RIASE
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

INFLUÊNCIAS NA NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES EM AMBIENTE HOSPITALAR: UMA ANÁLISE DOS PRINCIPAIS FATORES

INFLUENCES ON INCIDENT REPORTING IN A HOSPITAL SETTING: AN ANALYSIS OF THE MAIN FACTORS

INFLUENCIAS EN LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES EN UN ENTORNO HOSPITALARIO: UN ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES FACTORES

Ana F. S. Oliveira[1], Daniel Gomes[2], Maria Antónia Costa[3].

[1]Unidade de Cuidados Intensivos Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal,
[2]Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal,
[3]Escola Superior de Saúde de Beja, Instituto Politécnico de Beja, Beja, Portugal.

Recebido/Received: 05-07-2023 Aceite/Accepted: 02-11-2023 Publicado/Published: 13-11-2023

DOI: http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9(4).615.24-47

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2023 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2023 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

VOL. 9 N.º 4 DEZEMBRO 2023

RESUMO

Introdução: A gestão do risco constitui um instrumento fundamental para garantir a segurança do doente e um dos seus principais pilares são os sistemas de notificação de incidentes. Porém a subnotificação ameaça a utilidade destes sistemas.

Objetivo: Identificar os fatores que influenciam o processo da notificação de incidentes de segurança do doente em contexto hospitalar.

Métodos: A pesquisa foi efetuada por dois revisores separadamente e dividiu-se em três momentos distintos. Com recurso à base de dados científica da Medline (PubMed), foram considerados os artigos cujo título e resumo fossem mais relevantes para o objetivo em estudo. De seguida, foram considerados os artigos que respeitassem os seguintes critérios de inclusão: estudos escritos em língua portuguesa ou inglesa, com dados sobre população adulta em âmbito hospitalar, cujos resumos continham os descritores previamente definidos ou termos com significados equivalentes e publicados após o relatório *To Err is Human* (2000), sendo este um marco mundial da segurança do doente e a partir do qual se implementou globalmente os sistemas de notificação. Por fim, os revisores analisaram integralmente os artigos, sendo considerados apenas os que se encontravam em concordância pelos dois.

Resultados: O *feedback* após a notificação (38,46%), uma cultura não-punitiva (38,46%), a liderança (30,77%), fatores organizacionais (30,77%), simplicidade do processo de notificação (69,23%), conhecimento/competências (58,85%) e um ambiente laboral adequado (30,77%), foram os 7 principais fatores identificados.

Conclusão: Ao identificarmos os principais aspetos que melhoram a taxa de notificação de incidentes nos hospitais (em quantidade e qualidade), reforçamos as características de um bom sistema de notificação de incidentes (confidencial, não-punitivo, independente, com dados e análises de peritos da área disponíveis em tempo útil e orientado para mudanças nos sistemas e nos processos), como forma de alcançar o seu potencial na segurança do doente.

Palavras-chave: Gestão de Risco de Saúde; Notificação de Incidentes Hospitalares; Notificação de Incidentes de Segurança do Doente; Notificação Voluntária de Incidentes de Segurança.

ABSTRACT

Introduction: Risk management is a key tool to ensure patient safety and one of its main cornerstones is the notification systems. Despite this, under-notification remains a reality that threatens such systems.

Objective: To identify the factors that influence the safety incident notification process in an inpatient setting.

Methods: This research was developed by two reviewers separately and was divided into three distinct moments. Using Medline's scientific database (PubMed), the articles whose title and abstract were most relevant to the study objective were considered. Next, articles that met the following inclusion criteria were considered: studies written in Portuguese or English, with data on the adult population in the hospital environment, whose abstracts contained previously defined descriptors or terms with equivalent meanings and published after the report To Err is Human (2000), which is a global landmark in patient safety and from which notification systems were implemented globally. Finally, the reviewers analysed the articles in their entirety, and only those that agreed with both were considered.

Results: Feedback after notification (38.46%), non-punitive culture (38.46%), leadership (30.77%), organizational factors (30.77%), simplicity of the notification process (69.23%), knowledge/competence (58.84%) and an adequate work environment (30.77%) were the main 7 factors identified.

Conclusion: By identifying the main factors that improve incident notification in hospitals (quantitative and qualitatively), we strengthen the characteristics of an optimal incident report system (confidential, non-punitive, independent, with data and timely data analysis by experts, oriented to changes in systems and processes). This arises as a way to reach full potential of the notification process towards better patient safety.

Keywords: Healthcare Risk Management; Hospital Incident Reporting; Patient Safety Incident Report; Voluntary Patient Safety Report.

RESUMEN

Introducción: La gestión de riesgos es una herramienta clave para garantizar la seguridad del paciente y uno de sus principales pilares son los sistemas de notificación de incidentes. Pero el subregistro amenaza la utilidad de estos sistemas.

Objetivo: Identificar los factores que influyen en el proceso de reporte de incidentes de seguridad del paciente en el contexto hospitalario.

Métodos: La investigación fue realizada por dos revisores por separado y se dividió en tres momentos distintos. Utilizando la base de datos científica de Medline (PubMed), se consideraron los artículos cuyo título y resumen eran más relevantes para el objetivo del estudio.

Resultados: Retroalimentación después de la notificación (38,46%), una cultura no punitiva (38,46%), liderazgo (30,77%), factores organizacionales (30,77%), simplicidad del proceso de notificación (69,23%), conocimientos/habilidades (58,85%) y un ambiente de trabajo adecuado (30,77%), fueron los 7 principales factores identificados. A continuación, se consideraron los artículos que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: estudios escritos en portugués o inglés, con datos sobre la población adulta en el ambiente hospitalario, cuyos resúmenes contuvieran descriptores o términos previamente definidos con significados equivalentes y publicados después del informe To Err is Human (2000), que es un hito mundial en la seguridad del paciente y a partir del cual se implementaron globalmente sistemas de notificación. Finalmente, los revisores analizaron los artículos en su totalidad, y solo se consideraron aquellos que estaban de acuerdo con ambos.

