

Motivos del equipo de enfermería para la notificación de eventos adversos¹

Miriam Cristina Marques da Silva de Paiva²

Regina Célia Popim³

Marta Maria Melleiro⁴

Daisy Maria Rizatto Tronchim⁴

Silvana Andréa Molina Lima³

Carmen Maria Casquel Monti Juliani³

Objetivo: comprender la motivación del equipo de enfermería para la notificación de eventos adversos en el ambiente de trabajo. Método: estudio cualitativo que utilizó los referenciales de la fenomenología de Alfred Schutz, que ofrece aproximación sistemática para comprender los aspectos sociales de la acción humana. Los datos fueron recolectados mediante entrevistas abiertas con 17 enfermeros y 14 técnicos/auxiliares de enfermería de un hospital universitario. Resultados: la motivación fue revelada a través de seis categorías: todo tipo de ocurrencia debe ser notificado; la notificación como sistema de auxilio a la gestión de la atención; la cultura de punición en transición; el enfermero como responsable por la notificación voluntaria; compartir problemas con la administración superior y alcanzar calidad en el proceso de trabajo. Discusión: al notificar el evento adverso, los profesionales se perciben en una relación colaborativa con la institución y confían que les serán conferidos soporte administrativo y seguridad profesional, condiciones que les estimulan a continuar notificando. Notificar permite al equipo de enfermería compartir responsabilidades con la administración superior y estimula acciones correctivas. Consideraciones finales: el estudio revela la motivación del equipo de enfermería para la notificación de eventos adversos, contribuyendo hacia la reflexión de las políticas de enfermería dirigidas a la seguridad del paciente en los servicios de salud.

Descriptor: Seguridad; Control de Riesgo; Errores Médicos; Enfermería; Investigación Cualitativa.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "El significado de la notificación de eventos adversos para el equipo de enfermería" presentada en la Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil.

² PhD, Enfermera, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil.

³ PhD, Profesor Asistente, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondencia:

Miriam Cristina Marques da Silva de Paiva
Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"
Faculdade de Medicina de Botucatu. Departamento de Enfermagem
Distrito de Rubião Junior.
CEP: 18618-970, Botucatu, SP, Brasil
E-mail: miriampaiva@fmb.unesp.br

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

En los últimos años, la notificación voluntaria de eventos adversos se hizo mundialmente importante instrumento para mejorar la calidad en el sistema de salud. El sistema de notificación abarca acciones conexas para detectar y analizar eventos adversos (EA) y situaciones de riesgo y dirigir hacia el aprendizaje, a partir de estos eventos, con objeto de mejorar la seguridad a los pacientes durante su internación⁽¹⁾. Sin embargo, estudios señalan que, debido a la subnotificación, este tipo de sistema no capta la totalidad de los eventos adversos que ocurren en las instituciones⁽²⁻³⁾. Un estudio brasileño describe que el 76,8% de los individuos jamás llenaron una notificación y, internacionalmente, más del 40% de ellos jamás utilizaron este procedimiento y 25% no conocía el sistema de notificación⁽⁴⁻⁵⁾. Entre los factores que interfieren en la notificación están aspectos culturales y organizacionales, estructura práctica de la atención, sistemas de seguridad, regulaciones y procesos de trabajo⁽⁶⁾. Estudios indican que los aspectos que necesitan ser mejorados en las instituciones, respecto a los sistemas de notificación, son las respuestas no punitivas al error y el número de eventos notificados⁽⁷⁾.

Ante estas afirmaciones, las preguntas que motivaron este estudio fueron: ¿qué motiva la acción de equipo de enfermería de notificar EA y cómo ha sido su vivencia ante el sistema de notificación de eventos adversos, implantado en el hospital estudiado? Así, se formuló como objetivo de la investigación comprender la motivación para la notificación de eventos adversos, a partir de la perspectiva de profesionales de enfermería en el ambiente de trabajo.

Los resultados de la revelación de la actuación de esos profesionales ciertamente contribuirán a la mejor comprensión del tema y podrán posibilitar clarificaciones y estímulo a la notificación y fundamentar acciones para dirimir los aspectos negativos y fortalecer los aspectos positivos, promoviendo la seguridad del paciente en los servicios de salud.

Método

El referencial fue elegido debido a la pertinencia de sus conceptos con la vivencia de la enfermería en el sistema de notificación de EA, visto que, según A. Schutz, las situaciones del mundo de la vida cotidiana son compartidas e interpretadas por el grupo, donde cada individuo constituye su propia visión con ayuda de contribuciones que le son ofrecidas en la interacción

continua con sus pares y también con base en un estoque de experiencias anteriores, su propias y aquellas que le son transmitidas, que funcionan como un código de referencia⁽⁸⁾. En este contexto social, de acuerdo con Schutz, el hombre vive y se relaciona y, de acuerdo con sus relaciones y experiencias, sigue formateando su "yo biográfico", lo que le diferencia de los otros, motivándolo en sus actitudes naturales⁽⁸⁾. La acción social, a su vez, es practicada entre dos o más personas. Es proyectada por el hombre de manera consciente e intencional y carga en sí un significado subjetivo que le da sentido⁽⁸⁾.

