

SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO

ADVERSE HEALTH EVENT NOTIFICATION SYSTEM: STRATEGIES FOR IMPLEMENTATION IN AN ONCOLOGICAL HOSPITAL

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN SALUD: ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTACIÓN EN UN HOSPITAL ONCOLÓGICO

¹Bruna Rafaella Carvalho Andrade

²Nádia Alessa Vencão de Moura

³Bruna Caroline Silva Falcão

⁴Déborah Pestana Lima Vieira

⁵Mayra Sharlenne Moraes Araújo

⁶Valeria Pereira Lima

⁷Luciana Lêda Carvalho Lisboa

⁸Ana Hélia de Lima Sardinha

¹Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil, <https://orcid.org/0000-0001-8819-6834>.

²Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil, <https://orcid.org/0000-0003-4926-0500>.

³Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil, <https://orcid.org/0000-0001-5028-1670>.

⁴Faculdade Santa Terezinha, São Luís, Brasil, <https://orcid.org/0009-0007-6513-9950>.

⁵Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil, <https://orcid.org/0000-0002-9769-834X>.

⁶Universidade Ceuma, São Luís, Brasil, <https://orcid.org/0009-0002-7091-9533>.

⁷Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil, <https://orcid.org/0000-0001-5370-3525>.

⁸Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil, <https://orcid.org/0000-0002-8720-6348>.

Autor correspondente
Bruna Caroline Silva Falcão

 Rua 04, quadra 04, casa 33, Cohatrac 5. São Luís – MA Brasil. CEP: 65110000. Contato: +55 (98)981740775. E-mail: bruna_falcao5@hotmail.com.

Submissão: 08-09-2023

Aprovado: 11-09-2023

RESUMO

Introdução: O ato de notificar precisa ser encarado como uma oportunidade para os profissionais de saúde relatarem os eventos adversos em saúde, a fim de promover maior vigilância entre prestadores de serviços e organizações, permitindo melhorias na segurança do paciente e aprendizado a partir das falhas encontradas. O presente estudo teve como objetivo relatar o processo de implantação de um sistema para operacionalização do processo de notificação de eventos e/ou incidentes em saúde em um hospital referência em tratamento oncológico. Trata-se de um relato de experiência, realizado no Hospital do Câncer Aldenora Bello onde foram realizadas ações a fim de promover a notificação de incidentes relacionados a segurança do paciente por todos os membros da equipe. A mais efetiva foi a criação do Qr-Code e fixação deste em locais estratégicos. **Relato do caso:** Foi verificado uma ampliação dos notificadores e maior diversidade nos eventos que interferem a qualidade da assistência. A criação do Qr-Code revelou-se uma ferramenta simples e útil para incentivar as notificações dos eventos adversos e agregar como um novo canal de comunicação para o hospital, afastando os profissionais de julgamento e punições. **Conclusão:** A notificação voluntária precisa ser compreendida como uma oportunidade de melhoria da assistência em prol da segurança do paciente e da construção de um ambiente organizacional de aprendizado com os erros. É necessário constranger a utopia aceitando a possibilidade de errar, com o fito de conseguir a transformação de cultura e a adesão às práticas seguras em saúde.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Notificação; Institutos de Câncer; Gestão de Riscos.

ABSTRACT

Introduction: The act of notifying needs to be seen as an opportunity for health professionals to report adverse health events, in order to promote greater vigilance among service providers and organizations, allowing improvements in patient safety and learning from the failures found. The present study aimed to report the implementation process of a system for operationalizing the process of reporting health events and/or incidents in a reference hospital for cancer treatment. This is an experience report, carried out at the Aldenora Bello Cancer Hospital, where actions were taken to promote the notification of incidents related to patient safety by all team members. The most effective was the creation of the Qr-Code and its placement in strategic locations. **Case report:** There was an increase in the number of notifiers and greater diversity in events that affect the quality of care. The creation of the Qr-Code proved to be a simple and useful tool to encourage the reporting of adverse events and add it as a new communication channel for the hospital, keeping professionals away from judgment and punishment. **Conclusion:** Voluntary reporting needs to be understood as an opportunity to improve care in favor of patient safety and the construction of an organizational environment for learning from mistakes. It is necessary to constrain utopia by accepting the possibility of making mistakes, with the aim of achieving cultural transformation and adherence to safe health practices.

