

Millenium, 2(Edição Especial Nº18)

pt

**ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: SCOPING REVIEW**

**STRATEGIES PROMOTING THE REPORTING OF ADVERSE EVENTS IN NURSING CARE FOR CRITICALLY ILL PATIENTS: SCOPING REVIEW**

**ESTRATEGIAS QUE PROMUEVEN LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO: SCOPING REVIEW**

Ana Garrett<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0003-0868-1536>

Ricardo Melo<sup>1,2</sup>  <https://orcid.org/0000-0003-4870-2047>

<sup>1</sup> Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Oliveira de Azeméis, Portugal

<sup>2</sup> Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), Coimbra, Portugal

Ana Garrett - anagarrett559@hotmail.com | Ricardo Melo - ricardo.melo@essnortecvp.pt



**Autor Correspondente:**

Ana Garrett  
R. da Cruz Vermelha  
3720-126 – Oliveira de Azeméis - Portugal  
anagarrett559@hotmail.com

RECEBIDO: 05 de março de 2024

REVISTO: 22 de abril de 2025

ACEITE: 06 de maio de 2025

PUBLICADO: 22 de maio de 2025

## RESUMO

**Introdução:** Os eventos adversos constituem falhas na segurança e são uma das principais causas de morte e incapacidade. Têm impacto clínico, económico, social e organizacional. As Unidades de Cuidados Intensivos são ambientes propícios à ocorrência de eventos adversos. A notificação promove a aprendizagem com o erro, a implementação de medidas corretivas e contribui para melhoria da qualidade e segurança.

**Objetivo:** Mapear a evidência acerca das estratégias promotoras da notificação de eventos adversos nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, em contexto de Unidades de Cuidados Intensivos.

**Métodos:** Estudo de scoping review de acordo com o protocolo de Joana Briggs Institute. A pesquisa foi efetuada na CINAHL (Via EBSCO), MEDLINE (via PUBMED), SciELO, COCHRANE, LILACS, RCAAP, DANS EASY/OpenGrey e DART-Europe. Não foram aplicados limites temporais, nem restrições de idioma.

**Resultados:** Incluídos 9 estudos, identificadas estratégias como: formação e treino sobre segurança/ notificação; a notificação como oportunidade de melhoria; confidencialidade; anonimato; cultura não punitiva; sistemas de notificação simples, linguagem padronizada internacional; incentivo e apoio das lideranças, comunicação aberta; feedback; implementação de medidas corretivas e cultura de segurança.

**Conclusão:** A notificação é essencial para aprendizagem com o erro e para a implementação de medidas corretivas de melhoria que previnem a ocorrência dos eventos adversos. Identificar as estratégias promotoras da notificação nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, pode aumentar a notificação e melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados.

**Palavras-chave:** enfermagem em cuidados intensivos; segurança do doente; gestão de risco; cuidados intensivos

## ABSTRACT

**Introduction:** Adverse events constitute failures in safety and are one of the main causes of death and disability. They have clinical, economic, social and organizational impact. Intensive Care Units are environments prone to the occurrence of adverse events. Reporting promotes learning from errors, the implementation of corrective measures and contributes to improving the quality and safety.

**Objective:** To map the evidence on strategies that promote the reporting of adverse events in nursing care for critically ill patients, in the Intensive Care Units context.

**Methods:** Scoping review study was carried out according to the Joana Briggs Institute protocol. The search was carried out in CINAHL (Via EBSCO), MEDLINE (via PUBMED), SciELO, COCHRANE, LILACS, RCAAP, DANS EASY/ OpenGrey and DART-Europe. No time limits or language restrictions were applied.

**Results:** 9 studies were included, identifying strategies such as: education and training on safety/notification; notification as an opportunity for improvement; confidentiality; anonymity; non-punitive culture; simple notification systems, international standardized language; encouragement and support from leaders, open communication; feedback; implementation of corrective measures and safety culture

**Conclusion:** Reporting is essential for learning from errors and for implementing corrective improvement measures that prevent the occurrence of adverse events. Identifying strategies that promote reporting in nursing care for critically ill patients can increase reporting and improve safety and quality of care.

**Keywords:** critical care nursing; patient safety; risk management; intensive care

## RESUMEN

**Introducción:** Los eventos adversos constituyen violaciones de seguridad y son una de las principales causas de muerte y discapacidad. Tienen impacto clínico, económico, social y organizacional. Las Unidades de Cuidados Intensivos son entornos propicios para la aparición de eventos adversos. La notificación promueve el aprendizaje de los errores, la implementación de medidas correctivas y contribuye a mejorar la calidad y seguridad.

**Objetivo:** Mapear la evidencia sobre estrategias que promueven la notificación de eventos adversos en la atención de enfermería al paciente crítico, en el contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos.

**Métodos:** Estudio de revisión de alcance de acuerdo con el protocolo del Instituto Joana Briggs. La búsqueda se realizó en CINAHL (Vía EBSCO), MEDLINE (vía PUBMED), SciELO, COCHRANE, LILACS, RCAAP, DANS EASY/OpenGrey y DART-Europe. No se aplicaron límites de tiempo ni restricciones de idioma.

**Resultados:** Se incluyeron 9 estudios, identificando estrategias como: educación y capacitación en seguridad/notificación; notificación como oportunidad de mejora; confidencialidad; anonimato; cultura no punitiva; sistemas de notificación sencillos, lenguaje estandarizado internacional; estímulo y apoyo de los líderes, comunicación abierta; feedback; Implementación de medidas correctivas y cultura de seguridad.

**Conclusión:** La notificación es esencial para aprender de los errores y para implementar medidas correctivas de mejora que prevengan la aparición de eventos adversos. Identificar estrategias que promuevan la notificación en la atención de enfermería al paciente crítico puede aumentar la notificación y mejorar la seguridad y la calidad de la atención.