Conclusión: Al identificar los principales aspectos que mejoran la tasa de reporte de incidentes en los hospitales (en cantidad y calidad), reforzamos las características de un buen sistema de reporte de incidentes (confidencial, no punitivo, independiente, con datos y análisis de expertos en el área disponibles de manera oportuna y orientados a cambios en sistemas y procesos), como una forma de lograr su potencial en la seguridad del paciente.

Descriptores: Gestión de Riesgos para la Salud; Notificación de Incidentes Hospitalarios; Notificación de Incidentes de Seguridad del Paciente; Notificación Voluntaria de Incidentes de Seguridad.

INTRODUÇÃO

O risco é uma circunstância transversal a todos os períodos e contextos da humanidade, mas a sua gestão é um exercício corporativo relativamente recente. A gestão de risco é uma prática essencial em ambiente hospitalar, onde a segurança do doente e a qualidade dos cuidados de saúde assumem máxima importância. Florence Nightingale demonstrou que o controlo de aspetos que pusessem em risco os seus doentes, tais como condições sanitárias e de higiene, resultava numa diminuição da mortalidade dos mesmos[1]; e no início do século XX, Ernest Codman e Edward Martin criaram o *American College of Surgeons* e um sistema de *follow-up*, onde através do *tracking* de doentes se colhiam dados úteis para avaliação e *benchmarking* entre hospitais, como forma de aprendizagem coletiva e melhoria dos cuidados prestados[2]. O conceito de risco pode ser definido como a avaliação da probabilidade de ocorrência de um determinado perigo e a extensão das suas consequências[3]. A cada etapa do processo de prestação de cuidados está inerente um risco considerável. Eliminar e minimizar os eventos que possam provocar danos ao doente, deverá ser um processo orgânico na equipa multidisciplinar durante o planeamento e prestação de cuidados diários[3,4,5].

A identificação e notificação de incidentes desempenham um papel crucial na gestão do risco, permitindo a prevenção de danos e a aprendizagem contínua. Este artigo propõe-se a investigar os fatores que influenciam a prática de notificação de incidentes em ambiente hospitalar, com o objetivo de contribuir para a compreensão da segurança do doente e a gestão de risco.

A gestão de risco constitui um instrumento fundamental para assegurar a segurança do doente e um dos principais pilares para a sua garantia, são os sistemas de notificação de incidentes[3,6]. Através da análise de incidentes, os hospitais podem identificar áreas de risco, implementar medidas preventivas e partilhar aprendizagem com a equipa multidisciplinar. No entanto, apesar da sua importância, a investigação demonstra que muitos incidentes não são notificados[7], o que pode distorcer a verdadeira dimensão dos desafios para assegurar um ambiente seguro nos cuidados hospitalares.

Não existem sistemas de notificação e análise perfeitos, mas sabe-se que sistemas de notificação de sucesso estão assentes em dois princípios fundamentais: realçar a existência de determinados riscos e prevenir danos[8]. Desta forma, sabendo a importância que a notificação de incidentes desempenha na segurança do doente, é fulcral identificar os fatores que influenciam a prática da notificação de incidentes.

Ao longo deste artigo, examinaremos em detalhes aos fatores que mais influenciam a prática de notificação de incidentes em contexto hospitalar. Exploraremos de que forma a cultura organizacional, a perceção dos profissionais de saúde e a abordagem à responsabilidade afetam a decisão de notificar incidentes. Além disso, discutiremos a relação entre a notificação de incidentes e a gestão de riscos, destacando a importância de sistemas de notificação eficazes na promoção da segurança do doente.

Na próxima secção, apresentaremos a metodologia adotada para esta investigação, descrevendo como identificamos e analisamos os fatores de influência. Posteriormente, compartilharemos os resultados obtidos e, por fim, discutiremos as implicações dessas descobertas para a prática clínica e a gestão hospitalar.

METODOLOGIA

Estratégia de Pesquisa

Desenvolveu-se uma análise sistemática da literatura com o objetivo de determinar quais os fatores que influenciam a notificação de incidentes de segurança do doente, numa população adulta, em ambiente hospitalar. Utilizando a metodologia de desenho do Joanna Briggs Institute (JBI)[9] e com base no modelo *Problem*, *Intervention*, *Comparison*, *Outcome* (PICO)[10], estabeleceu-se a questão "Que fatores influenciam (*Problem*) a notificação de incidentes (*Intervention/Comparison*) na segurança do doente (*Outcome*) em contexto hospitalar?".

Com recurso à base de dados científica da Medline (PubMed) e utilização das palavras MeSH *Hospital Incident Reporting OR Voluntary Patient Safety Report OR Patient safety incident report OR Healthcare risk management*, foi realizada uma pesquisa que decorreu entre 20 de janeiro e 9 de fevereiro de 2023.

Extração de Dados

Dois revisores de forma independente analisaram o título e o resumo de todos os artigos listados na base de dados, permitindo selecionar os mais relevantes para o objetivo do estudo. Considerou-se como critérios de inclusão todos os estudos escritos em língua portuguesa ou inglesa, com dados sobre população adulta em âmbito hospitalar, cujos resumos continham os descritores previamente definidos ou termos com significados equivalentes. Consideraram-se os artigos com data de produção após publicação do relatório *To Err is Human* (2000), considerando-o, como o marco mundial da segurança do doente e a partir do qual se implementou globalmente os sistemas de notificação e por consequência, a publicação de evidência sobre esta temática.

Foram excluídos todos os artigos cuja tipologia se tratava de editorial ou cartas ao editor.

O texto completo de todos os artigos selecionados foi extraído. A partir daí, os dois revisores examinaram os estudos de forma cega, seguindo os critérios de inclusão previamente definidos, de forma a obter uma lista final de artigos para análise.

Analisaram-se ao todo 45 artigos (Figura 1↗). Três destes foram excluídos por ausência dos descritores no resumo, dez foram excluídos após análise do resumo, três excluídos pela tipologia do artigo e seis por se tratar de uma população ou contexto não abrangido pelos critérios de inclusão. Concluída esta fase, analisaram-se integralmente 23 artigos. Destes, foram excluídos dez, por não haver concordância entre os investigadores sobre a identificação objetiva dos fatores que influenciam a notificação de incidentes nos mesmos.

