos: Um protocolo de intervenção para profissionais de enfermagem	Perez et al.  Idioma: espanhol	Rev. Esc. Enferm. USP  2019  LILACS	Estudo quantitativo, exploratório e descritivo	Identificar os tipos de intervenções que devem ser incluídas em um protocolo organizacional para responder a eventos adversos graves envolvendo a equipe de enfermagem.	Inclusão no protocolo: aconselhamento jurídico dos participantes, orientações sobre como registrar os eventos adversos, orientações quanto às garantias de salvaguardas legais. Necessidade de treinamento para atualizações.

Fonte: Autores (2021).

Dos textos selecionados, 73,3%, foram publicados em periódicos nacionais; dentre os internacionais, 13,4% foram publicados nos Estados Unidos e 13,3% na Espanha. Nos estudos realizados no Brasil, observou-se maior número de produções na região Sudeste, com 36,4%; Nordeste, 9%; e região Sul, 54,6%. Foi encontrada, a partir dos critérios estipulados, apenas uma publicação em revista da região Nordeste, o que converge com Alves et al. (2019), ao esclarecerem que a grande quantidade de estudos nessas regiões pode ser reflexo da maior concentração de serviços hospitalares e em virtude de os grandes centros ainda receberem a maior parte dos investimentos em pesquisa.

Quanto ao desenho do estudo, os artigos se distribuíram da seguinte forma: estudos descritivos, 26,7%; estudos de caso, 20%; estudos retrospectivos, 20%; revisões, 13,3%; entrevistas, 13,3%; e estudos transversais, 6,7%. Em relação ao paradigma metodológico, 60% corresponderam a estudos qualitativos, 26,7% a estudos quantitativos e 13,3% a quanti-qualitativos. Dentre os estudos, 100% foram realizados em instituições hospitalares, resultado similar aos dados do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde et al., 2014), que informam que os estudos acerca dos EA têm se concentrado em hospitais, tendo sido poucas pesquisas realizadas na atenção domiciliar.

## 5. Discussão

Após a leitura dos resultados, os dados foram analisados a partir de categorias temáticas, a saber: Categoria 1 – Ferramentas e abordagens que permeiam a notificação de incidentes e eventos adversos; Categoria 2 – Fatores contribuintes para a subnotificação de incidentes e eventos adversos no ambiente hospitalar; Categoria 3 – Conhecimento de incidentes e eventos adversos.

### **Categoria 1: Ferramentas e abordagens que permeiam a notificação de incidentes e eventos adversos**

O tema segurança do paciente está relacionado com EA, pois a ocorrência de incidentes interfere diretamente na qualidade de vida dos que recebem assistência à saúde (Siman et al., 2017).

A Anvisa (2016) reforça que a ausência de um sistema mais específico, articulado com o sistema Notivisa, para avaliação e monitoramento de EA relacionados a falhas nos processos de cuidado em serviços de saúde é um ponto crítico para o processo de melhoria da qualidade e da segurança do paciente. As falhas na assistência, a quebra das técnicas profissionais e a negligência às medidas de proteção estabelecidas pelas boas práticas de funcionamento de serviços de saúde possibilitam a materialização do dano ao paciente, pelo surgimento de EA (Anvisa, 2016).

Para Alves et al. (2019), uma das estratégias consideradas por diversos países e organizações de saúde para melhorar a segurança do paciente é a notificação de incidentes e EA pelos profissionais de saúde, por meio da utilização de sistemas de notificação de incidentes, uma vez que tal dinâmica resulta em melhorias na qualidade da assistência e mitigação de incidentes.

É importante frisar que, de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36/2013, a notificação de EA pelo Núcleo de Segurança do Paciente é obrigatória, por ser também uma ferramenta reativa para a gestão de risco e, portanto, deve ser utilizada tanto nos serviços de saúde quanto nas instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde (Anvisa, 2013).

O uso de ferramentas como parte de um processo de notificação permite o registro de informações nas instituições de saúde, facilitando a tomada de decisões que visem à melhoria da qualidade da assistência prestada, assim como a revisão de fatores latentes, existentes nas instituições, que podem levar a incidentes e EA.