**Palabras Clave:** enfermería de cuidados intensivos; seguridad del paciente; gestión de riesgos; cuidados intensivos

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A qualidade e segurança são uma prioridade das organizações de saúde a nível mundial. Um evento adverso (EA) associado aos cuidados de saúde é percecionado como uma falha na segurança e cerca de 60% destes podem ser prevenidos (SIMAN et al., 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o dano causado ao doente devido a cuidados inseguros é um desafio de saúde pública, sendo uma das principais causas de morte e incapacidade no mundo. Em média 1 em cada 10 doentes está sujeito a um EA em hospitais de países desenvolvidos. As evidências sugerem que 134 milhões de EA ocorrem em países em desenvolvimento, contribuindo para 2,6 milhões de mortes anuais (WHO, 2021). Os incidentes de segurança podem ser um quase evento (*near miss*) que é “um incidente que não alcançou o doente”; um evento sem danos que “chegou ao doente, mas não resultou em danos” e um EA que “que resulta em danos para o doente” (DGS, 2011, p.15).

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são propícias à ocorrência de EA, por serem ambientes altamente tecnológicos e complexos (Souza et. al, 2018), com a necessidade da prestação de cuidados altamente diferenciados havendo, assim, maior risco associado a estes e, por conseguinte, maior risco da ocorrência de EA. Estes têm impacto clínico porque aumentam a mortalidade e tempo de internamento (Ortega et al., 2017; Roque et al., 2016), impacto económico porque acarretam aumento dos custos para as instituições de saúde e afetam a dinâmica e rendimento das famílias (Guerreiro et al., 2022; Mansouri et al., 2019) e impacto social e organizacional porque afetam a satisfação, a credibilidade e a confiança dos utentes nas instituições (Eltaybani et al., 2018; Perez et al., 2019).

Os EA que ocorrem em UCI envolvem medicação/fluídios intravenosos (alto risco); úlceras de pressão; infecções associadas aos cuidados de saúde; quedas: extubação endotraqueal não planeada; exteriorização accidental do cateter venoso central; da derivação ventricular externa, da sonda vesical ou nasogástrica; manuseamento do ventilador; flebites e hipoglicémias (Aikawa et al., 2021; Assis et al., 2022; Ortega et al., 2017; Roque et al., 2016; Souza et al., 2018).

A abordagem do doente crítico é multidisciplinar, contudo “os enfermeiros são responsáveis por mais efeitos adversos evitáveis do que qualquer outro profissional de saúde, por representarem uma percentagem significativa dos recursos humanos da saúde e por passarem uma grande parte do seu tempo com os utentes” (Mansoa, 2010, p.5).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 recomenda “o desenvolvimento de sistemas de notificação que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria, numa cultura não punitiva, de melhoria contínua, e de proteção do notificador.” (Despacho n.o 9390/2021 de 24 de setembro, 2021, p.101). Em Portugal a notificação e gestão de incidentes é efetuada através do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA de carácter voluntário, confidencial, anónimo e não punitivo (Norma 017/2022 de 19 de dezembro, 2022).

A subnotificação de EA e *near-miss* permanece elevada (Hamilton et al., 2018 cit por Hamed & Konstantinidis, 2022), sendo importante o conhecimento de barreiras/ fatores dificultadores da notificação dos EA. As barreiras organizacionais/ processo integram: sistemas de notificação inadequados (Hamed & Konstantinidis, 2022; Mansouri et al., 2019); défice conhecimento, formação e treino sobre sistemas de notificação (Hamed & Konstantinidis, 2022; Mansouri et al., 2019; Nazário et al., 2021; Siman et al., 2017); cultura punitiva (Mansouri et al., 2019; Nazário et al., 2021); falta de *feedback* pós notificação; mudança de atitude do gestor perante o enfermeiro envolvido no erro; sobrecarga de trabalho (Mansouri et al., 2019); falta de incentivo para notificar, de material e recursos humanos (Nazário et al., 2021).

As barreiras individuais/profissionais incluem: medo de ficar com a reputação prejudicada ou imputação de culpa (Hamed & Konstantinidis, 2022; Mansouri et al., 2019; Nazário et al., 2021); sentimento de vergonha (Nazário et al., 2021); medo de perder o emprego; de repercussões legais; de agressões, da falta de compreensão das famílias; das consequências graves a longo prazo para o doente; da falta de apoio dos colegas e chefias (Mansouri et al., 2019); falta de motivação e sentido de compromisso (Hamed & Konstantinidis, 2022; Mascarenhas et al., 2019; Nazário et al., 2021); as diferentes posturas/atitudes perante o incidente/EA, o esquecimento e o não priorizar a notificação (Siman et al., 2017).

Os enfermeiros são elementos fundamentais na segurança do doente e podem ser agentes ativos na gestão do risco, desempenhando um importante papel na notificação e prevenção de EA. O objetivo deste estudo de *scoping review* pretendeu mapear a evidência acerca das estratégias promotoras da notificação de EA nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, em contexto de UCI.

## 2. MÉTODOS

A revisão foi efetuada com base na metodologia proposta pelo Joana Briggs Institute (JBI) utilizando os tópicos: população, conceito e contexto (PCC) (Peters et al., 2020). Na população, foram considerados estudos que incluiam enfermeiros a exercer funções em UCI; no conceito, estudos sobre as estratégias promotoras da notificação de EA e no contexto, estudos realizados em UCI. A questão orientadora foi: “Quais as estratégias promotoras da notificação de EA nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de UCI?”. Como critérios de inclusão foram definidos: estudos com enfermeiros a exercer funções em UCI; sobre cuidados ao adulto em situação crítica e sobre estratégias promotoras da notificação de EA. Quanto aos critérios de exclusão foram rejeitados os estudos com enfermeiros a exercer funções em serviços de internamento e/ou consulta externa; sobre cuidados a menores de 18 anos e sobre outras temáticas que não abordem estratégias promotoras da notificação de EA.

A operacionalização do protocolo ocorreu em três fases, durante agosto e setembro de 2023.

Numa primeira fase foi efetuada uma pesquisa limitada nas bases de dados CINAHL (via EBSCO) e MEDLINE (via PUBMED) para definir os termos de pesquisa através da análise das palavras utilizadas nos títulos, resumos e descritores. Nesta fase foram verificadas as definições dos descritores MeSH (Medical Subject Headings) para avaliar o enquadramento com a temática e o objetivo do estudo.