Keywords: Patient Safety; Notification; Cancer Care Facilities; Risk Management.

RESUMEN

Introducción: El acto de notificar debe ser visto como una oportunidad para que los profesionales de la salud informen eventos adversos para la salud, con el fin de promover una mayor vigilancia entre los proveedores y organizaciones de servicios, permitiendo mejorar la seguridad del paciente y aprender de las fallas encontradas. El presente estudio tuvo como objetivo informar el proceso de implementación de un sistema para operacionalizar el proceso de notificación de eventos y/o incidentes de salud en un hospital de referencia para el tratamiento del cáncer. Este es un relato de experiencia, realizado en el Hospital Oncológico Aldenora Bello, donde se tomaron acciones para promover la notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente por parte de todos los integrantes del equipo. Lo más efectivo fue la creación del Código QR y su fijación en lugares estratégicos. **Reporte de caso:** Se verificó un aumento de notificadores y mayor diversidad de eventos que interfieren en la calidad de la atención. La creación del Código Qr demostró ser una herramienta sencilla y útil para incentivar la notificación de eventos adversos y agregarlo como un nuevo canal de comunicación para el hospital, alejando a los profesionales de juicios y castigos. **Conclusión:** La notificación voluntaria debe entenderse como una oportunidad para mejorar la atención en favor de la seguridad del paciente y la construcción de un entorno organizacional para aprender de los errores. Es necesario limitar la utopía aceptando la posibilidad de cometer errores, con el objetivo de lograr una transformación cultural y la adhesión a prácticas de salud seguras.

Palabras clave: Seguridad del Paciente; Notificación; Instituciones Oncológicas; Gestión de Riesgos.

INTRODUÇÃO

Saúde não representa o mesmo significado para todas as pessoas. O conceito de saúde reflete a conjuntura social, política, econômica e cultural de um país. É definida como um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social. O cuidar ultrapassa a barreira das necessidades biológicas e adquire uma dimensão muito maior e mais abrangente, tendo também foco as necessidades emocionais, psicológicas, sociais e espirituais. É também chamado de cuidado holístico, que tem suas bases na humanização da assistência e como paradigma emergente a segurança no cuidado, analisando o paciente dentro do contexto ao qual está inserido¹.

A Constituição Federal de 1988 põe a vida como sendo o bem maior dos direitos fundamentais, preceituando em seu art. 196 que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, fundamentada no Sistema Único de Saúde (SUS) com seus princípios doutrinários e organizativos². O fato é que existe uma distância considerável entre o chamado SUS legal e o SUS real. Aliado a isso uma série de fatores (deficiências estruturais; falta de medicamentos ou insumos e equipamentos; além da carência de recursos humanos) contribuem para a criação de uma imagem negativa do sistema, o que compromete em grande medida sua credibilidade entre a população em geral³.

A maior parte dos problemas de saúde tem determinantes multidimensionais e complexos e que, por consequência, demandam políticas públicas também complexas e integradas em diversas áreas. Com o objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, o Ministério da Saúde instituiu Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) através da Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013. Para a OMS, segurança do paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, sendo o dano considerado como qualquer comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico⁴.

A busca pela qualidade da atenção não é um tema novo, e atualmente é considerado uma necessidade nos serviços de saúde. A busca de excelência na qualidade assistencial e a necessidade de oferecer um cuidado com minimização de riscos para os pacientes tornaram-se um grande desafio para as organizações de saúde em todo o mundo. Um cuidado de qualidade visa proporcionar o completo bem-estar, após atingir um equilíbrio entre benefícios e riscos que permeiam a assistência à saúde. Receber uma assistência à saúde de qualidade é um direito do indivíduo e os serviços de saúde devem

oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente, segura, com o objetivo de garantir a satisfação do paciente em todo o processo⁵.