A busca pelo conhecimento de métodos empregados para a notificação de incidentes e EA, a partir das leituras, revelou algumas ferramentas utilizadas nas publicações selecionadas (Amanian et al., 2020; Larizgoitia et al., 2013; Lefio & Alvarado, 2011; Moraes & Aguiar, 2020; Perez et al., 2019; Rosas-Vargas & Zárate-Grajales, 2017; Siman et al., 2017; Varallo et al., 2018). Nesses estudos, ficou explícita a necessidade de um sistema de notificação de incidentes e EA em instituições hospitalares. Porém, inúmeras foram as ferramentas destacadas por cada autor com o propósito de construir um sistema de notificação.

Para Larizgoitia et al. (2013), “modelo para notificação de incidentes e EA” é um termo técnico que se refere à representação sistemática de um domínio do conhecimento, ou seja, os conceitos relacionados e a estrutura conceitual constituem um modelo de informação que pode ser usado para estruturar relatórios de incidentes de segurança do paciente que descrevam as principais categorias de dados de interesse para a compreensão do que ocorreu, por que e quais foram as consequências e reações do evento. Assim, descreve os conceitos-chave e suas relações, isto é, estabelece um fluxo de informações.

O desafio prático apresentado por qualquer modelo está relacionado ao seu ajuste, à aplicação de variantes e à implementação da flexibilidade necessária para a utilização do modelo em diferentes contextos, partindo do que poderia chamar-se de Modelo Mínimo de Informação (Larizgoitia et al., 2013). Este conceito, levantado em 2013, vai ao encontro da publicação da Fundação Oswaldo Cruz (Portela, 2018), que descreve o modelo mínimo de segurança do paciente como um modelo estruturado contendo a definição e a fundamentação de um sistema mínimo de notificação de EA (categoria ou relação) para cada entidade.

A existência de um sistema robusto e cujo preenchimento seja rápido propicia maior engajamento dos profissionais, dentro de ambientes hospitalares já sobrecarregados com demandas assistenciais e escassez de recursos humanos. Ademais, há a necessidade de alinhamento de informações e uma comunicação efetiva no processo de trabalho, junto à educação e ao treinamento em serviço voltados para a segurança do paciente (Amaniyan et al., 2020).

O desconhecimento e a falta de treinamento da equipe sobre a notificação de incidentes e EA, como afirmam Siman et al. (2017), são aspectos identificados que dificultam o processo de notificação, pois existem diferentes maneiras de agir dos profissionais em situações de uma mesma rotina, frente aos EA, mesmo constando o passo a passo da notificação em Procedimento Operacional Padrão. No referido estudo, os técnicos de enfermagem, para a notificação de EA, utilizaram diversas formas de comunicação como a comunicação aos médicos ou enfermeiros e anotações em prontuário ou livro de ocorrência; e demonstraram desconhecimento sobre o que fazer, visto que nenhum usou a Ficha de Notificação de Eventos Adversos.

Para Siman et al. (2017), é vital a criação de um programa de educação permanente e o estímulo à adesão a protocolos e diretrizes, aspectos que devem compor a lista de prioridades dos membros do Núcleo de Segurança do Paciente, dos gestores hospitalares e profissionais de saúde envolvidos no cuidado. Nesse sentido, os setores de treinamento e ensino devem atuar em consonância com os Núcleos de Segurança do Paciente em prol do conhecimento da importância de notificar como forma de melhoria da assistência.

Outras estratégias foram citadas pelos autores, como em Varallo et al. (2018), que propõem como estímulo à notificação o uso de intervenções educativas breves e *in loco* com ênfase no fluxo de notificação na instituição, que esclarecessem o que notificar; a simplificação e a unificação das notificações para permitir a identificação do paciente e a descrição do incidente; a implantação de uma política de gestão de riscos, com responsabilidades definidas; a contratação de profissional responsável pela busca ativa das fichas de notificação; e, sobretudo, o *feedback* sobre os resultados obtidos nos relatórios de incidentes.

Rosas-Vargas e Zárate-Grajales (2017) ressaltam que a notificação de EA é considerada uma ferramenta para a melhoria da qualidade em saúde, por ser um meio de informação útil sobre situações complexas em relação à segurança do paciente, o que demonstra a necessidade do uso da notificação como um instrumento focado em identificar fatores de risco nas instituições de saúde. Essas colocações convergem com Moraes e Aguiar (2020), que afirmam que a notificação dos EA se reflete em um cuidado mais seguro, pois possibilita a análise de incidentes, a identificação das causas e a implementação de ações que minimizem os erros evitáveis.