Numa segunda fase foram combinadas as palavras-chave/descritores MeSH que integram a frase booleana orientadora da estratégia de pesquisa nas bases de dados: CINAHL (via EBSCO), MEDLINE (via PUBMED), Scielo, COCHRANE, LILACS. Para mapear a literatura cinzenta, foi efetuada pesquisa no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), DANS EASY/ OpenGrey e DART-Europe. Não foram aplicados limites temporais ou restrições de idioma.

A frase booleana utilizada foi: (((Nursing Care) OR (Critical Care Nursing)) AND ((Patient Safety) OR (Risk Management)) AND (Intensive Care Unit)), ajustada em função dos critérios de pesquisa de cada base de dados.

Após a pesquisa, as referências dos estudos foram importadas para a aplicação *Rayyan Qatar Computing Research Institute – Intelligent Systematic Review Software®* para remoção dos duplicados. Posteriormente, os estudos foram selecionados por dois revisores independentes que analisaram os títulos e resumos, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão. Não surgiram questões que gerassem discordância, pelo que não foi necessário um terceiro revisor. Não houve necessidade de contactar os autores de fontes primárias ou revisões para a obtenção de informação relevante, dado que todos os artigos estavam disponíveis em texto integral. Numa terceira fase, a lista de referências dos estudos selecionados foi pesquisada para encontrar fontes adicionais.

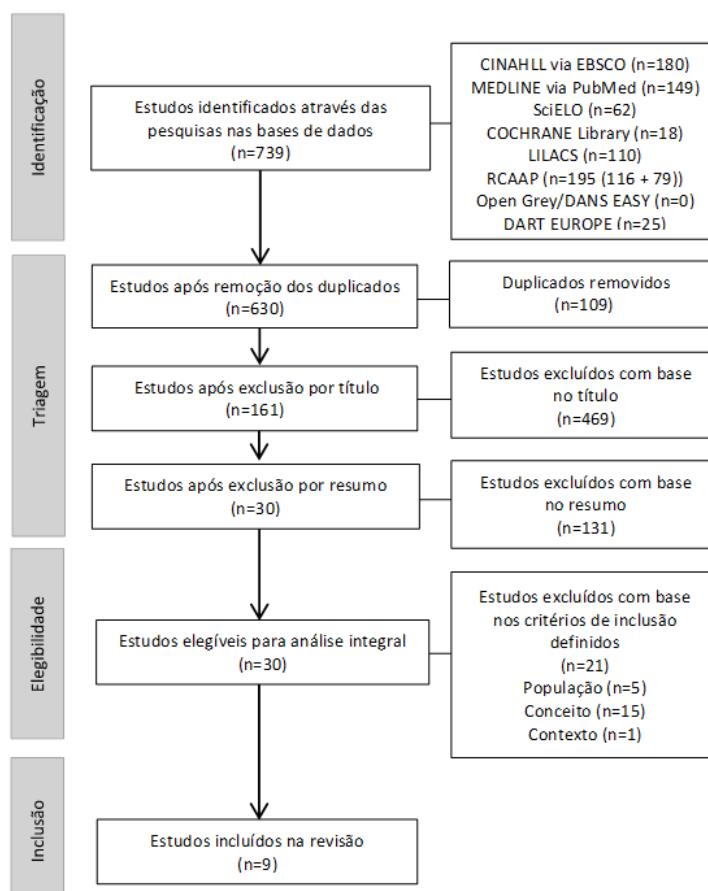
O procedimento de seleção que integra a identificação, triagem, elegibilidade e inclusão será apresentado num fluxograma de decisão recorrendo à *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* adaptado à metodologia de scoping review (PRISMA-SCR) (Tricco et al., 2018).

A síntese dos dados será apresentada numa tabela de extração de dados (Tabela 1) que inclui os autores, ano de publicação, país de origem, objetivo, tipo de estudo, método, população ou amostra, nível de evidência, principais resultados e conceitos relevantes para a investigação. O nível de evidência dos estudos foi avaliado de acordo com os níveis de evidência e grau de recomendação proposto por JBI (Joanna Briggs Institute, 2013). O protocolo foi registado na plataforma *Open Science Framework* e pode ser consultado através do link: <https://osf.io/yzkjq/>.

### 3. RESULTADOS

Inicialmente foram obtidos 739 estudos. As referências foram importadas para o *Rayyan Qatar Computing Research Institute – Intelligent Systematic Review Software®*. Após a remoção dos 109 estudos duplicados, os restantes 630 foram selecionados por dois revisores independentes. Foi efetuada a leitura do título e posteriormente do resumo, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão. Após esta triagem os estudos foram novamente reunidos para verificar a concordância da seleção, a qual se verificou, pelo que não foi necessário um terceiro revisor. Assim, foram excluídos 469 estudos após leitura do título e 131 após leitura do resumo, tendo-se obtido um total de 30 estudos para elegibilidade. Após a leitura do texto integral, 5 estudos foram excluídos por não cumprirem o critério população, 15 por não cumprirem o critério conceito e 1 pelo contexto. Assim, foram incluídos na revisão 9 estudos. A lista de referências dos artigos selecionados foi pesquisada para encontrar fontes adicionais, contudo nenhuma referência adicional foi incluída.

O procedimento de seleção será apresentado num fluxograma de decisão (Figura 1).



**Figura 1-** Fluxograma de decisão recorrendo à *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* adaptado à metodologia de scoping review (PRISMA-SCR) (Tricco et al., 2018)

Embora não tenha havido restrições de idioma, 4 estudos encontram-se em inglês e os restantes em português. Relativamente ao tipo de estudo, 2 são estudos quantitativos (transversais) e 6 são qualitativos (um estudo de caso, dois descritivos exploratórios, um fenomenológico, um descritivo retrospectivo, um de metodologia restaurativa/colaborativa e *focus grupo*). Apenas um é misto. A síntese dos dados será apresentada na seguinte tabela de extração de dados (Tabela 1).