Para Schutz, los "motivos para" instigan la práctica de la acción y, por lo tanto, son dirigidos hacia el futuro. Los "motivos por que" son evidentes en los eventos ya llevados a cabo. Son los hechos, son inmutables, pero no olvidados, y pueden influir las acciones del presente⁽⁸⁾.

En este sentido, la fenomenología social busca conocer y organizar lo que los individuos viven en sus vidas diarias, como elementos que actúan, interactúan y se complementan, configurando así un grupo social con características típicas. En este estudio, lo que importa son los motivos que impulsan la acciones de esos profesionales. Así, fueron oídos sobre sus experiencias.

Escenario de estudio y recolecta de datos: Este estudio fue desarrollado en un hospital de enseñanza del interior del Estado de São Paulo, Brasil, referencia para casos de mayor complejidad en el Sistema Único de Salud. Recibió aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de Botucatu – UNESP, según el oficio nº 123/2011, en 04 de abril de 2011.

Fue considerado como criterio de inclusión en este estudio ser Enfermero, Técnico y/o Auxiliar de Enfermería, admitido desde hace más de un año en la institución, con vivencia en el sistema de notificación de eventos adversos, que manifestaron interés en participar de la investigación. Todos los participantes firmaron el término de consentimiento libre y esclarecido.

Entre junio y julio de 2011, fueron llevadas a cabo por el autor de la investigación entrevistas individuales con 17 enfermeros y 14 técnicos y/o auxiliares de enfermería, con garantía de privacidad, anonimato y confidencialidad de las informaciones fornecidas. Inicialmente, fueron recolectados datos para caracterización de los participantes. A seguir, fueron respondidas dos preguntas orientadoras: 1. "Me hable de lo que es EA para Ud. Use ejemplos si se lo desea." 2. "Me cuenta sobre su vivencia con relación a la ocurrencia de los EA y la notificación".

El número total de participantes no fue definido previamente. La recolecta de datos fue interrumpida

cuando los datos mostraron señales de revelación del fenómeno, las preocupaciones de los investigadores fueron respondidas y los objetivos alcanzados. Los técnicos y auxiliares de enfermería fueron entrevistados después de los enfermeros, ya que utilizan el sistema menos frecuentemente. Las entrevistas fueron identificadas por la letra "E" para testimonios de enfermeros y por la sigla TA para testimonios de técnicos y auxiliares de enfermería, seguidas por número ordinal. La duración media de las entrevistas fue 10 minutos, fueron grabadas en audio y, tras su transcripción, destruidas.

Análisis de los datos: Las unidades de significado fueron alcanzadas a partir de la lectura y descripción de las acciones de los sujetos expresadas en sus testimonios, en búsqueda de lo común en las acciones de los profesionales en la notificación de EA, lo invariante. Después, los datos fueron organizados buscando, en el análisis de los testimonios, lo típico de la acción⁽⁸⁾. Finalmente, un análisis detallado de estos grupos fue desarrollado según la teoría motivacional de A. Schutz⁽⁸⁾.

Resultados

Según el referencial adoptado, el contenido de los testimonios fue analizado y la motivación del equipo para la notificación de eventos adversos fue representada por seis categorías: todo tipo de ocurrencia debe ser notificado; la notificación como sistema de auxilio a la gestión de la atención; la cultura de punición en transición; el enfermero como responsable por la notificación voluntaria; compartir problemas con la administración superior y alcanzar calidad en el proceso de trabajo. Estas categorías fueron agrupadas en "motivos por que" y "motivos para", según la teoría de motivación de A. Schutz⁽⁸⁾. Entre las categorías relacionadas a los "motivos por que" de la notificación de EA, los testimonios de los profesionales definen y ejemplifican los EA que deben ser notificados, componiendo la categoría: todo tipo de ocurrencia debe ser notificado. (...) *Comprendo por EA todo aquello que ocurre con el paciente que huye de la normalidad. Por ejemplo: paciente cae de la cama, una medicación dada equivocada, por vía equivocada, dosis equivocada o una reacción de trasfusión. Alguna o cualquiera cosa que ocurra con el paciente que salga del esperado, del protocolo de la institución, que pueda interferir y causar daños para el paciente (...). Incluso cuando no cause daños, pero que influyó en el proceso de trabajo. Tanto el trabajo de la enfermería como el trabajo médico, como el la propia atención al paciente. Mientras está hospitalizado acá.*

(E4.1,2). (...) *evento adverso es todo lo que ocurre sin que sea programado, son todos los problemas que ocurren en el ambiente de trabajo.*(E13.1).