Siman et al. (2017) destacam que, na prática dos profissionais da ponta, existem diferentes formas de comunicação de EA, uma vez que algumas instituições não possuem um sistema de notificação. Isso ocasiona anotações em prontuário ou livro de ordens e ocorrências; notificação verbal entre médicos e enfermeiros; restando ainda os profissionais que não sabem o que fazer. Para a OMS (2021), a notificação de incidentes e EA depende principalmente da cultura predominante e se os incidentes

são considerados como uma oportunidade para aprender ou como uma base para reforçar a responsabilização individual e a atribuição de culpa.

Diante do exposto, fica expresso que as notificações realizadas em fichas de notificação impressas ou on-line terão aplicabilidade prática e auxiliarão no desenvolvimento do processo de notificação a partir do estímulo e do treinamento contínuo, associados ao desenvolvimento da cultura de segurança do paciente nas equipes que atuam na ponta, resultando na atividade-fim da assistência, que é uma assistência segura e de qualidade.

## **Categoria 2: Fatores contribuintes para a subnotificação de incidentes e eventos adversos no ambiente hospitalar**

Os sistemas de saúde se preocupam com procedimentos realizados de maneira inadequada ao constatarem índices elevados de incidentes ocorridos nos diversos processos de cuidar. Estima-se que quatro entre cada dez admissões hospitalares resultam na ocorrência de, pelo menos, um EA – dados alarmantes quando se considera que metade desses incidentes poderia ter sido evitado (Mascarello et al., 2021).

Esses incidentes e EA podem ocorrer por duas situações: erros ativos, que são atos inseguros cometidos por quem está em contato direto com o sistema, e erros latentes, definidos como atos ou ações evitáveis dentro do sistema, que surgem a partir da gestão (Ministério da Saúde et al., 2014).

É preciso pensar nas diversas barreiras existentes empiricamente durante o cuidado do paciente no ambiente hospitalar. Nesse contexto, destaca-se Reason, que, baseado no modelo do queijo suíço, parte do pressuposto de que é impossível eliminar falhas humanas e técnicas, e a partir da noção de que erros podem ser ativos ou latentes, justifica o modelo de “barreiras” para impedir que o erro chegue ao paciente (Anvisa, 2021).

No presente estudo, seis artigos (Araújo et al., 2016; Lorenzini et al., 2014; Rosas-Vargas & Zárate-Grajales, 2017; Sartor et al., 2021; Sousa, Pontes, et al., 2017; Varallo et al., 2018) trouxeram em seu arcabouço os fatores que resultam em ausência ou subnotificação de EA.

Sousa, Pontes, et al. (2017) enfatizam que, para que haja o gerenciamento eficaz dos riscos, deve haver a colaboração de todos os profissionais que, por meio de estratégias educativas, serão aprimorados com o intuito de modificar a cultura e contribuir para a qualidade do cuidado prestado a partir das notificações. Por outro lado, os autores advertem que o desconhecimento das formas de notificação existentes no ambiente hospitalar acarreta a subnotificação.

Essa colocação está de acordo com Lorenzini et al. (2014), que destacam que as subnotificações ocorrem devido a fatores como as limitações de tempo, a falta de sistema de informação adequados, o medo de litígio, a relutância de pessoas em relatar os próprios erros, a falta de conhecimento sobre a importância dos eventos e a falta de mudanças após as notificações. Registram ainda, que a obrigatoriedade de identificação do profissional que realiza a notificação favorece a subnotificação.

Para Araújo et al. (2016), os fatores que limitam a notificação estão centrados na falta ou limitação de conhecimento sobre a importância desse registro, bem como no medo de se expor, na falta de cobrança, no medo de represálias e processos jurídicos.

Sartor et al. (2021) relatam como causas da subnotificação o desconhecimento dos profissionais sobre a Política Nacional de Segurança do Paciente, a ausência ou o desconhecimento da notificação, investigação e registro de incidentes e EA, além da ausência de protocolos, das fragilidades em capacitações e na educação permanente voltada para a segurança do paciente, dentre outras.

Outro fator que interfere na realização das notificações diz respeito à fragilidade da comunicação efetiva e divulgação de como realizar o trabalho de notificação do que já existe, onde acessar, como utilizar e o que está sendo desenvolvido ou requerendo melhorias (Sartor et al., 2021).