**Tabela 1** - Tabela de extração de dados dos estudos incluídos na revisão

Título, Autores (Ano) País	Objetivo	Tipo de Estudo Método População/ Amostra	Nível de evidência JBI (2014)	Principais resultados/ conceitos relevantes para a investigação
<i>Unreported errors in the intensive care unit: a case study of the way we work</i> Henneman, E.A. (2007) EUA	Discutir a não notificação de erros por um enfermeiro. Identificar alguns fatores sociais e contextuais que influenciam a ocorrência enfermeira num e a subnotificação de erros	Qualitativo, descritivo, retrospectivo. Estudo de caso Dois pacientes ao cuidado de uma enfermeira num turno de 12h, numa UCI	4.d	A notificação exige uma abordagem mais inovadora. Uso de métodos qualitativos (entrevista, grupos de discussão). Envolver outros profissionais na identificação de potenciais erros. Métodos de comunicação diversificados e inovadores.
Gerenciamento de Riscos Assistenciais em Unidade de Terapia Intensiva: A Percepção da Equipe de Enfermagem Melo et al. (2013) Brasil	Analizar a percepção da equipe de enfermagem numa UTI de adultos sobre o gerenciamento de risco em saúde e a adesão ao sistema eletrônico de notificação de EA	Qualitativo, descritivo, exploratório. Entrevista semi-estruturada; diário de campo. 4 enfermeiros e 39 técnicas de enfermagem de uma UTI	4.b	Existe necessidade de sensibilização, formação e treino na área da notificação. É fundamental desmistificar o processo da notificação, valorizando o seu potencial de correção e prevenção da ocorrência novos EA. Há necessidade de aumentar o estímulo por parte das chefias e o feedback sobre os eventos notificados, como forma de motivar para o ato de notificar evitando a subnotificação.
<i>Brazilian registered nurses' perceptions and attitudes towards adverse events in nursing care: a phenomenological study.</i> (SCIHUB) Freitas et al. (2011) Brasil	Descrever as percepções e atitudes dos enfermeiros registrados (RNs) em relação a eventos adversos (EAs) na assistência de enfermagem	Qualitativo, Fenomenologia Social de Schutz (teoria da motivação). Entrevistas 23 RNs e 43 auxiliares de enfermagem	4.b	Notificar, analisar e refletir sobre fatores e falhas que levam à ocorrência de EA pode prevenir a sua ocorrência. Estratégias de prevenção de EA devem envolver conjuntamente os profissionais e instituição de saúde. A prioridade deve ser o estabelecimento de uma cultura de segurança, não punitiva e orientada para a melhoria da qualidade.
<i>Patient safety: understanding human error in intensive nursing care.</i> Duarte et al. (2018) Brasil	Analizar as falhas ativas e as condições latentes relacionadas aos erros em cuidados intensivos de enfermagem e discutir as medidas reativas e proativas mencionadas pela equipe de enfermagem.	Qualitativo, descritivo, exploratório. Entrevista semi-estruturada. 13 enfermeiros e 23 auxiliares de enfermagem	4.b	Para estimular a notificação do erro é necessário: o preenchimento voluntário e anônimo dos instrumentos de notificação; aprender sobre os conceitos associados; promover conversas, reuniões e treino em equipa que possibilitam a compreensão e a resolução das situações de erro, promovendo uma cultura de segurança.
<i>Nature of nursing errors and their contributing factors in intensive care units</i> Eltaybani et al. (2018) Egipto	Identificar a natureza dos erros de enfermagem e seus fatores contribuintes	Qualitativo, descritivo. Entrevista semi-estruturada. 112 enfermeiros de 3 UTI.	4.b	Deve ser promovida uma cultura de notificação dos erros encorajando os enfermeiros a notificar não apenas os erros graves, mas também os quase erros e os erros sem dano. A análise dos erros permite identificar as causas subjacentes, desenvolver soluções eficazes e estratégias de interrupção. Os enfermeiros são mais propensos a reportar os seus erros quando se sentem mais seguros e quando o sistema de notificação não é complexo, é necessária uma linguagem padronizada internacional para definir e analisar os erros.
<i>Engaging nurses to strengthen medication safety: Fostering and capturing change with restorative photographic research methods</i> Gimenes et al. (2014) Brasil	Efetuar uma revisão crítica sobre a segurança de medicamentos no contexto de uma UTI e desenvolver e implementar diversas melhorias práticas e culturais	Metodologia de pesquisa restaurativa; metodologia colaborativa. Grupos focais, entrevista semi-estruturada, registo fotográfico e notas de campo. 5 enfermeiros registados e 18 técnicos de enfermagem	4.b	Antes da reformulação não havia sistema de notificação; análise causa-raiz e outras questões de segurança. Após a reformulação o enfermeiro gestor tornou-se membro da "Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente" e organizou um Comissão de Segurança do Paciente; instituiu um instrumento de notificação (uma caixa colocada estrategicamente na sala de descanso dos enfermeiros) como incentivo à notificação, de forma voluntária e anónima. Valorização da cultura organizacional não punitiva e uma comunicação aberta, fundamental na promoção de um ambiente seguro para o paciente.