Avaliação da qualidade metodológica

Para melhor compreensão do corpo de evidência escolhido (13 artigos) foi utilizada a metodologia do JBI[11] onde se classificou os artigos segundo o seu nível de evidência (Quadro 1↗), de forma a identificar a qualidade e a confiabilidade da pesquisa bibliográfica. Por fim, para concluir o processo de avaliação dos artigos recorreu-se à avaliação da qualidade metodológica através dos graus de recomendação segundo o método FAME – *Feasibility*, *Appropriateness*, *Meaningfulness and Effectiveness* (Tabela 1↗)[12], usado no modelo de cuidados baseados na evidência do JBI. Segundo este método, a evidência pode ter um grau de recomendação de qualidade metodológica A (alto) ou B (baixo), após integração das dimensões de viabilidade, adequação, significância e eficácia.

Apesar de uma vasta diversidade de tipos e desenhos dos estudos, os conteúdos apresentados foram relevantes para dar resposta à questão de investigação, como se comprovou na avaliação da qualidade metodológica segundo o método FAME, uma qualidade metodológica considerada alta (A) em todos os estudos, optando-se pela sua inclusão.

Extração e síntese de resultados

Todos os dados quantitativos e qualitativos extraídos dos artigos incluídos na revisão foram sistematizados (Quadro 2↗), de forma a dar resposta à questão de investigação.

RESULTADOS

A amostra final desta revisão foi constituída por 13 artigos científicos analisados, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos e submetidos a critérios de validação supracitados. O Quadro 2↗ representa a especificações de cada um dos artigos analisados, de forma a simplificar a interpretação da informação e respetivos resultados.

DISCUSSÃO

O objetivo geral deste estudo foi reconhecer que fatores poderiam influenciar a notificação de incidentes de segurança do doente em instituições hospitalares. O sistema de notificação de incidentes é um processo dinâmico capaz de fornecer informações e dados importantes para melhorar a qualidade e segurança durante a prestação de cuidados de saúde[3]. Porém, quando o processo se torna moroso e complicado, o nível de *compliance* dos profissionais com a notificação baixa substancialmente. Desta forma, o fator com maior expressão nos artigos analisados foi os sistemas e processos de notificação (69,23%)[13-17,19,21,23,24]. O processo de notificação deverá ser intuitivo, confidencial e/ou anónimo, de acesso fácil a todos os profissionais de saúde e livre de burocracias[8]. A importância das características do sistema de notificação está relacionada com outro fator identificado nos artigos, a sobrecarga laboral (30,77%)[13,18,21,22]. A falta de tempo para reportar devido à sobrecarga de trabalho e a perceção da notificação como como um fardo adicional, condiciona muitas vezes os profissionais a notificar incidentes de segurança[13,18,21,22]. Os sistemas devem ser de utilização intuitiva, de preferência em formatos digitais, para assegurar uma comunicação rápida e eficaz, e gerar informação útil para a identificação de novas fontes de risco, criando oportunidades para as reduzir[8].

O segundo fator mais identificado nos artigos foi a falta de conhecimento e competências sobre segurança do doente (53,85%) dos profissionais de saúde[13-16,19-21]. A falta de conhecimentos para reconhecer incidentes de segurança ou o benefício em notificá-los[14,19,20] e a falta de treino na submissão de notificações[13,14,21] é traduzido numa subnotificação, com impacto na segurança do doente[21]. É importante capacitar, motivar e treinar os profissionais de saúde para identificar e notificar incidentes de segurança ou situações geradoras de potenciais riscos[8]. O primeiro passo para aprender através da notificação, será através da experiência de notificar e da informação que dai resultará[26]. A criação de programas de melhoria continua, treino e capacitação dos profissionais de saúde na área da segurança do doente, assim como a implementação de sistemas de *feedback* eficazes, com capacidade de

fornecer informações sobre medidas preventivas em tempo útil, poderão ser estratégias para motivar os profissionais a relatar mais incidentes. A promoção de conhecimento e competências, poderá constituir um desafio para a liderança[8]. A liderança, a estrutura organizacional e a cultura de segurança (30,77%) tiveram a mesma representatividade nos artigos analisados[14-18,21,22,25]. Por um lado, o suporte e valorização por parte da liderança e dos gestores[15,16,21,25] e por outro, uma estrutura organizacional robusta[14,17,18,22] que confia nos seus profissionais e promove uma cultura de segurança institucional, justa e livre de culpa, emergem como os fatores mais amplamente citados que influenciam de forma positiva ou negativa os sistemas de notificação de incidentes em todos os sectores, não apenas nos cuidados de saúde[8]. A notificação de incidentes é considerada como a fundação para uma prática de cuidados mais segura e uma medida de desenvolvimento para alcançar uma boa cultura de segurança organizacional, que valoriza a aprendizagem através do erro. Os sistemas de alta fiabilidade, como é o caso das instituições de saúde, deverão realizar a sua atividade com transparência, abertura e numa cultura de não culpabilização[3]. Nos artigos analisados, o medo de notificar ou de consequências da notificação (38,46%), é também apontado como um fator que condiciona os profissionais de saúde a notificarem[13,14,17,24,25]. A par deste, o terceiro fator mais identificado nos artigos foi a importância do *feedback* da notificação (38,46%). A falta de *feedback* aos profissionais contribui de forma direta para a subnotificação, desmotivando-os a realizar notificações por não percecionarem um benefício direto na sua ação de relato ou receberem sugestões de melhoria[14-16,19,21]. Um *feedback-loop* aos profissionais, que resulta da análise dos peritos e gestores de segurança do doente é essencial para tomar medidas preventivas e implementar medidas sistemáticas para reduzir os riscos para todos os *stakeholders* durante a prestação de cuidados de saúde[3]. Será importante destacar a importância de uma abordagem multidisciplinar e colaborativa, quer no processo de identificação e notificação de incidentes, quer na sua análise, compreensão e posterior divulgação de informação. Este enriquecimento dos sistemas de notificação e da qualidade das análises contribuirá para o desenvolvimento sustentado da área da segurança do doente e uma prestação de cuidados globalmente mais segura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Através da revisão desenvolvida, foi possível concluir quais os principais fatores que influenciam a frequência e qualidade da notificação de incidentes de segurança do doente em contexto hospitalar, realizada por profissionais de saúde: o *feedback* após a notificação (38,46%); a existência de uma cultura não-punitiva (38,46%); uma liderança orientada para a segurança do doente (30,77%); um processo de notificação simples e rápido (69,23%); o conhecimento e competências sobre segurança do doente (53,85%); uma estrutura organizacional que acredita e promove a notificação de incidentes (30,77%); promovendo uma cultura de segurança entre os profissionais de saúde, e por fim, um bom ambiente laboral (30,77%).