Nessa mesma vertente, Varallo et al. (2018) acrescentam que a complacência, o medo de litígios, a ambição de publicar

e a ignorância dificultam o relato de incidentes, além da falta de responsabilidade dos profissionais de saúde. Essas colocações também estão presentes no estudo de Rosas-Vargas e Zárate-Grajales (2017), que mencionam que as principais causas da subnotificação são o medo de represálias, a culpa, a falta de comunicação sobre a importância e finalidade da notificação, e o precário conhecimento acerca da segurança do paciente.

Nota-se que os autores indicaram, em seus estudos, causas semelhantes de subnotificação, assim como destacaram a necessidade de educação em serviço, de desenvolvimento de sensibilização da cultura de segurança, e de distanciamento da cultura da culpabilização.

Para Siman e Brito (2016), a adoção de estratégias de educação permanente e multiprofissional, pautada nos dados das notificações do cenário em estudo, é uma das estratégias mais importantes para reduzir e evitar EA evitáveis, especialmente por meio de treinamentos baseados na análise da causa raiz, na classificação de EA e no comportamento da segurança.

Varallo et al. (2018) complementam que a presença de um profissional dedicado a educar pode contribuir para a melhoria do gerenciamento de riscos. Desse modo, o conhecimento gerado pela construção de valores obtidos na educação, relativos aos processos de melhoria e à garantia de uma assistência segura, se refletiria nos dados de segurança e confiabilidade da instituição.

A educação permanente nos serviços de saúde deve estar associada à ampla divulgação de trabalhos referentes à segurança do paciente e das diretrizes de notificação de incidentes e EA. Entende-se, portanto, que a falta de uma comunicação efetiva, sem amplo espectro de divulgação, contribui para a subnotificação de incidentes e EA.

### **Categoria 3: Conhecimento de incidentes e eventos adversos**

Segundo a Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde, incidente é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Já o incidente sem lesão é aquele que atingiu o paciente, mas não causou dano; ao passo que o EA consiste em um incidente que resulta em dano ao paciente (Ministério da Saúde et al., 2014).

Nesta categoria serão discutidas as notificações de incidentes e EA, conforme a literatura selecionada (Furini et al., 2019; Lorenzini et al., 2014; Mascarello et al., 2021; Sousa, Pontes, et al., 2017), que abordou a ocorrência de incidentes e EA em ambiente hospitalar.

Os estudos apontam a importância de a equipe multiprofissional conhecer as denominações referentes à segurança do paciente para que tenham conhecimento do estar e fazer ao notificar.

Os EA podem ser classificados de acordo com o grau de dano, a saber: leve, moderado, grave e óbito. Além disso, os tipos de incidente se classificam como: circunstância notificável, potencial dano, incidente sem dano, EA.

Em relação à classificação de incidentes, Mascarello et al. (2021) expuseram que, dentre as circunstâncias notificáveis, destacaram-se os problemas relacionados a dispositivos/equipamentos médicos; dentre os incidentes com potencial dano, o maior índice foi associado ao processo medicamentoso; e, nos incidentes sem dano, prevaleceu o incidente relacionado a quedas.

Quanto ao grau de dano, a maioria das notificações relacionou-se aos danos leves, seguido dos moderados (Mascarello et al., 2021). Com isso, torna-se nítido que o maior número de notificações de eventos com danos leves deriva principalmente da cultura de culpabilização existente em âmbito hospitalar, ligada a modelos biomédicos historicamente consolidados.

Quando analisados os incidentes mais prevalentes, foi notório o maior número de incidentes relacionados a erros de medicação, relativos à prescrição, dispensação e administração, acompanhados das lesões por pressão (LPP). O Quadro 3 ilustra esses dados.

**Quadro 3** – Levantamento de incidentes e/ou eventos adversos.

Total de citações	Evento	Descrição
3/4	Incidentes e eventos adversos relacionados à administração de medicamentos.	Inclui incidentes e/ou eventos adversos relativos à administração de via errada; em horário errado; extravasamento de medicamento; erro de dose; omissão; erro de prescrição; extravasamento de quimioterapia.
3/4	Incidentes e eventos adversos relacionados à manutenção da integridade cutânea.	Inclui lesões por pressão adquiridas após a internação hospitalar.
3/4	Incidentes e eventos adversos relacionados à vigilância do paciente.	Inclui quedas do leito, da própria altura.
2/4	Incidentes e eventos adversos relacionados à tecnologia da assistência.	Inclui material de má qualidade ou falta de material.
2/4	Incidentes e eventos adversos relacionados à terapia transfusional.	Inclui erros de administração com reações agudas.
1/4	Incidentes e eventos adversos relacionados ao processo cirúrgico.	Inclui erros no processo cirúrgico.