Título, Autores (Ano) País	Objetivo	Tipo de Estudo Método População/ Amostra	Nível de evidência JBI (2014)	Principais resultados/ conceitos relevantes para a investigação
Cultura de segurança em Unidade de Terapia Intensiva na percepção de profissionais de Enfermagem Freitas et al. (2021) Brasil	Avaliar a cultura de segurança em UTI na percepção de trabalhadores de enfermagem	Misto (quantitativo e qualitativo) Questionário Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) e entrevista semi-estruturada. 26 enfermeiros de uma UTI	3.e	Cultura de segurança positiva nos domínios: clima de trabalho (boa relação, colaboração e comunicação na equipa); satisfação no trabalho e a percepção de stress; clima de segurança (referida a implementação recente de um sistema de notificação). Cultura de segurança negativa nos domínios: percepção da gestão da unidade e do hospital (falta de participação na tomada de decisão e a necessidade de dar maior ênfase à segurança) e as condições de trabalho (reconhecem a existência de recursos, mas a sobrecarga de trabalho pode prejudicar a segurança). É necessário consolidar a cultura de segurança, modificando comportamentos dos profissionais, não culpando, mas educando.
Cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem no ambiente da terapia intensiva Campelo et al. (2021) Brasil	Avaliar a cultura de segurança entre os enfermeiros de terapia intensiva	Quantitativo transversal Questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) 42 enfermeiros e 121 técnicos de enfermagem de 4 UTI	3.e	Os resultados indicam que a cultura de segurança necessita de ser desenvolvida. Respostas positivas demonstram que os profissionais percebem o erro como oportunidade de aprendizagem. Contudo as dimensões “abertura para a comunicação”, “retorno das informações e da comunicação sobre o erro” obtiveram menores percentagens. Uma cultura de segurança positiva remove o foco da culpa e mobiliza para aprendizagem com o erro, prevê uma comunicação aberta que promove o retorno da informação e incentiva a notificação de eventos. O processo de notificação necessita de atenção e investimento da gestão, sendo determinante para a implementação de estratégias de melhoria e constitui uma fonte de dados para análise da ocorrência. Os enfermeiros São reconhecidos como a categoria que mais notifica.
Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem Mello & Barbosa (2017) Brasil	Identificar e comparar as dimensões da cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de enfermagem de duas UTI	Quantitativo, transversal Questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) 97 enfermeiros de duas UTI	3.e	Maior avaliação nas dimensões: trabalho em equipa, expectativas e ações para promoção da segurança do supervisor e aprendizagem organizacional. Menor avaliação: apoio da gestão para a segurança, respostas não punitivas aos erros e percepção geral de segurança. Reconhece a importância de um ambiente aberto e não punitivo para a comunicação de erros. Essa abordagem justa e equilibrada contribui para um aumento da notificação, adesão a melhores práticas de segurança e consequente redução de erros. Destaca a necessidade de obtenção de feedback sobre os eventos notificados e respetivas medidas corretivas.

#### 4. DISCUSSÃO

Os estudos incluídos apresentaram um baixo nível de evidência pelo que seria necessário a realização de estudos randomizados com amostras mais significativas, que possam alicerçar as estratégias promotoras da notificação dos EA em evidência científica mais revelante. O contexto geográfico predominante foi o do Brasil, porém a segurança é uma preocupação a nível mundial, pelo que seria pertinente a realização destes estudos noutras localidades. No geral, as estratégias identificadas nos estudos incluídos vão de encontro à literatura que consta do enquadramento teórico e corroboram as mesmas (Hamed & Konstantinidis, 2022; Mansouri et al., 2019; Mascarenhas et al., 2019; Nazário et al., 2021; Simant et al., 2017).

A sensibilização para a relevância da notificação é fundamental. Melo et al. (2013), num estudo que avaliou a percepção dos enfermeiros sobre a gestão de risco e adesão a um sistema de notificação, referiram que além da sensibilização, é necessário formação e treino no processo, incluindo conceitos associados, tipo de eventos a notificar e a operacionalização dos sistemas. A formação e treino como uma estratégia promotora da notificação é amplamente reconhecida por vários autores (Danielis et al., 2020; Maldonado et al., 2020; Martins, 2017; Moreira et al., 2021; OMS, 2021). A sensibilização foi também evidenciada num estudo que pretendeu identificar como os enfermeiros notificam EA em UCI, que fatores influenciam e que estratégias sugerem para promover a notificação. Estes referiram como estratégia a consciencialização de que a notificação conduzirá à implementação de um plano de melhoria e prevenirá a ocorrência de EA (Maldonado et al., 2020).

As questões relacionadas com a segurança não são recentes e a evolução do processo da notificação têm-se verificado ao longo do tempo. Henneman (2007) reconheceu a necessidade de abordagens mais inovadoras do que os tradicionais formulários de notificação, dado que problemas mais complexos podem ser de difícil descrição em papel ou formulário digital. Identificou o uso de entrevistas ou grupos de discussão para investigação dos eventos e identificação de falhas de sistema.

Por outro lado, uma vez que a exposição prolongada aos contextos pode prejudicar a capacidade de identificar e reconhecer os erros, o envolvimento de outros profissionais na deteção de situações propensas ao erro pode ser útil. Os enfermeiros em UCI estão bem posicionados para a deteção de falhas do sistema, o que pode exigir métodos de comunicação mais diversificados e inovadores (Henneman, 2007). Os sistemas de notificação têm sido otimizados ao longo dos tempos por forma a estabelecer um

consenso internacional e uma padronização da colheita de dados. Tendo em conta as necessidades do notificador a OMS tem procurado estabelecer sistemas que sejam simples, com interface amigável para o utilizador, facilmente padronizáveis e integrados em sistemas de tecnologias de informação (OMS, 2021). Outros autores reforçam que os formulários de notificação devem ser claros, simples e de rápido preenchimento (Nazário et al., 2021; Siman et al., 2017).

Outro estudo sobre as percepções e atitudes dos enfermeiros em relação aos EA, reconheceu a ocorrência dos mesmos como sendo inerente à condição humana e como um indicador de falhas no sistema, sendo necessário o desenvolvimento de uma cultura de segurança, não punitiva, com vista a eliminação do medo de punição associado à notificação (Freitas et al., 2011). Uma atmosfera de culpa e retaliação nos contextos da prática inibe a notificação e a aprendizagem com o erro (OMS, 2021), não beneficia a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados e pode levar a sérias consequências na saúde da pessoa. Outros autores, atestaram que uma estratégia pode passar por aumentar a consciencialização e a confiança que a notificação não terá uma resposta punitiva (Maldonado et al., 2020).

Duarte et al. (2018) analisaram falhas ativas e condições latentes e medidas reativas e proativas relativamente aos erros associados aos cuidados de enfermagem em UCI, destacando o preenchimento voluntário e anónimo dos instrumentos de notificação, a integração dos conceitos associados, as conversas informais, reuniões e treinos em equipa, fundamentais para a compreensão do erro e estímulo à notificação. Contudo, Murillo-Pérez et al. (2016) realçaram que os sistemas de notificação voluntários, por não terem um carácter obrigatório, podem não refletir a realidade, uma vez que não contemplam todos os incidentes ocorridos.