Uma sucessão de armadilhas pode ser observada em instituições de saúde que impactam na segurança da assistência ao paciente, dentre elas: a falta de adesão a protocolos da institucionais, a inexperiência e a “pressa” de se executar o procedimento, a falta de liderança, o excesso da carga de trabalho, falta de treinamento e falhas na comunicação. Nos hospitais, a chance de o erro acontecer é elevada pelo fato de a prestação de serviços estar ligada a complexas interações entre pessoas, instalações, equipamentos e medicamentos⁶.

A fim de reduzir os erros e ampliar o número de práticas seguras, as instituições de saúde estão investindo em ações de mudança de cultura que primem pela qualidade assistencial e busquem a difusão de uma cultura de segurança aos pacientes, profissionais e ambiente, através do aperfeiçoamento da equipe de saúde, da utilização de boas práticas e do aprimoramento das tecnologias e melhoria dos ambientes de trabalho. No Brasil, conforme a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36/2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013, a notificação de incidentes é obrigatória. As notificações subsidiam a gestão de risco, vigilância e monitoramento de circunstâncias cruciais para a

aprendizagem e para a qualificação da segurança do paciente⁽⁵⁻⁷⁾.

O ato de notificar precisa ser encarado como uma oportunidade para os profissionais de saúde relatarem os eventos adversos em saúde, a fim de promover maior vigilância entre prestadores de serviços e organizações, permitindo melhorias na segurança do paciente e aprendizado a partir das falhas encontradas. Portanto, deve ficar claro que erros ou eventos adversos precisam ser notificados com objetivo de alcançar melhorias nos processos de trabalho. Nesse contexto, é imprescindível que os profissionais de saúde conheçam quais eventos são notificáveis, pois a falta de informação e o desconhecimento, configuram-se como obstáculos para a efetividade do processo de notificação. A padronização, conscientização e treinamento são fundamentais para garantir a qualidade da implantação dos protocolos⁸.

Este estudo tem por objetivo relatar o processo de implantação de um sistema para operacionalização do processo de notificação de eventos e/ou incidentes em saúde em um hospital referência em tratamento oncológico.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência sobre a implantação de um sistema para operacionalização do processo de notificação e os incentivos e estratégias adotadas pelo

Núcleo de Segurança do Paciente, para promoção de ações que resultem no aumento no número de notificações de eventos adversos.

Este estudo foi realizado no Hospital do Câncer Aldenora Bello (HCAB).

A cidade de São Luís, capital do estado do Maranhão é referência para o tratamento oncológico do estado, estão situados os dois maiores Hospitais Oncológicos e onde são diagnosticados mais de 50 % de novos casos de câncer de todo o estado.

O estado do Maranhão possui em sua rede quatro hospitais oncológicos em toda sua região, o Hospital Tarquínio Lopes Filho (Hospital Geral), um hospital público vinculado ao governo do Estado, o Hospital São Rafael, situado na segunda maior cidade do estado Imperatriz, referência para a região Sul do Estado, O Hospital Regional de Caxias e o Hospital do Câncer Aldenora Bello (HCAB), hospital privado de caráter filantrópico que atende rede SUS através de um convênio firmado com a prefeitura de São Luís.

O HCAB é pioneiro no tratamento de câncer e referência em atendimentos oncológicos e o único a possuir o título de Centro de Alta complexidade (CACON) no Estado do Maranhão. Por ano são diagnosticados no Hospital mais de 3500 casos novos o que representa mais de 50% do número de casos novos esperados para o

estado. Possui 146 leitos de internação, divididos em enfermarias clínicas, cirúrgicas, pediatria, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e apartamento. Além disso, dispõe de um dos maiores centros de radioterapia do Norte e Nordeste, braquiterapia e ambulatório de quimioterapia, possui também um Serviço de Pronto Atendimento (SPA) exclusivo para pacientes em atendimento oncológico.