O reconhecimento dos fatores identificados como capazes de melhorar a taxa de notificação de incidentes nos hospitais (tanto em quantidade, como em qualidade), reforça a importância da valorização das características de um bom sistema de notificação de incidentes (confidencial, não-punitivo, independente, com dados e análises de peritos da área disponíveis em tempo útil e orientado para mudanças nos sistemas e nos processos), como forma de alcançar o seu potencial na segurança do doente.

Como principal limitação deste estudo, podemos referir a restrição de tempo e alguma fragilidade na investigação publicada sobre os fatores que condicionam a notificação de incidentes. Desta forma, deixamos como recomendação um maior investimento na investigação da área da notificação de incidentes de segurança do doente. Quer através da perceção do impacto de intervenções e estratégias especificas na notificação voluntária, quer na realização de *benchmarking* entre instituições de saúde nacionais, ou a análise de como os fatores culturais podem influenciar a notificação em diferentes contextos.

REFERÊNCIAS

1. Kudzma EC. Florence Nightingale and healthcare reform. Nurs Sci Q. 2006;19(1):61-64. Disponível em: https://doi.org/10.1177/0894318405283556.

2. Dervishaj O, Wright KE, Saber AA, Pappas PJ. Ernest Amory Codman and the End-result System. Am Surg. 2015;81(1):12-15. Disponível em: https://doi.org/10.1177/000313481508100109.

3. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021. [acedido em 10 fev 2023]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705.

4. National Patient Safety Agency. Healthcare Risk Assessment Made Easy (mar 2007). [Internet]. London: National Health Service; 2007; [acedido em 10 fev 2023]. Disponível em: http://www.mtpinnacle.com/pdfs/Healthcare_Risk_Assess.pdf.

5. Scrivens E. Quality Risk and Control in Health Care. Maidenhead; New York, NY: Open University Press; 2005.

6. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Versão Resumo (Maio 2013). [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. [acedido em 10 fev 2023]. Disponível em: https://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20133.pdf.

7. Bellis JR, Chen Y, Moorthy VS, et al. Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review. BMJ. 2007;334(7584):79-82. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmj.39031.507153.AE.

8. World Health Organization. Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020. [acedido em 10 fev 2023]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338.

9. Joanna Briggs Institute. Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses. [Internet]. Adelaide: Joanna Briggs Institute; [acedido em 1 fev 2023]. Disponível em: https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fjbi.global%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2F2021-10%2FChecklist_for_Systematic_Reviews_and_Research_Syntheses.docx&wdOrigin=BROWSELINK.

10. Joanna Briggs Institute. Manual for Evidence Synthesis. [Internet]. Adelaide: Joanna Briggs Institute; [acedido em 1 fev 2023]. Disponível em: https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4688141/2.6.2+Review+question.

11. Joanna Briggs Institute. Developed by the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party October 2013. [Internet]. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2013. [acedido em 10 fev 2023]. Disponível em: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf.

12. Joanna Briggs Institute. Developed by the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party October 2013. [Internet]. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2013. [acedido em 10 fev 2023]. Disponível em: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-grades-of-recommendation_2014.pdf.

13. Alves MFT, Carvalho DS, Albuquerque GSC. Barriers to patient safety incident reporting by Brazilian health professionals: an integrative review. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. Cien Saude Colet. 2019;24(8):2895-2908.Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017.

14. Yalew ZM, Yitayew YA. Clinical incident reporting behaviors and associated factors among health professionals in Dessie comprehensive specialized hospital, Amhara Region, Ethiopia: a mixed method study. BMC Health Serv Res. 2021;21(1):1331. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12913-021-07350-y.

15. Ngo J, Lau D, Ploquin J, Receveur T, Stassen K, Del Castilho C. Improving incident reporting among physicians at south health campus hospital. BMJ Open Qual. 2022;11(4): e001945. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmjoq-2022-001945.

16. Burlison JD, Quillivan RR, Kath LM, et al. A Multilevel Analysis of U.S. Hospital Patient Safety Culture Relationships With Perceptions of Voluntary Event Reporting. J Patient Saf. 2020;16(3):187-193. Disponível em: https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000336.

17. Archer S, Hull L, Soukup T, et al. Development of a theoretical framework of factors affecting patient safety incident reporting: a theoretical review of the literature. BMJ Open. 2017;7(12): e017155. Published 2017 Dec 27. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017155.

18. Alzahrani N, Jones R, Abdel-Latif ME. Attitudes of doctors and nurses toward patient safety within emergency departments of two Saudi Arabian hospitals. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):736. Published 2018 Sep 25. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12913-018-3542-7.

19. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, et al. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. Qual Saf Health Care. 2006;15(1):39-43. Disponível em: https://doi.org/10.1136/qshc.2004.012559.

20. Waring JJ. A qualitative study of the intra-hospital variations in incident reporting. Int J Qual Health Care. 2004;16(5):347-352. Disponível em: https://doi.org/10.1093/intqhc/mzh068.

21. Dhamanti I, Leggat S, Barraclough S, Rachman T. Factors contributing to under-reporting of patient safety incidents in Indonesia: leaders' perspectives. F1000Res. 2021; 10:367. Published 2021 May 10. Disponível em: https://doi.org/10.12688/f1000research.51912.2.

22. Chiang HY, Lee HF, Lin SY, Ma SC. Factors contributing to voluntariness of incident reporting among hospital nurses. J Nurs Manag. 2019;27(4):806-814. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jonm.12744.

23. Mitchell I, Schuster A, Smith K, Pronovost P, Wu A. Patient safety incident reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after "To Err is Human". BMJ Qual Saf. 2016;25(2):92-99. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004405.

24. Reznek MA, Barton BA. Improved incident reporting following the implementation of a standardized emergency department peer review process. Int J Qual Health Care. 2014;26(3):278-286. Disponível em: https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu045.