Em Portugal, o sistema NOTIFICA utiliza as notificações exclusivamente para gestão e análise dos incidentes, garantindo o anonimato, confidencialidade e a não punibilidade do notificador (Norma 017/2022 de 19 de dezembro, 2022). Outro autor, destacou igualmente o anonimato como uma estratégia para aumentar a adesão à notificação, a necessidade de não punir os notificadores e ter acesso a apoio jurídico, se necessário (Antunes, 2015). A utilização de um sistema de notificação em UCI, anónimo e voluntário, é também referido por Danielis et al. (2020). Outros autores, numa revisão sistemática sobre incidentes e notificação de erros em UCI reforçaram ainda que os três fatores mais importantes para promover a notificação são o facto de esta ser voluntária, não punitiva e a confidencialidade associada a este processo (Brunsveld-Reinders et al., 2016). Num estudo de Eltaybani et al. (2018), que pretendeu identificar a natureza dos erros de enfermagem e fatores contribuintes em UCI, foi salientado que os enfermeiros são mais propensos a notificar quando se sentem mais seguros e o sistema de notificação não é complexo, mas, por outro lado, reconhecem a necessidade de uma linguagem padronizada internacionalmente. Assim deve ser promovida uma cultura de notificação, não apenas dos erros mais graves, mas também dos quase erros e dos eventos sem dano, para identificar causas subjacentes, encontrar soluções eficazes e desenvolver estratégias de interrupção e de melhoria da segurança dos cuidados prestados (Eltaybani et al., 2018). A valorização de uma cultura organizacional não punitiva, assente numa comunicação aberta, onde existe envolvimento e estímulo dos gestores são aspectos fundamentais para a promoção de um ambiente seguro (Gimenes et al., 2014). No estudo em causa, o gestor de uma UCI demonstrou esse envolvimento, integrando grupos de trabalho e uma comissão, promovendo a notificação a partir da criação de um instrumento em papel, voluntário e anónimo. Melo et al. (2013) também identificaram o estímulo das chefias como estratégia para a notificação. A criação de um ambiente positivo para a notificação implica um compromisso da liderança, a criação de uma cultura positiva na qual o ato de notificar seja incentivado, valorizado e o profissional elogiado por participar (OMS, 2021). Outros autores, estão de acordo e apontaram a melhoria da comunicação e a liderança como estratégias promotoras da notificação (Maldonado et al. 2020).

A cultura de segurança tem um significativo impacto na notificação de EA, promovendo a mesma, sendo que a análise dos estudos incluídos nesta revisão permitiu corroborar este facto.

Freitas et al. (2021) avaliaram a cultura de segurança dos enfermeiros de uma UCI, pelo que estes profissionais atribuíram pontuação positiva ao clima de trabalho, que inclui uma boa relação, colaboração e comunicação no seio da equipa, mas em relação ao clima de segurança, este encontrava-se em desenvolvimento, tendo sido recentemente implantado um sistema de notificação. Apontaram a falta de participação na tomada de decisão e a necessidade de dar maior ênfase à segurança por parte da gestão e associaram a sobrecarga de trabalho como um fator prejudicial, sendo necessário consolidar a cultura de segurança (Freitas et al., 2021).

Num outro estudo sobre cultura de segurança em UCI com enfermeiros, Campelo et al. (2021) referiram que as dimensões “abertura para a comunicação” e “retorno das informações e da comunicação sobre o erro” obtiveram menores percentagens, o que permitiu inferir que, apesar de estar instituída uma cultura de segurança, esta necessita de ser aprimorada e desenvolvida, incluindo a área da notificação. Reforçaram que uma cultura de segurança positiva remove o foco da culpa e mobiliza para aprendizagem com o erro; prevê uma comunicação aberta, que promove o retorno da informação e incentiva a notificação. Por outro lado, o processo de notificação necessita de atenção e investimento por parte dos gestores, sendo a identificação do erro, a sua notificação e análise fundamentais para a implementação de ações e medidas preventivas. Moreno et al. (2020) reiteraram a importância da existência de uma cultura de segurança em contexto de UCI, que integra o reforço da notificação e a análise de incidentes para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e oportunidades de aprendizagem.

No estudo de Campelo et al. (2021) foi também referido que os enfermeiros são a categoria profissional que mais notifica, sendo que outros autores corroboram igualmente este facto (Danielis et al., 2020; Tili et al., 2024). Outros autores mencionam que

enfermeiros e médicos relatam incidentes com frequência semelhante (Murillo-Pérez et al., 2016). Outros ainda referem que a notificação de EA não é exclusiva da enfermagem e são vários os profissionais que realizam notificações, tais como médicos, enfermeiros, farmacêuticos ou técnicos (Chapuis et al., 2019; Teodoro et al., 2020).

Mello & Barbosa (2017) compararam as dimensões da cultura de segurança entre duas UCI, pelo que as dimensões com menor percentagem foram o apoio da gestão, as respostas não punitivas aos erros e a percepção geral de segurança. Os enfermeiros reconheceram a importância de um ambiente aberto e não punitivo para a comunicação dos erros, e essa abordagem justa e equilibrada contribui para o aumento da notificação, adesão a melhores práticas e, consequente, redução dos erros associados aos cuidados. Destacaram ainda a necessidade de obtenção de *feedback* sobre os eventos notificados e medidas corretivas instituídas, no sentido da melhoria da prestação de cuidados. Outros estudos também valorizaram o *feedback* e as medidas implementadas em resultado da notificação, sendo estes encarados como fatores facilitadores (Antunes, 2015; Danielis et al., 2020; Murillo-Pérez et al., 2016).

Identificadas as estratégias promotoras da notificação dos EA, a sua implementação nos contextos da prática pode evitar a subnotificação, contribuir para a prevenção da ocorrência destes eventos e promover ganhos efetivos na melhoria da segurança dos cuidados.