O HCAB cumpre as normas e padrões estabelecidos por órgão regulamentadores para prestar uma assistência assertiva e de qualidade dentro de suas competências, seguindo as resoluções da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA)- RDC nº 36/2013 que instituiu as ações para segurança do paciente em serviços de saúde, através dessa normativa foi dado início na instituição um processo para atender as normas existentes na época.

Em novembro de 2016 foi criado o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) no HCAB. Nessa época a intenção era além de atender as normas exigidas, criar um processo que monitorasse os eventos adversos através da notificação manual pelos setores assistenciais, onde exclusivamente o enfermeiro preenchia uma ficha de notificação e repassava ao núcleo para análise e notificação no sistema da ANVISA. No final de 2021 houve uma reformulação do Núcleo e as primeiras ações vieram com o intuito de ampliar a cultura de segurança e de

desassociar as notificações realizadas ao núcleo a punições.

Em março de 2022, com o objetivo de aumentar em quantidade e qualidade as notificações e otimizar o tempo dos profissionais, a ficha de notificação foi digitalizada e disponibilizada através de um QR- CODE em todos os setores hospitalares. A partir daí, deu-se início a um maior acompanhamento dos casos notificados e busca ativa deles. Ainda assim o NSP estimava que houvesse subnotificação dos casos devido a cultura de notificação ser associado apenas ao profissional enfermeiro, então as ações de fortalecimento dessa prática continuaram crescendo com a intenção de sensibilizar toda a equipe a realizar a notificação. Semanalmente era realizada busca ativa de novos casos através de visita beira leito em todos os ambientes hospitalares.

A segunda ação constituiu-se na integração do NSP ao Núcleo de Educação Permanente (NEP) fortalecendo as ações de

educação, unindo esforços para melhoria contínua e promoção da cultura da notificação de incidentes por todo os profissionais do hospital.

A implantação do sistema de notificação através do Qr-Code foi criada para melhorar a adesão as notificações, por ser rápido e de fácil preenchimento e aberto a notificação de qualquer evento que pudesse interferir na qualidade da assistência e segurança do paciente, a proposta ampliava a notificação dos eventos para além do que é exigido pela ANVISA. Assim o NSP com o apoio da gerência de Enfermagem e da direção do hospital disponibilizou um sistema de notificação de eventos adversos simplificado, permitindo inclusive o anonimato do notificador. O enfoque foi a notificação sem medo de punição, pois as ações não resultariam em caráter punitivo. Nos primeiros meses após a implantação dessa nova forma de notificação foi realizada avaliação dessa nova estratégia adotada e comparado a quantidade de notificações antes e após implantação.

Figura 1 - Cartaz de divulgação do QR- Code de notificação de eventos adversos do Hospital do Câncer Aldenora Bello.



Fonte: Elaborada pelo NSP- HCAB

RESULTADOS

A divulgação da nova forma de notificação foi feita em locais estratégicos em todos os setores do serviço, tanto assistenciais como administrativos. Foi realizada através de treinamentos nos setores, por mídias sociais e pela fixação do pôster nos murais específicos (Figura 1).