25. Woo MWJ, Avery MJ. Nurses' experiences in voluntary error reporting: An integrative literature review. Int J Nurs Sci. 2021;8(4):453-469. Published 2021 Aug 2. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.07.004.

26. Stemn E, Bofinger C, Cliff D, Hassall ME. Failure to learn from safety incidents: Status, challenges and opportunities. Safety science. 2018 Jan 1; 101:313-25.

Autores
Ana Filipa Sousa Oliveira
https://orcid.org/0000-0002-0725-9563
Daniel Gomes
https://orcid.org/0009-0000-1911-8373
Maria Antónia Costa
https://orcid.org/0000-0002-6243-2429

Autor Correspondente/Corresponding Author
Ana Filipa Sousa Oliveira – Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal.
afilipa.so@gmail.com

Contributos dos autores/Authors' contributions
AO: Coordenação do estudo, conceção do estudo, recolha, armazenamento e análise de dados, revisão e discussão dos resultados.
DG: Conceção do estudo, análise de dados, revisão e discussão dos resultados.
MC: Desenho do estudo, análise de dados, revisão e discussão dos resultados.
Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Responsabilidades Éticas
Conflitos de Interesse: Os autores declararam não possuir conflitos de interesse.
Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.
Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures
Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.
Financial Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.
Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2023 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.
©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2023 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

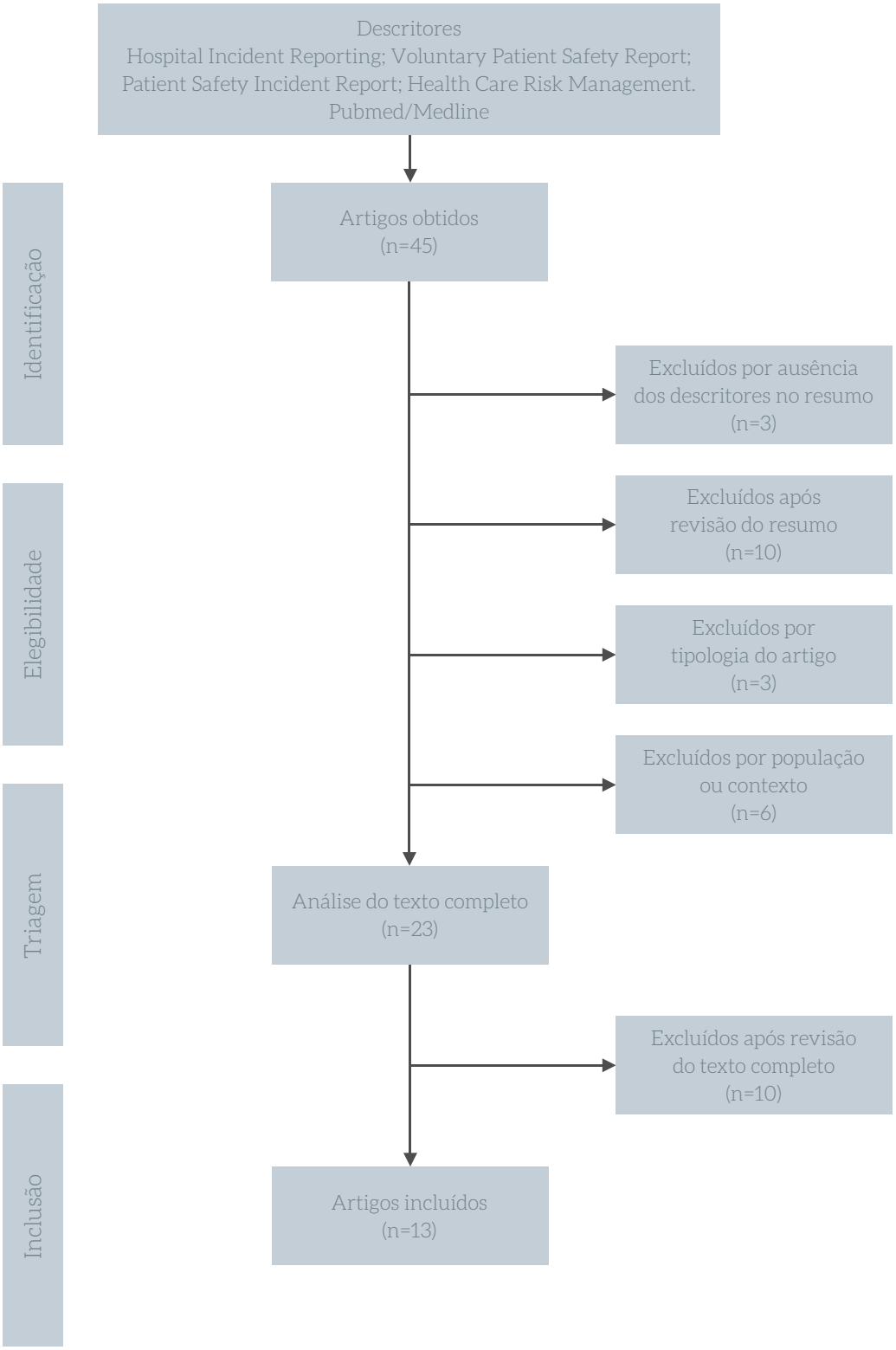


Figura 1 – Esquema PRISMA resumindo metodologia de inclusão dos artigos.

Quadro 1 – Listagem dos Artigos, Autores, Nível de Evidência JBI[14] e Tipo de Estudo.