## CONCLUSÃO

Nesta revisão foram identificadas estratégias promotoras da notificação de EA nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em UCI, dando resposta ao objetivo do estudo. A prestação de cuidados sem dano é uma prioridade das instituições da saúde a nível mundial e a notificação é essencial para aprendizagem com o erro e implementação de medidas corretivas de melhoria. Os enfermeiros são elementos cruciais na notificação e na gestão do risco.

Este estudo salienta a importância das estratégias promotoras da notificação que incluem: formação e treino sobre as questões de segurança e notificação; o reconhecimento da relevância da notificação como oportunidade de melhoria; a confidencialidade e o anonimato; a existência de uma cultura não punitiva; o desenvolvimento de sistemas de notificação simples que utilizem linguagem padronizada internacional; o incentivo e apoio das lideranças, a existência de uma comunicação aberta; o feedback, a implementação de medidas corretivas de melhoria em função da notificação e a existência de uma cultura de segurança. Uma forte cultura de segurança, prioriza a segurança do doente, promove uma notificação não punitiva, baseada numa comunicação aberta, com vista à aprendizagem, melhoria da segurança e qualidade dos cuidados.

O contributo deste estudo consistiu no foco nas estratégias que promovem a notificação de EA, diferenciando-se no que respeita à literatura existente cujo foco se centra frequentemente nas barreiras.

Como implicações para a prática destacamos: a formação e o treino prático sobre a classificação internacional de incidentes de segurança e sobre os sistemas de notificação internos e o NOTIFICA, formação na área da cultura de segurança a começar nos próprios serviços, dinamizada por elementos com formação na área, desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade sobre esta temática, e o incentivo e apoio das lideranças para a implementação de uma cultura não punitiva.

Como limitações, identificou-se a escassez de estudos sobre estratégias promotoras da notificação de EA em contexto de UCI. Na literatura predominam estudos sobre tipos e incidência dos EA que ocorrem em UCI, fatores contribuintes e barreiras/fatores que inibem a notificação. Além disso, os estudos incluídos nesta revisão são, na sua maioria, de baixos níveis de evidência (nível 3 e 4), o que limita parcialmente a projeção das conclusões alcançadas. Este facto releva para a importância de serem realizadas investigações futuras, com maior robustez metodológica (estudos randomizados com amostras maiores) e maior nível de evidência, eventualmente em contextos geográficos diferentes, que possibilitem uma disseminação mais segura dos resultados alcançados.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceptualização, A.G. e R.M.; tratamento de dados, A.G. e R.M.; análise formal, A.G. e R.M.; metodologia, A.G. e R.M.; recursos, A.G. e R.M.; programas, A.G. e R.M.; supervisão, A.G. e R.M.; validação, A.G. e R.M.; redação – preparação do rascunho original, A.G. e R.M.; redação – revisão e edição, A.G. e R.M.

## CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declararam não existir conflito de interesses.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aikawa, G., Ouchi, A., Sakuramoto, H., Ono, C., Hatozaki, C., Okamoto, M., Hoshino, T., Shimojo, N., & Inoue, Y. (2021). Impact of adverse events on patient outcomes in a Japanese intensive care unit: A retrospective observational study. *Nursing Open*, 8(6), 3271–3280. <https://doi.org/10.1002/nop2.1040>
- Antunes, N. S. (2015). *Notificação de incidentes e segurança do doente: Perceção dos enfermeiros* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3239>
- Assis, S. F. D., Vieira, D. F. V. B., Sousa, F. R. E. G. D., Pinheiro, C. E. D. O., & Prado, P. R. D. (2022). Eventos adversos em pacientes de terapia intensiva: Estudo transversal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56, e20210481. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0481pt>
- Brunsveld-Reinders, A. H., Arbous, M. S., De Vos, R., & De Jonge, E. (2016). Incident and error reporting systems in intensive care: A systematic review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(1), 2–13. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv100>
- Campelo, C. L., Nunes, F. D. O., Silva, L. D. C., Guimarães, L. F., Sousa, S. M. A., & Paiva, S. S. (2021). Cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem no ambiente da terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e03754. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016403754>
- Chapuis, C., Chanoine, S., Colombet, L., Calvino-Gunther, S., Tournegros, C., Terzi, N., Bedouch, P., & Schwebel, C. (2019). Interprofessional safety reporting and review of adverse events and medication errors in critical care. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 15, 549–556. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S188185>
- Danielis, M., Bellomo, F., Farneti, F., & Palese, A. (2020). Critical incidents rates and types in Italian intensive care units: A five-year analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 62, 102950. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102950>
- Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026 (PNSD 2021–2026). *Diário da República*, 2.ª série, 187(24/09/2021), 96–103. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente: Relatório técnico final*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/?sequence=4>
- Duarte, S. C. M., Stipp, M. A. C., Cardoso, M. M. V. N., & Büscher, A. (2018). Patient safety: Understanding human error in intensive nursing care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03406. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017042203406>
- Eltaybani, S., Mohamed, N., & Abdelwareth, M. (2018). Nature of nursing errors and their contributing factors in intensive care units: Nursing errors in the ICU. *Nursing in Critical Care*, 24(1), 47–54. <https://doi.org/10.1111/nicc.12350>
- Freitas, E. O., Magnago, T. S. B. S., Silva, R. M., Pinno, C., Petry, K. E., Siqueira, D. F., & Camponogara, S. (2021). Cultura de segurança em unidade de terapia intensiva na percepção de profissionais de enfermagem. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 34, 11582. <https://doi.org/10.5020/18061230.2021.11582>
- Freitas, G. F., Hoga, L. A. K., Fernandes, M. F. P., González, J. S., Ruiz, M. C. S., & Bonini, B. B. (2011). Brazilian registered nurses' perceptions and attitudes towards adverse events in nursing care: A phenomenological study. *Journal of Nursing Management*, 19(3), 331–338. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01208.x>
- Gimenes, F. R. E., Marck, P. B., Atila, E. G., & Cassiani, S. H. D. B. (2014). Engaging nurses to strengthen medication safety: Fostering and capturing change with restorative photographic research methods. *International Journal of Nursing Practice*, 21(6), 741–748. <https://doi.org/10.1111/ijn.12304>
- Guerreiro, A. C. P. M., Magalhães, C. P., & Mata, M. A. P. (2022). Iatrogenias na prestação de cuidados de enfermagem: A perspetiva dos enfermeiros da área médica-cirúrgica. *Revista de Enfermagem Referência*, 1, e21089. <https://doi.org/10.12707/RV21089>
- Hamed, M. M. M., & Konstantinidis, S. (2022). Barriers to incident reporting among nurses: A qualitative systematic review. *Western Journal of Nursing Research*, 44(5), 506–523. <https://doi.org/10.1177/0193945921999449>
- Henneman, E. A. (2007). Unreported errors in the intensive care unit: A case study of the way we work. *Critical Care Nurse*, 27(5), 27–34. <https://www.researchgate.net/publication/5944215>
- Joanna Briggs Institute. (2013). *Levels of evidence and grades of recommendation working party October 2013* (pp. 1–5). [https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence\\_2014\\_0.pdf](https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf)
- Maldonado, X. A. N., Nascimento, E. R. P. D., & Lazzari, D. D. (2020). Nursing professionals and adverse event reporting. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 29(spe), e20190282. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0282>
- Mansoa, A. L. (2010). O erro nos cuidados de enfermagem nos indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos: Estudo de caso sobre as representações dos atores de uma unidade pós cirúrgicos de um hospital português [Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical]. Repositório da Universidade Nova. <https://abrir.link/eYFzX>