Los profesionales expresan en los testimonios la comprensión de que la notificación de eventos adversos es un instrumento de auxilio a la gestión del cuidado a la salud, en la identificación del problema y en la búsqueda de alternativas para solucionar problemas relacionado a la atención de salud, sean relacionados a la enfermería o a otras áreas. (...) *ese sistema del Boletín de Notificación de Eventos Adversos, tiene ayudado a identificar los problemas que han ocurrido, dentro de la enfermería e incluso hacen el boletín de notificación de las otras áreas también y busca soluciones para eso, busca identificar esos problemas y encontrar una solución. Ver otro camino o otra técnica que se adecua mejor* (TA19.8). (...) *también hay mucho el personal del nocturno, que ellas usan el boletín. Principalmente sobre el déficit de recursos humanos. Acaban haciendo si quedaron con muchos pacientes o ese tipo de cosa* (E12.8).

Otra categoría elaborada se refiere a la cultura de punición en la institución: (...) *A principio era un problema, al inicio, así que tuve contacto. Me quedé fuera, de baja. Cuando llegué ya estaba en uso y me sentí intimidada con el boletín de notificación, muy intimidada. (...) Después cambió la manera, (...) Hoy es natural la notificación* (E5.4). (...) *el equipo de Auxiliares y Técnicos de Enfermería, algunas veces se sienten un poco asustados debido al hecho de que estamos haciendo ese boletín de notificación, porque saben que pueden estar respondiendo por eso también* (E16.7).

La última categoría relacionada a los "motivos por que" de la notificación de EA se refiere a la percepción de que los enfermeros son los principales responsables por la notificación, que no es obligatoria: (...) *Esas ocurrencias ahí, que ocurrieron dentro de la unidad, yo particularmente no asumí la notificación, ¿correcto? Transmití al supervisor y él hizo el boletín, la ocurrencia, y encaminó a la División de Enfermería. Ahí llegó la respuesta, todo correcto. Creo que en el sector donde ocurrió, tendrán un poco más de cuidado* (TA31.4).

Los "motivos para" constituyeron dos categorías. Las definiciones emergieron con base en el análisis de partes de los testimonios que expresaron la motivación del equipo de enfermería de notificar los problemas que ocurren en la rutina del día a día para compartir con la alta administración. La confirmación de este compartir se confirmará en la forma del retorno a la exposición del EA mediante la notificación. (...) *mis vivencias siempre fueron positivas... Siempre pasé. Después la jefe siempre me da la respuesta de aquello, vuelve escrito alguna cosa o, caso no haya nada que complementar, solamente pone ciencia... (...) Creo que es un buen canal. (...) cuando preciso marco, y*

vuelve la respuesta (E10.6,7). (...) se queda con 11 niños a veces. Hay días que no hay funcionario. Entonces, creo que es un soporte de estar notificando, que está quedando con tantos niños, que sepan, porque caso tenga algún problema, que puede ocurrir, sí, entonces es un soporte. (...) Para Ud. justificarse. Una justificativa de alguna cosa que pasó también. (...) Creo que es bueno que esté escrito ahí. Caso tuvo algún problema, hay que escribir, documentar, para tener apoyo... institucional (TA18.3,4,7).

Otra categoría relacionada a las expectativas del equipo de enfermería se refiere a la mejora del proceso de trabajo. Los profesionales que viven el EA se sienten motivados a notificarlo para evitar su recurrencia. Consideran que conocer el error permite alterar el proceso de trabajo y prevenirlo en el futuro. (...) realmente tiene que notificar y vamos procurando donde está el error, el problema, como solucionar, como amenizar. Tiene que procurar el problema, creo, cuando existe, tiene que procurar, encontró, qué podemos hacer para que eso no ocurra otra vez (E4.10). (...) Porque somos humanos, evitamos, pero erramos, ¿isí?! Porque somos seres humanos. Creo así, que tenemos que evitar al máximo, pero cuando ocurre, necesita ser comunicado este EA. Porque tenemos de mejorar, tenemos de reparar nuestros errores (TA30.4).

Discusión

Lo que se mostro típico en el análisis de los datos indica inconsistencias relacionadas a la taxonomía en seguridad del paciente, revelando conflicto con la clasificación de términos divulgada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽⁹⁾. El equipo reconoce el término *evento adverso* correctamente, como una situación inesperada e indeseada, que trae daños al paciente durante la atención de salud. Incorpora, sin embargo, definiciones de *incidente* e *incidente sin daño* y trae, además, otras definiciones que dificultan la comprensión y pueden causar confusión en la comunicación y transferencia de informaciones que ocurren en el ambiente hospitalario, como en el propio instrumento de notificación, en las transferencias de turno y de pacientes.