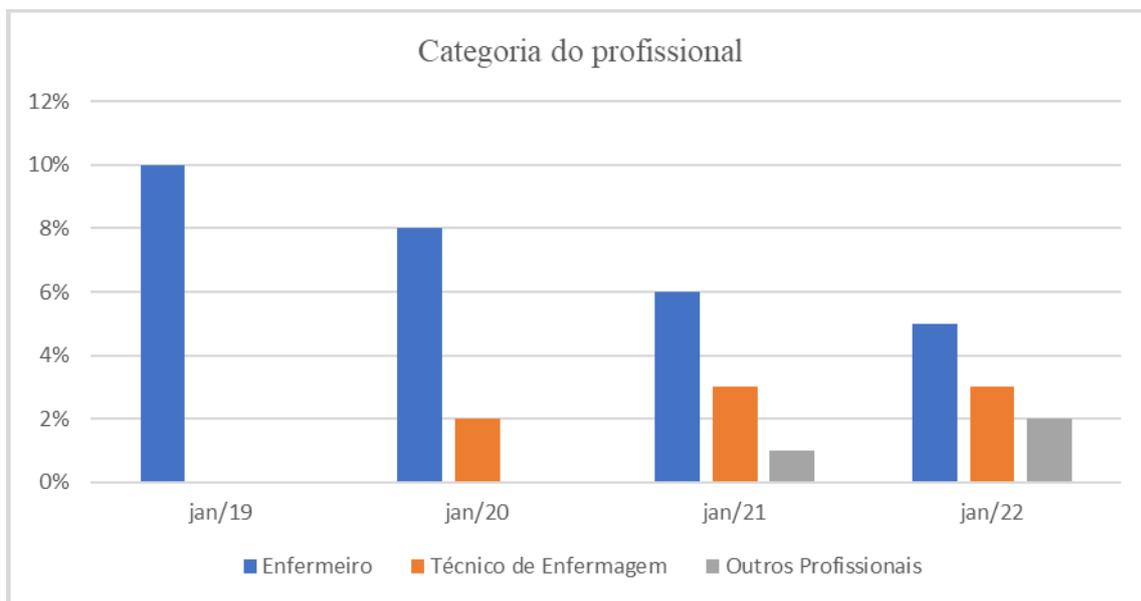
Foi ressaltada que a notificação não tem o objetivo de gerar punição, as estratégias propostas pelo NSP para melhorar qualidade e quantidade das notificações demonstraram um resultado positivo ao longo desses dois anos, demonstrando um aumento expressivo no número de notificações. Tendo como base

para avaliação o número de notificações de janeiro de 2019 a janeiro de 2022. Além de aumentar o número mensal de notificações, a outra intenção era a diversificação de tipos de profissionais notificadores, visto que ampliou o acesso e passou a ser de forma anônima proporcionando privacidade aos profissionais que tinham receio de se identificar (Tabela 1). Outro ponto importante foi a ampliação de tipos de incidentes sem danos que antes eram possivelmente subnotificados devido à falta de conhecimento dos funcionários, essas novas notificações possibilitaram novas ações e treinamento buscando melhoria na assistência (Tabela 2).

Essas informações permitem que a instituição se adeque as metas de segurança proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), além de elencar pontos importantes para identificar as fragilidades do hospital, expondo situações que facilitariam um

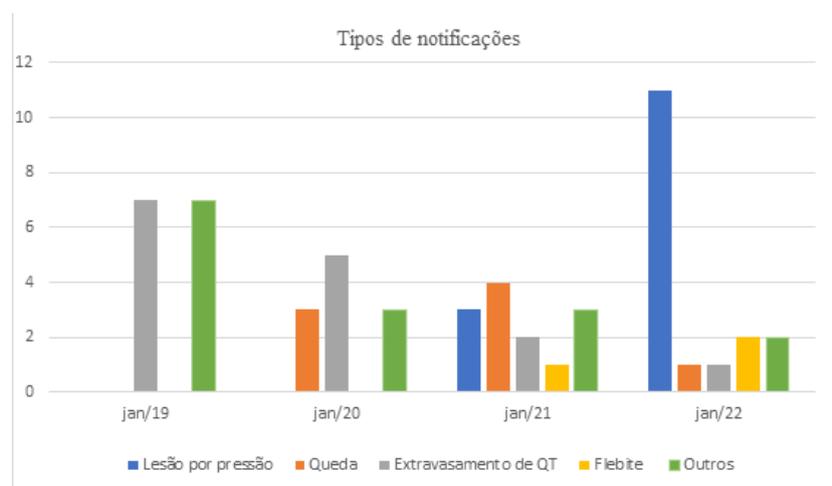
planejamento com ações que evitem novos incidentes. O Qr Code constitui um canal aberto em que os funcionários podem expor situações que interferem na qualidade da assistência sem apontar um colega ou membro da equipe para sua chefia.