Artigo		Autor/Data	Nível de Evidência	Tipo de Estudo
A1[13]	Barriers to patient safety incident reporting by Brazilian health professionals: an integrative review	Michelle de Fátima Tavares Alves, Denise Siqueira de Carvalho, Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque (2019)	5b	Revisão de estudos qualitativos (opinião de especialistas) e quantitativos
A2[14]	Clinical incident reporting behaviors and associated factors among health professionals in Dessie comprehensive specialized hospital, Amhara Region, Ethiopia: a mixed method study	Zemen Mengesha Yalew and Yibeltal Asmamaw Yitayew (2021)	3a	Estudo transversal analítico misto de comparação de coortes
A3[15]	Improving incident reporting among physicians at south health campus hospital	Jennifer Ngo, Darren Lau, Jodi Ploquin, Tracey Receveur, Kobus Stassen, Colin Del Castilho (2022)	4a	Revisão sistemática de estudos descritivos
A4[16]	A Multilevel Analysis of U.S. Hospital Patient Safety Culture Relationships with Perceptions of Voluntary Event Reporting	Jonathan D. Burlison, Rebecca R. Quillivan, Lisa M. Kath, Yinmei Zhou, Sam C. Courtney, Cheng Cheng, James M. Hoffman (2020)	4b	Estudo Transversal
A5[17]	Development of a theoretical framework of factors affecting patient safety incident reporting: a theoretical review of the literature	Stephanie Archer, Louise Hull, Tayana Soukup, Erik Mayer, Thanos Athanasiou, Nick Sevdalis, Ara Darzi (2017)	5a	Revisão Sistemática de estudos qualitativos
A6[18]	Attitudes of doctors and nurses toward patient safety within emergency departments of two Saudi Arabian hospitals	Naif Alzahrani, Russell Jones, Mohamed E. Abdel-Latif (2018)	4b	Estudo Transversal
A7[19]	Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study	S M Evans, J G Berry, B J Smith, A Esterman, P Selim, J O'Shaughnessy, M DeWit (2006)	4b	Estudo Transversal
A8[20]	A qualitative study of the intra-hospital variations in incident reporting	Justin J Waring (2004)	4b	Estudo Transversal
A9[21]	Factors contributing to under-reporting of patient safety incidents in Indonesia: leaders' perspectives	Inge Dhamanti, Sandra Leggat, Simon Barraclough, Taufik Rachman (2021)	5b	Entrevista a peritos
A10[22]	Factors contributing to voluntariness of incident reporting among hospital nurses	Hui-Ying Chiang, Huan-Fang Lee, Shu-Yuan Lin, Shu-Ching Ma (2019)	4b	Estudo Transversal
A11[23]	Patient safety reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after 'To Err is Human'	Imogen Mitchell, Anne Schuster, Katherine Smith, Peter Pronovost, Albert Wu (2016)	5b	Entrevista a peritos

Quadro 1 – Listagem dos Artigos, Autores, Nível de Evidência JBI[14] e Tipo de Estudo.

Artigo		Autor/Data	Nível de Evidência	Tipo de Estudo
A12[24]	Improved incident reporting following the implementation of a standardized emergency department peer review process	Martin A Reznek, Bruce A Barton (2014)	4b	Estudo Transversal
A13[25]	Nurses' experiences in voluntary error reporting: An integrative literature review	Ming Wei Jeffrey Woo, Mark James Avery (2022)	5b	Revisão de estudos qualitativos

Tabela 1 – Grau de Recomendação método FAME do JBI[12].

Artigos	Avaliação da Qualidade Metodológica				
	Viabilidade (*Feasibility*)	Adequação (*Appropriateness*)	Significância (*Meaningfulness*)	Eficácia (*Effectiveness*)	Grau
A1	A	A	B	A	Alto
A2	A	A	A	A	Alto
A3	A	A	A	A	Alto
A4	A	A	B	A	Alto
A5	A	A	A	A	Alto
A6	A	A	A	A	Alto
A7	A	A	A	A	Alto
A8	A	A	B	A	Alto
A9	A	A	B	A	Alto
A10	A	A	A	A	Alto
A11	A	A	B	A	Alto
A12	A	A	A	A	Alto
A13	A	A	A	A	Alto

Quadro 2 – Resumo dos Estudos Incluídos.

Artigo	Tipo de Estudo	Objetivo	Amostra	Resultados	Conclusões
A1[13]	Revisão integrativa.	Identificar e analisar estudos nacionais sobre barreiras à notificação de incidentes de segurança em profissionais de saúde no Brasil.	8 artigos (5 qualitativos e 3 quantitativos).	Em cerca de 87,5% dos estudos, os profissionais referiram a existência de subnotificação, devido a: • Medo de notificar Eventos Adversos (62,5%); • Notificação de incidentes menos graves ou sem consequências imediatas são menos realizados pelos profissionais (37,5%); • Falta de conhecimento sobre segurança do doente - o quê, como e onde notificar (37,5%); • Hierarquização no processo de notificação (50%); • Sobrecarga de trabalho e falta de tempo (25%); • Cultura de Punição nos Serviços de Saúde (50%).	O medo é uma barreira importante. Promover uma cultura de segurança justa, com enfoque apenas nas falhas do processo, e não no desempenho individual. Promover o conhecimento dos profissionais sobre os principais conceitos sobre segurança e como relatar. Tornar o processo de relato de incidentes mais simples e menos burocrático. Alargar a área da segurança do doente para uma perspetiva multidisciplinar.
A2[14]	Estudo transversal Misto.	Avaliar o comportamento de notificação de incidentes clínicos em profissionais de saúde na Etiópia.	319 participantes para o estudo quantitativo e 18 participantes para o estudo qualitativo.	Profissionais com formação sobre notificar, tinham 3,6 vezes mais probabilidades de notificar, do que profissionais sem essa formação. Profissionais que perceberam que a notificação de incidentes ajudava a minimizar erros, tinham 2,8 vezes mais tendência em notificar, do que profissionais que não percebiam. 67,8% dos profissionais com medo, não relata. 69,3% dos profissionais que sente falta de *feedback*, não relata. Os resultados do estudo qualitativo foram: • Falta de estrutura organizacional; • Medo de consequências; • Falta de investigação na causa dos erros (falta de *feedback*).	Este estudo mostrou que o comportamento geral de notificação de incidentes clínicos dos profissionais de saúde era muito baixo. Os principais fatores estavam relacionados com falta de conhecimentos sobre a importância da notificação, ou como o fazer; bem como falhas no *feedback*, na estrutura organizacional e na investigação da origem do erro.