Fonte: Adaptado de Furini et al. (2019), Mascarello et al. (2021), Lorenzini et al. (2014), Sousa, Pontes, et al. (2017).

O maior número de incidentes notificados foi relacionado a erros de medicamentos, tanto nos artigos que tratavam diretamente do assunto, como em outros, cujo enfoque ao tema era indireto. A ausência de processos, como o uso de protocolos, capacitação e número adequado de recursos humanos e a informatização das prescrições, aumenta as chances de erro, trazendo à tona erros latentes e ativos. Na ausência de barreiras colocadas pela equipe multiprofissional, esses erros atingem, com ou sem dano, o paciente. Tal pensamento converge com Lorenzini et al. (2014), que apontam alguns fatores, como a grande quantidade de pacientes, os níveis elevados de ruído e de luz e os turnos longos de trabalho, que podem estar contribuindo para incidentes e/ou EA, no quesito erro de medicamentos.

Verifica-se que outras questões presentes no processo de trabalho conduzem a erros, como é o caso da prescrição médica, geralmente manuscrita, sem uniformidade hospitalar e não atendendo aos protocolos recomendados pela Anvisa. E quando há informatização das prescrições, os erros ainda tendem a ocorrer; disso se depreende que o impulsionador do processo, a mão de obra, precisa ser treinada para que a tríade humano-tecnologia-processo seja estabelecida e implementada de forma segura. Portanto, o processo de medicação é complexo, e depende, em grande parte, do fator humano, que muitas vezes atua em instituições com inúmeros riscos latentes.

Outro tipo de incidente relevante foram as LPP, que possuem altos índices de ocorrência, mesmo com o uso de ferramentas como escalas pertinentes. Porém, salienta-se a necessidade de implementação do processo de Prevenção de LPP, a partir de protocolos bem estruturados e reavaliados continuamente a partir da educação permanente.

Segundo Furini et al. (2019), as LPP e as quedas estão entre os incidentes evitáveis, ou seja, que poderiam ser prevenidos pela adoção de medidas preventivas e estratégias institucionais. As quedas estão associadas a vários fatores de risco, principalmente em pacientes idosos hospitalizados, por isso é importante realizar a avaliação e prevenção de riscos a essa categoria.

Na quarta posição, observam-se as notificações relacionadas à tecnovigilância, pois a inserção acelerada de novas tecnologias provenientes do desenvolvimento científico e tecnológico do complexo industrial de saúde não é acompanhada pela capacitação profissional (Sousa, Pontes, et al., 2017).

Os incidentes e EA relacionados ao uso de tecnologias de saúde são causados por riscos latentes, seja pela não padronização da qualidade de materiais e insumos e falta de treinamento adequado, seja pela priorização do lucro em detrimento da segurança da assistência. Em quinto lugar, surge a hemovigilância, talvez porque os profissionais não saibam que deveriam notificar as reações agudas transfusionais como EA, notificando-as, em vez disso, como quase erros.

E o sexto incidente mais notificado foram situações ocorridas em cirurgias. Nesse contexto, os cuidados com a segurança incluem a realização do *checklist* da Campanha da Cirurgia Segura (OMS), uma vez que muitas instituições não possuem a

cultura de segurança para implementação dos processos de segurança estabelecidos. Dessa forma, o processo cirúrgico é desenvolvido diante de riscos latentes expressivos que, associados a erros ativos, contribuem para a ocorrência de incidentes e EA.

#### 4. Considerações Finais

A presente revisão reuniu os conhecimentos produzidos acerca da segurança do paciente, quanto ao conhecimento de ferramentas, barreiras contra incidentes e EA. A busca por protocolos revelou lacuna nas produções, pois estas não contemplaram, em sua maioria, o uso de ferramentas administrativas, apenas demonstrando a necessidade de sua utilização. Porém, a riqueza dos estudos contribuiu para vertentes conjugadas e que proporcionaram uma visão holística do problema.