Gráfico 1 - Categoria dos profissionais que realizaram as notificações dos eventos adversos nos anos



Fonte: Elaborada pelo autor

Gráfico 2 - Classificação dos incidentes notificados nos meses de janeiro de 2019 a janeiro 2022.



Fonte: Elaborada pelo autor

DISCUSSÃO

Em 2013 foi publicado o programa Nacional de Segurança do Paciente, este defendia que a cultura de segurança deveria ser desenvolvida pelas instituições brasileiras o que contribuiria em um trabalho seguro através de uma comunicação efetiva, demonstrando que a maior parte dos eventos adversos seriam evitáveis².

Os profissionais de saúde conhecem e sabem da importância da notificação dos eventos adversos, porém possuem resistência devido ao desconhecimento desse processo, o treinamento e orientação adequada podem ajudar a diminuir as subnotificações. É ideal o uso de estratégias confiáveis e que sejam de fácil manuseio, os afastando de julgamentos e punições.

Há muitas barreiras que precisam ser superadas pelas instituições de saúde e, principalmente, pelos profissionais, para que se intensifique o registro dos eventos adversos, uma vez que o processo de notificação não tem a finalidade de identificar culpados, mas sim de identificar as falhas que ocorrem na assistência, a fim de proporcionar uma assistência de qualidade⁹.

Estudo recente¹⁰ demonstrou que as equipes de enfermagem estudadas têm se posicionado em prol da notificação dos eventos adversos e da adoção de medidas de minimização de danos, entretanto, a

notificação dos eventos adversos ainda é negligenciada socialmente, dada a cultura punitiva existente.

Outro estudo¹¹ ratifica que a notificação dos eventos adversos ainda é negligenciada, por mais que os profissionais tenham conhecimento da sua importância para se conseguir uma melhoria da assistência prestada, alguns optam pela subnotificação. Tal fato ocorre pelo receio que muitos profissionais têm em serem submetidos a julgamentos, punições, demissões e enfrentar processos civis, legais e éticos. Além disso, a própria cultura punitiva adotada pela maioria das instituições, contribui para que muitos profissionais omitam seus erros, tanto por sentirem vergonha em ser expostos, quanto por medo das punições.

Estudo realizado em um hospital público cardiovascular no sul do Brasil em 2017 identificou que os profissionais de saúde relataram sobre o desconhecimento do processo de notificação, ilustrando a falta de protocolos e de uma rotina escrita para direcionar a notificação de eventos adversos em saúde⁹. Outro estudo¹² relata outro aspecto que dificulta o processo de notificação de evento adverso são as diferentes maneiras de agir dos profissionais de saúde frente ao ocorrido.

Estudo⁸ realizado em um complexo hospitalar no interior de São Paulo evidenciou que as notificações ficaram centradas na figura do enfermeiro, deduzindo que a

responsabilidade pela segurança do paciente não é compartilhada igualmente por todas as equipes.

Uma pesquisa¹³ realizada em 2014 identificou que os profissionais expressam nos depoimentos o entendimento de que a notificação de eventos adversos é um instrumento de auxílio à gestão do cuidado à saúde, na identificação do problema e na busca de alternativas para solucionar problemas relacionados à assistência à saúde, sejam relacionados à enfermagem ou a outras áreas. A notificação reduz ou elimina ocorrências semelhantes no futuro, promove aprendizagem, e por meio da investigação e análise dos incidentes, geram informações úteis para corrigir falhas¹².