Quadro 2 – Resumo dos Estudos Incluídos.↔↖↖

Artigo	Tipo de Estudo	Objetivo	Amostra	Resultados	Conclusões
A3[15]	Estudo transversal.	Debater sobre sistema de relato e aprendizagem e procurar *feedback* acerca do porquê das taxas de submissão de relatos entre médicos é baixa; Escrutínio de medidas para aumentar as submissões por parte dos médicos.	383 relatos submetidos por médicos em 4 anos num hospital (período após implementação de ciclos de "*Plan-Do-Study-Act*").	Após a implementação de intervenções, houve um aumento sustentado de notificações pelos médicos sustentado nos 4 anos seguintes (para 2,65%). Apesar de menor, também se verificou um aumento de notificações de incidentes realizadas por profissionais médicos noutras instituições de saúde da cidade de Calgary (Alberta, Canada) – médicos que também trabalhavam noutras instituições de saúde. As intervenções multifacetadas que promoveram a notificação de incidentes dos médicos foram: • *Feedback* da liderança direta; • Eficácia na subscrição digital dos relatos, para o grupo de aprendizagem; • Divulgação segura.	As notificações de incidentes submetidos por médicos podem ser sustentadamente aumentadas se houver formação sobre o sistema e processo de notificação e se houver *feedbacks* personalizados por um perito em segurança do doente.
A4[16]	Estudo transversal.	Avaliar as associações entre as dimensões da cultura de segurança do doente e perceção das práticas de relatos de incidente com gravidades variáveis.	Dados/respostas de 223.412 indivíduos, de 7816 áreas funcionais e 967 hospitais (*The Agency for Healthcare Research and Quality Hospital Survey of Patient Safety Culture*).	A falta de *feedback* sobre o erro foi o resultado com maior correlação com baixa notificação de incidentes (independentemente da sua gravidade). Reações punitivas aos relatos de incidentes também condicionam o relato de incidentes. A magnitude do impacto da cultura de segurança do doente na notificação varia pouco com o nível de gravidade percecionada. Por outro lado, em eventos que efetivamente resultam em dano, poderá haver diferenças maiores de notificação entre danos menores e severos.	*Feedback* sobre os erros, aprendizagem organizacional e apoio da gestão para a segurança, são as dimensões mais preditivas da cultura de segurança do doente que estão relacionadas com melhores resultados de notificação de incidentes de segurança. Para aumentar a frequência de notificação de incidentes de segurança, o estudo sugere a priorização de esforços para melhorar o *feedback* dos relatos e a comunicação de sugestão de melhorias relacionadas com os incidentes relatados. Assim como apoio da liderança de topo.

Quadro 2 – Resumo dos Estudos Incluídos.↔↖↖

Artigo	Tipo de Estudo	Objetivo	Amostra	Resultados	Conclusões
A5[17]	Revisão Sistemática.	Identificar fatores que contribuam para o relato de incidentes de segurança.	110 artigos.	Encontradas 748 barreiras à notificação de incidentes. As três barreiras mais frequentemente mencionadas foram: • Medo das consequências (21,52%) – medo de consequências adversas ao notificar (31,68%), receio de processos contenciosos (18,63%); • Processo e sistema de notificação (14,71%) – tempo despendido na realização de uma notificação (26,36%), complexidade do processo de notificar (25,45%), falha no anonimato e/ou confidencialidade (20%) e formato da notificação (9,09%) e do sistema de notificação (4,55%); • Características dos incidentes (12,30%) – nível de dano (43,48%), causa do incidente (20,65%) e frequência do incidente (19,57%). Outras barreiras: características individuais dos profissionais de saúde (11,80%), falta de conhecimentos e competências na área da segurança (11,23%), ambiente de trabalho (10,70%), fatores organizacionais (10,16%), dinâmica da equipa (4,41%) e ética profissional (3,07%). Encontrados 372 mediadores da notificação. Os fatores organizacionais (26,08%) foram os mais frequentemente mencionados – comunicação ou *feedback* após notificação de incidentes (29,90%), uma política de notificação de incidentes não punitiva (22,68%), uma existência de uma cultura de notificação (16,49%) e um objetivo de aprendizagem através da notificação (13,40%) –, seguidos do processo e sistemas de notificação (20,16%) – formato...	Existe uma vasta gama de fatores que contribuem para o envolvimento dos profissionais no relato de incidentes. Sabendo da tendência de subnotificação, é fundamental conhecer todos os fatores que influenciam a notificação, de modo a desenvolver intervenções, bem como uma abordagem estratégica de melhoria da política de segurança e notificação.

Quadro 2 – Resumo dos Estudos Incluídos.

Artigo	Tipo de Estudo	Objetivo	Amostra	Resultados	Conclusões
A5[17]	Revisão Sistemática.	Identificar fatores que contribuam para o relato de incidentes de segurança.	110 artigos.	...de relato (28%), garantir o anonimato e/ou a confidencialidade (21,33%) e simplificação do processo (20%) – e características dos incidentes (14,78%) – nível de dano (47,27%) e frequência de incidente (23,63%). Outros fatores facilitadores: características individuais dos profissionais (11,02%), conhecimento e competências sobre segurança do doente (9,68%), fatores relacionados com o trabalho em equipa (5,38%), com a ética profissional (4,57%), com o ambiente laboral (4,84%) e o medo de consequências adversas (3,49%).	Existe uma vasta gama de fatores que contribuem para o envolvimento dos profissionais no relato de incidentes. Sabendo da tendência de subnotificação, é fundamental conhecer todos os fatores que influenciam a notificação, de modo a desenvolver intervenções, bem como uma abordagem estratégica de melhoria da política de segurança e notificação.
A6[18]	Estudo Transversal.	Investigar as atitudes dos médicos e enfermeiros no que toca à segurança do doente, através do questionário SAQ (*Safety Attitudes Questionnaire*) e o número de relatos realizados, no serviço de urgência de dois hospitais da Arábia Saudita.	503 médicos e enfermeiros.	39,6% dos participantes reportaram pelo menos um erro, num ano. Existiu uma correlação negativa significativa entre o número de erros notificados e o ambiente de trabalho, satisfação e condições laborais. Os enfermeiros e os médicos do serviço de urgência de dois hospitais sauditas, têm uma cultura de segurança relativamente baixa, o que está correlacionado com o reduzido número de incidentes reportados.	Necessária mais investigação no contexto saudita, de forma a identificar a relação entre as atitudes de segurança e as taxas de erros hospitalares de forma mais precoce. Perceber o impacto cultural dos profissionais nas atitudes de segurança e testar de que forma a formação na área da segurança e o apoio à gestão podem melhorar o desempenho seguro dos hospitais sauditas.