- Mansouri, S. F., Mohammadi, T. K., Adib, M., Lili, E. K., & Soodmand, M. (2019). Barriers to nurses reporting errors and adverse events. *British Journal of Nursing*, 28(11), 690–695. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.11.690>
- Martins, L. (2017). *Adesão à notificação de eventos pelos enfermeiros dos serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos de um hospital central* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Lisboa]. <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/7321>
- Mascarenhas, F. A. D. S., Anders, J. C., Gelbcke, F. L., Lanzoni, G. M. D. M., & Ilha, P. (2019). Facilities and difficulties of health professionals regarding the adverse event reporting process. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 28, e20180040. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0040>
- Melo, C. L., Moreira de Oliveira, L. B., Silva Reis, C., Alves Silva, G., Oliveira dos Santos, G. A., & Santana da Silva, T. (2013). Gerenciamento de riscos assistenciais em unidade de terapia intensiva: A percepção da equipe de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 7(11), 6398–6407. <https://doi.org/10.5205/reuol.3794-32322-1-ED.0711201312>
- Mello, J. F., & Barbosa, S. F. F. (2017). Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: Perspectiva da equipe de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 19, a07. <https://doi.org/10.5216/ree.v19.38760>
- Moreira, I. A., Bezerra, A. L. Q., Teixeira, C. C., Braga, Q. de P., Costa, A. de A., & Rocha, J. P. (2021). Percepção de enfermeiros sobre notificação de incidentes para promoção da segurança do paciente hospitalizado. *Enfermagem em Foco*, 12(5), Artigo 5. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4345>
- Moreno, J., Silva, A. da, Santos, I. A., & Maia, P. (2020). Erro e eventos adversos na unidade de cuidados intensivos. In J. A. Pinho (Coord.), *Enfermagem em cuidados intensivos* (1ª ed., pp. 33–41). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Murillo-Pérez, M. A., García-Iglesias, M., Palomino-Sánchez, I., Cano Ruiz, G., Cuenca Solanas, M., & Alted López, E. (2016). [Analysis of an incident notification system and register in a critical care unit]. *Enfermería Intensiva*, 27(3), 112–119. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2015.12.003>
- Nazário, S. da S., Cruz, E. D. de A., Paes, R. G., Mantovani, M. de F., & Seiffert, L. S. (2021). Facilitating and hindering factors for reporting adverse events: An integrative review. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE001245. <https://doi.org/10.37689/actaape/2021AR01245>
- Norma 017/2022 de 19 de dezembro. (2022). *Notificação e gestão de incidentes de segurança do doente* (pp. 1–20). Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma\\_017\\_2022\\_notificacao\\_incidentes.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_017_2022_notificacao_incidentes.pdf)
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Sistema de notificação e aprendizagem de incidentes de segurança do paciente: Relatório técnico e orientações*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334323/9786555261950-por.pdf>
- Ortega, D. B., D’Innocenzo, M., Silva, L. M. G. da, & Bohomol, E. (2017). Análise de eventos adversos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30, 168–173. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700026>
- Pérez, C. D., Salvador, F. de P., & Garcia, E. J. (2019). Addressing medical errors: An intervention protocol for nursing professionals. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, e03463. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018012703463>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., & Munn, Z. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. In *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Roque, K. E., Tonini, T., & Melo, E. C. P. (2016). Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: Impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. *Cadernos de Saúde Pública*, 32, e00081815. <https://www.scielo.br/j/csp/a/gRPVFgkZYGRds5LnSmXqrsx/?lang=pt>
- Siman, A. G., Cunha, S. G. S., & Brito, M. J. M. (2017). The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, e03243. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016045503243>
- Souza, R. F. de, Alves, A. de S., & Alencar, I. M. de. (2018). Eventos adversos na unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 12(1), 19–27. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a25205p19-27-2018>
- Teodoro, R. F. B., Silva, A. S. da, Carreiro, M. de A., Bilio, R. de L., & Paula, D. G. de. (2020). Adverse event notification analysis through patient safety culture research. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 12, 463–470. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8521>
- Tlili, M. A., Aouicha, W., Gambashidze, N., Bem Cheikh, A., Sahli, J., Weigl, M., Mtiraoui, A., Chelbi, S., Said Laatiri, H., & Malloul, M. (2024). A retrospective analysis of adverse events reported by Tunisian intensive care units' professionals. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10544-9>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O’Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garrity, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2031*. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>