Pesquisa¹⁴ realizada em 2013 cujo objetivo foi comparar dois tipos de métodos voluntários de notificação de incidentes que afetam a segurança do paciente, manuscritos (HR) e informatizados (CR) demonstrou que a notificação em sistema eletrônico é mais vantajosa, aumentando entre 58,7% e 62% a qualidade dos relatos, com diminuição nas rasuras e maior participação dos profissionais, principalmente técnicos de enfermagem.

O uso de formulários claros e concisos, a confidencialidade dos casos e o anonimato das notificações são alguns aspectos que podem ajudar na diminuição dos casos de subnotificações, pois garantem a privacidade dos profissionais e os oferece segurança¹⁵. Estes estudos corroboram com o

nosso relato de experiência, onde foi encontrado que o uso de um instrumento de fácil acesso e preenchimento resultou em uma maior diversidade de notificadores e aumento de incidentes elegíveis como notificáveis.

Recomenda-se maior investimento das instituições de saúde no núcleo de segurança do paciente, elaboração de programas de educação continuada sobre segurança do paciente e capacitação acerca da utilização e divulgação dos sistemas de notificação para que toda equipe multiprofissional realize os devidos registros e tenha conhecimento da dinâmica e fluxo desse processo¹⁵.

CONCLUSÕES

Os índices de ocorrência de eventos adversos em instituições de saúde são crescentes e torna essencial o desenvolvimento de estratégias para dirimir essa situação. Nesse sentido, novas rotinas e protocolos são lançados a fim de transformar as práticas assistenciais de modo ético focando na melhoria da saúde das pessoas, subsidiado por estratégias de apoio educacional e ações gerenciais de acompanhamento para sustentação de práticas assistenciais seguras. Entende-se que o envolvimento dos profissionais é fundamental, pois a utilização acrítica dos conhecimentos científicos ou implementação parcial de protocolos nas instituições de saúde, faz com que não se obtenha a segurança e qualidade almejadas, podendo

incorrer em riscos à saúde dos pacientes e dos profissionais.

A notificação voluntária precisa ser compreendida como uma oportunidade de melhoria da assistência em prol da segurança do paciente, além de ter papel fundamental para a identificação de incidentes e/ou eventos adversos em saúde. Uma cultura de segurança efetiva é marcada pela comunicação aberta e justa com seus profissionais quando os incidentes ocorrem, para motivá-los a relatar o erro, aprender como os mesmos ao invés de culpar os indivíduos e buscar olhar para o que deu errado dentro do sistema. Desse modo, a equipe deve perceber que a utilização do sistema de notificação almeja um ambiente organizacional de aprendizado com os erros, e não um meio punitivo.

Fala-se muito em mudança de cultura para que o cuidado seguro e de qualidade seja alcançado. Porém, essa não é uma situação fácil de ser atingida. É necessário um interesse individual e coletivo. Pensar estratégico é de suma importância, já que é preciso mudar quando a realidade muda. É necessário constranger a utopia aceitando a possibilidade de errar, só assim o primeiro passo será dado. É uma busca diária e contínua, com o fito de conseguir a transformação de cultura e a adesão às práticas seguras em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. Rev baiana enferm [Internet]. 31 Mar 2017 [citado 2023 Set 8];31(1):e21847. Doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i1.21847>. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21847>.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde [Internet]. Brasília: ANVISA; 2017. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=ODk0OQ%2C%2C>
3. Xelegati R, Gabriel CS, Dessotte CAM, Zen YP, Évora YDM. Eventos adversos relacionados ao uso de equipamentos e materiais na assistência de enfermagem a pacientes hospitalizados. Rev esc enferm USP [Internet]. 2019 [citado 2023 Set 8];53:e03503. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018015303503>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/ddsFQzyz-cwszbzbF8WFpGpK/>
4. Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
5. Santos JAM, Santos AAP, Bernardo THL, Gaedke MÂ, Santos WB, Oliveira JCS. Cultura de segurança em unidade de terapia intensiva materna. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2022 Jul 28 [citado 2023 Set 8];30(1):e62230. Doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2022.62230>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/62230/42909>
6. Moreira MSJ, Santos MR, Santos MA, Silva VA, Pereira AAR, Pereira GB. Notificación de incidencias relacionadas