Quadro 2 – Resumo dos Estudos Incluídos.↔↖↖

Artigo	Tipo de Estudo	Objetivo	Amostra	Resultados	Conclusões
A7[19]	Estudo Transversal.	Avaliar a consciência e uso do sistema de relato de incidentes e identificar fatores que inibem esse relato, em hospitais.	186 médicos e 587 enfermeiros de vários ambientes hospitalares, na Austrália.	58,4% dos médicos sénior terá completado o preenchimento de um formulário de relato de incidente *versus* 85,4% dos médicos juniores. 100% dos enfermeiros *sénior* saberá aceder ao formulário de relato de incidente *versus* 88% dos enfermeiros juniores. As maiores barreiras à notificação dos médicos são: falha no *feedback* (57,7%), preenchimento demorado do formulário de relato de incidente (54,2%) e a crença que determinados tipos de incidente são triviais (51,2%). As maiores barreiras à notificação dos enfermeiros são: falha no *feedback* (61,8%), acreditar que não existe benefício em reportar os *near misses* (49%) e esquecimento quando há sobrecarga de trabalho (48,1%).	Enfermeiros reportam mais que os médicos. Para promover a notificação de incidentes, especialmente junto dos médicos é importante clarificar quais os incidentes que devem ser reportados, simplificar o processo de notificação e aumentar o *feedback* aos profissionais que relataram.
A8[20]	Estudo Transversal.	Determinar a relação entre variações no relato de incidentes, as atitudes e participação correspondentes de profissionais médicos.	25 médicos e 5 gestores de risco clínico e segurança do doente.	A informação recolhida revelou uma variação significativa na notificação de incidentes nas diferentes especialidades. Sistemas de notificação mais adaptados ao departamento/especialidade, acabam por ser mais sensíveis à área, e motivam os clínicos a participarem em mais relatos de incidente.	Os médicos têm mais interesse em notificar quando existe confiança no processo, propósito na notificação, sendo a mesma um contributo importante para o serviço.

Quadro 2 – Resumo dos Estudos Incluídos.↩↖↖

Artigo	Tipo de Estudo	Objetivo	Amostra	Resultados	Conclusões
A9[21]	Entrevista a peritos.	Analisar os fatores responsáveis pela subnotificação de incidentes em hospitais públicos na Indonésia.	25 líderes de 9 instituições.	Fatores que influenciam a subnotificação: • Relacionados com o Hospital: falha de compreensão dos benefícios de reportar, desconhecimento, ónus de responsabilidade de relato, ausência de liderança, inexistência de cultura de notificação, notificação como uma sobrecarga adicional; • Governamentais: proteção contra medidas punitivas, ausência de liderança, ausência de *feedback* e discussão, receio acerca da confidencialidade do sistema, natureza voluntária *versus* mandatória.	O maior fator que contribui para a subnotificação de incidentes na Indonésia é a falha de apoio governamental.
A10[22]	Estudo Transversal.	Testar um modelo hipotético para o relato voluntário de incidentes, por enfermeiros e determinar em que medida os fatores culturais de relato, a segurança das práticas de enfermagem e as perceções laborais influenciam o relato de incidentes.	1380 enfermeiros de 6 hospitais de Taiwan.	60% dos enfermeiros admite não possuir uma atitude de notificação voluntária. O relato voluntário de incidentes está relacionado positivamente com: • Cultura de notificação; • Práticas de enfermagem seguras; • Satisfação laboral. E negativamente com: • Sobrecarga de trabalho.	A cultura de segurança e as práticas de enfermagem seguras são determinantes nos sistemas de relatórios de incidente voluntário.
A11[23]	Entrevista a peritos.	Documentar a sabedoria e reflexões de peritos internacionais na área da segurança do doente, acerca das oportunidades e desafios acerca do relato de incidentes.	17 convidados, 11 aceitaram.	5 fatores chave justificam o porquê dos sistemas de relato de incidente terem sido incapazes de atingir o seu potencial total: • Processamento inadequado dos relatos; • Baixo compromisso dos clínicos; • Ação insuficiente em resposta aos relatos realizados; • Financiamento e suporte institucional inadequado; • Desinvestimento na área da tecnologia de informação em saúde.	É imperativo que o sistema de notificação seja mais que uma obrigação dos profissionais de saúde. O futuro dos sistemas de relato de incidente assenta em relatos direcionados, triagem efetiva e análise robusta.

Quadro 2 – Resumo dos Estudos Incluídos.

Artigo	Tipo de Estudo	Objetivo	Amostra	Resultados	Conclusões
A12[24]	Estudo Transversal.	Avaliar a efetividade da revisão por pares na promoção do relato de incidentes no serviço de urgência.	314 relatos de incidente.	Após a implementação do processo de revisão, a frequência de relato de incidente aumentou de forma estatisticamente significativa. Os profissionais de saúde têm maior probabilidade de relatar incidentes se reconhecerem valor nisso e se confiarem na não culpabilização.	A implementação de um sistema de revisão de relatos feitas por pares, não punitiva, capaz de fornecer um atempado *feedback*, é percecionada como valiosa na identificação de erros e na educação, podendo levar a um aumento de relatos.
A13[25]	Revisão Integrativa.	Analisar e compreender as experiências dos enfermeiros com o relato voluntário de erros e elucidar os fatores subjacente à decisão de relatar.	31 artigos.	Fatores percecionados pelos enfermeiros que facilitam a notificação: • Conhecimento e competências adequadas para a notificação; • Atitude valorizadora por parte das entidades gestoras e oportunidade de discussão aberta; • Ambiente de trabalho seguro; • Responsabilidade pelas ações individuais. Fatores percecionados pelos enfermeiros que dificultam a notificação: • Processos e sistemas menos favoráveis; • Respostas menos solidárias por parte dos gestores; • Medo de culpa e vergonha; • Medo de repercussões punitivas.	É recomendado que os gestores deem prioridade e invistam em estratégias para melhorar as abordagens de gestão de erros institucionais, e estabelecer uma cultura de segurança justa e aberta, de forma a promover a notificação voluntária.