Quanto às ferramentas para notificação de incidentes ou EA, os formulários manuscritos ou informatizados foram os mais utilizados. No quesito incidentes globais, a revisão de prontuários não se mostrou eficiente. No que tange à responsabilidade pelas notificações, são realizadas predominantemente pelo enfermeiro, seguido de médicos. No entanto, há a necessidade de descentralização e de um maior empoderamento da equipe multiprofissional em relação às notificações. Aliado a isso, a educação permanente em saúde mostra-se essencial para o conhecimento de incidentes e fatores notificáveis. Outro elemento identificado foi a necessidade de mudança da cultura de segurança nas instituições, devido à postura de culpabilização ainda prevalente.

No que se refere às causas de subnotificação de incidentes e EA, foi consenso que o medo da culpabilização e, conseqüentemente, do litígio, assim como a falta de uma comunicação efetiva com ênfase no saber fazer pela equipe multiprofissional, levam à subnotificação.

Dentre os casos notificados, a maioria se referiu a erros de medicamentos, englobando todo o processo medicamentoso, o qual é exposto a fatores ambientais e humanos, e que, por motivos de riscos latentes e ativos, resultam em incidentes ou EA. Os segundos tipos mais notificados foram a LPP e a queda, ambos com altos índices – mesmo estando entre as prioridades de mitigação, principalmente de exposição e qualificação –, o que demonstra a necessidade da inserção da família nos cuidados e avaliação constante dos processos estabelecidos.

Em relação às tecnologias de saúde, sua utilização e manutenção mostraram-se reduzidas, bem como a falta de conhecimento dos profissionais quanto ao uso dessas tecnologias surgiu como um dos fatores para a ocorrência de erros. A terapia transfusional também se configurou como incidente com dano e/ou EA, muitas vezes subnotificado em razão do medo da culpabilização, como mostrou o estudo.

Os erros no processo cirúrgico foram um quesito de representação e detalhamento. É sabido que o processo cirúrgico envolve várias etapas, que dependem dos processos estabelecidos na instituição. E as lacunas existentes entre o real e o ideal, muitas vezes representadas pela fragilidade de barreiras de segurança, resultam em erros.

Diante dos fatos, este estudo sinaliza a necessidade do trabalho conjunto do Núcleo de Segurança do Paciente com o setor de educação permanente, a fim de elaborar, implementar e gerenciar os processos, a partir do uso de protocolos, aliado à avaliação baseada em evidências, como um ponto forte para assegurar a qualidade de uma assistência segura.

Sugere-se uma maior produção científica acerca da temática, com o envolvimento multiprofissional quanto à implementação e gestão de processos na área de segurança do paciente, além de seguimento didático nas instituições de saúde para o desenvolvimento das práticas.

#### Referências

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2013). Resolução RDC n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços e saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2016). *Investigação de eventos adversos em serviços de saúde*. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/investigacao-de-eventos-adversos-em-servicos-de-saude/>