- con la atención sanitaria en niños hospitalizados. *Enfermería Global* [Internet]. Jul 2022 [citado 2023 Set 8];21(3):431–63.
Doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.505321>. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v21n67/1695-6141-eg-21-67-431.pdf>
7. Nazário SS, Cruz EDA, Batista J, Silva DP, Pedro RL, Laynes RL. Caracterização de eventos adversos hospitalares: busca ativa versus notificação espontânea. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2022 [citado 2023 Set 8];27:e82040. Doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.82040>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/xqZvHMBHNxCh934wnXfwRrb/>
 8. Furini ACA, Nunes AA, Dallora MELV. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2019 [citado 2023 Set 8];40(spe):e20180317. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ghp6h3SKJMjjwbY96yyd3Yz/?format=pdf&lang=pt>
 9. Mascarenhas FAS, Anders JC, Gelbcke FL, Lanzoni GMM, Ilha P. Facilities and difficulties of health professionals regarding the adverse event reporting process. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [citado 2023 Set 8];28:e20180040. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0040>. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/yyp7nybyXdtwK6Ddvx5gLQ/?format=pdf&lang=en>
 10. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. Jan 2015 [citado 2023 Set 8];68(1):144–54. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mBxyRmzXxjVYbDQZfg7phyj/>
 11. Araujo JS, Nascimento HM, Farre AGMC, Brito RO, Santos JPA, Vasconcelos TTS. Conhecimento dos enfermeiros sobre evento adverso e os desafios para a sua notificação. *Cogitare Enferm* [Internet]. Out/dez 2016 [citado 2023 Set 8];21(4): 01-08. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45404/pdf>
 12. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. Out 9 2017 [citado 2023 Set 8];51:e03243. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016045503243>. Available from: <https://www.scielo.br/j/reesp/a/TF3cXD3jQsqgyrPvWCTWMcx/?format=pdf&lang=en>
 13. Paiva MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DMR, Lima SAM, Juliani CMCM. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. *Rev lat-am enferm* [Internet]. Out 8 2014 [citado 2023 Set 8];22(5):747-54. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100021>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/99290>.
 14. Capucho HC, Arnas ER, Cassiani SHDB. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. Mar 2013 [citado 2023 Set 8];34(1):164–72. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/QThJLnNn94mM3XkYP8bBDRp/?lang=pt>
 15. Moreira IA. Notificação de eventos adversos: o saber e o fazer de enfermeiros [dissertação] Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás; 2018. 107 f.

Fomento e Agradecimento: A pesquisa não recebeu financiamento.

Crerios de autoria (contribuiçes dos autores)

Nádia Alessa Vencao de Moura. Contribuiu substancialmente na concepção, no

planejamento do estudo, redação, revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

Bruna Rafaella Carvalho Andrade. Contribuiu substancialmente na concepção e/ou no planejamento do estudo, redação, revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

Bruna Caroline Silva Falcão. Contribuiu substancialmente na concepção, no planejamento do estudo, redação, revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

Déborah Pestana Lima Vieira. Contribuiu na obtenção, na análise e interpretação dos dados.

Mayra Sharlenne Moraes Araújo. Contribuiu na obtenção, na análise e interpretação dos dados.

Valeria Pereira Lima. Contribuiu na obtenção, na análise e/ou interpretação dos dados.

Luciana Lêda Carvalho Lisboa. Contribuiu na obtenção, na análise e interpretação dos dados.

Ana Hélia de Lima Sardinha. Contribuiu substancialmente na concepção, no planejamento do estudo, redação, revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

Declaração de conflito de interesses “Nada a declarar”.