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2021). *Orientações para preenchimento da Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente - 2021 - revisado*. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/orientacoes-para-preenchimento-do-formulario-avaliacao-das-praticas-de-seguranca-do-paciente-011021.pdf>
- Alves, M. F. T., Carvalho, D. S., & Albuquerque, G. S. C. (2019). Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: Revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva (Online)*, 24(8), 2895–2908. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>
- Amanian, S., Faldaas, B. O., Logan, P. A., & Vaismoradi, M. (2020). Learning from patient safety incidents in the Emergency Department: A systematic review. *J. Emerg. Med.*, 58(2), 234–244. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2019.11.015>
- Araújo, J. S., Nascimento, H. M., Farre, A. G. M. C., Brito, R. O., Santos, J. P. A., & Vasconcelos, T. T. (2016). Conhecimento dos enfermeiros sobre evento adverso e os desafios para a sua notificação. *Cogit. Enferm. (Online)*, 21(4), 1–8. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.45404>
- Furini, A. C. A., Nunes, A. A., & Dallora, M. E. L. V. (2019). Notificação de eventos adversos: Caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. *Rev. gaúcha enferm. (Online)*, 40(spe), e20180317. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317>
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human*. The National Academies Press.
- Larizgoitia, I., Bouesseau, M. C., & Kelley, E. (2013). WHO efforts to promote reporting of adverse events and global learning. *Int. j. environ. res. public health (Online)*, 2(3): e29. <https://doi.org/10.4081/jphr.2013.e29>
- Lefio, A., & Alvarado, N. (2011). Evaluación de proceso de un programa de vigilancia de eventos adversos hospitalarios: Clínica Dávila, Chile. *Rev. chil. salud pública*, 15(3), 135–145. <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCS/SP/article/view/17705/18465>
- Lorenzini, E., Santi, J. A. R., & Bao, A. C. P. (2014). Segurança do paciente: Análise dos incidentes notificados em um hospital do Sul do Brasil. *Rev. gaúcha enferm. (Online)*, 35(2), 121–127. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.44370>
- Mascarello, A., Massaroli, A., Pitilin, E. B., Araújo, J. S., Rodrigues, M. A., & Souza, J. B. (2021). Incidentes e eventos adversos notificados em âmbito hospitalar. *Rev. Rene (Online)*, 22, e60001. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260001>
- Moraes, C. M. S. M., & Aguiar, R. S. (2020). A notificação de eventos adversos e suas lacunas no processo da segurança do paciente. *Nursing*, 23(271), 5025–5040. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i271p5025-5040>
- Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2014). *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Ministério da Saúde. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Sistemas de notificação e aprendizagem de incidentes de segurança do paciente* (F. A. E. Leite, Trad.). Mizuno. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334323/9786555261950-por.pdf>
- Perez, C. D., Fuentes, P. S., & Garcia, E. J. (2019). Abordando erros médicos: Um protocolo de intervenção para profissionais de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 53, e03463. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018012703463>
- Portela, M. C. (Coord.). (2018). *Modelo de informações mínimas para a notificação de incidentes e sistemas de aprendizagem para a segurança do paciente: Guia do usuário*. Proqualis/Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz. [https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Modelo-de-informacoes-minimas\\_prova2%20\(1\).pdf](https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Modelo-de-informacoes-minimas_prova2%20(1).pdf)
- Rosas-Vargas, & Zárate-Grajales, R. A. (2017). Validación del instrumento “Factores asociados a la notificación de eventos adversos por el personal de salud”. *Rev. Enferm. Inst. Max. Seguro. Soc.*, 25(3), 227–232. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim173j.pdf>
- Sartor, G. D., Silva, B. F., & Masiero, A. V. (2021). Segurança do paciente em hospitais de grande porte: Panorama e desafios. *Cogit. Enferm. (Online)*, 21(5), 1–8. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.45644>
- Siman, A. G., & Brito, M. J. M. (2016). Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. *Rev. gaúcha enferm. (Online)*, 37(spe), e68271. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68271>
- Siman, A. G., Cunha, S. G. S., & Brito, M. J. M. (2017). A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 51, e03243. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016045503243>
- Spadojevic, A. S. S., Gomes, A. Q. F., Teixeira, C. P., Mello, C. M. B., Carvalho, D. G. O., Ribeiro, J. C. A., Torres, J. S. C., Gonçalves, J. L., Oliveira, J. S., Gomes, L. M. S., Fragoso, L. C., Almeida, L. F., Moura, M. L. O., Abdalla, M., Silva, M. F., Rosa, M., Rocca, P. M. S., Jorge, R. C., Ramirez, S. S., & Marra, V. L. (2021). *Plano Estadual de Segurança do Paciente*. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde. <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDM3Mzc%2C>
- Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S., & Antunes, A. V. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Rev. Inv. Enferm.*, 2(21), 17–26. [https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1311/1/Metodologia%20de%20Revis%C3%A3o%20Integrativa\\_RIE21\\_17-26.pdf](https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1311/1/Metodologia%20de%20Revis%C3%A3o%20Integrativa_RIE21_17-26.pdf)
- Sousa, R. S., Pontes, L. P. P., Maia, J. L. B., Araújo, H. A. W. P., Rocha, T. P. O., & Diniz, R. P. (2017). Gerenciamento de risco em tecnovigilância: Análises das notificações em um hospital sentinela. *Rev. enferm. UERJ*, 25, e22730. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.22730>
- Varallo, F. R., Passos, A. C., Nadai, T. B., & Mastroianni, P. C. (2018). Notificação de incidentes: Barreiras e estratégias para promover a cultura de segurança. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 52, e03346. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017026403346>
- Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). *Cuidado de saúde mais seguro: Estratégias para o cotidiano do cuidado*. Proqualis/Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz. <https://proqualis.net/livro/cuidado-de-sa%C3%BAde-mais-seguro-estrat%C3%A9gias-para-o-cotidiano-do-cuidado>