Además de la comprensión del significado de EA, los profesionales relatan la utilización del instrumento de notificación, para comunicar ocurrencias distintas de los EA. Consideradas como situaciones-problema, las demás ocurrencias notificadas, de orden administrativo, comportamental y organizacional, se relacionan a situaciones variadas, tales como conflictos, problemas de comunicación, reorganización de personal y de

equipos. Los tipos de conflictos que ocurren entre los miembros del equipo, los pacientes y sus familiares y que son observados en el trabajo diario del equipo de enfermería, son registrados en los testimonios. Fallos en la comunicación ciertamente interfieren en la satisfacción del trabajador y en el resultado del trabajo. Presionados por los problemas cotidianos, los profesionales de enfermería utilizan el sistema de notificación para informar a sus superiores sobre la tensión de los relacionamientos durante la atención, resultantes en conflictos, y buscan auxilio para arbitraje de las situaciones.

Se deduce en el análisis que los profesionales de enfermería instituyen su aprendizaje a partir de sus propias experiencias y de aquellas vividas con sus pares, constituyendo mediante la intersubjetividad, de acuerdo con Schutz, su equipaje de conocimientos⁽⁸⁾. Enfatizar la importancia de la participación del paciente y su familia para la seguridad de la atención, repensar los modelos comunicacionales institucionales vigentes e invertir en el desarrollo de las habilidades de comunicación de los miembros del equipo pueden servir como factores de promoción de comunicación eficaz y pueden crear condiciones que ayudan a los profesionales en la prevención de eventos indeseados⁽¹⁰⁾.

En este estudio, se verifica que diferentes profesionales participan del proceso de trabajo asistencial y utilizan el sistema de notificación. Los entrevistados perciben, respecto a la notificación de situaciones adversas, que la atención es construida por el desarrollo de procesos interdependientes, de manera que todos los profesionales involucrados son responsables por los resultados. Se percibe que la notificación establece, entre aquellos que comparten la realidad social, una relación que contiene la intersubjetividad e intercomunicación, ya que las personas conviven, influyen, son influidas, comprenden y son comprendidas, actuando y sufriendo la acción de los otros⁽⁸⁾.

Es relevante citar que el enfermero ha sido responsable por la organización y coordinación de las actividades asistenciales en los hospitales y por la viabilidad para que los demás profesionales del equipo de enfermería y otros, del equipo de salud, actúen en el ambiente hospitalario⁽¹¹⁾. En este sentido, la notificación del evento adverso se muestra como instrumento de datos e informaciones, que impulsan la comunicación entre profesionales y son útiles para la gerencia.

Los testimonios del equipo, respecto a la gestión/el dimensionamiento de personal, revelaron la utilización de la notificación, para denunciar la sobrecarga de

actividades, como riesgo para los pacientes. Se observa que, en situaciones donde la capacidad de atención del equipo es desacatada, la presión para la producción del cuidado fuerza al profesional a conferir mayor confianza a su memoria para ejecutar acciones importantes y perjudica la comunicación efectiva entre los profesionales, contribuyendo para crear un ambiente de inseguridad para el cuidado⁽¹²⁾.

La mayoría de los profesionales de esta investigación expresa creer y divulgar la finalidad no punitiva de la notificación de EA, evidenciando la existencia del esfuerzo del equipo para que el acto de notificar sea estimulado y no relacionado a sentimientos y consecuencias desagradables. Sin embargo, revelan miedo ante el proceso investigativo y analítico y refieren que la responsabilización puede ser seguida de orientación o advertencia.

Fundamentado en la situación biográfica compuesta por conocimientos y experiencias anteriores, conceptualizada por Schutz⁽⁸⁾, el temor de los profesionales está de acuerdo con estudios que indican que los profesionales de salud involucrados en errores sufren consecuencias que pueden ser administrativas, punitivas verbales, escritas, demisiones, procesos civiles, legales y éticos, que pueden impedir el ejercicio legal de la profesión⁽¹³⁾. Organizaciones internacionales, visando monitorear y prevenir errores, en oposición a la punitiva del profesional, han sugerido repetidamente que se estimule la comunicación del EA como una de las principales formas de acceder a sus verdaderas causas. La búsqueda por la punitiva de culpados no ha disminuido la frecuencia de los EUA, y mucho menos ha contribuido a la elaboración de estrategias preventivas eficaces. Actúan en sentido contrario, en la medida en que inducen a la subnotificación y dificultan la implementación de protocolos que llevan a la prevención de errores⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. En este estudio, sobresalen relatos de finalizaciones comprensivas de las análisis de las situaciones notificadas que se oponen al recelo referido para la notificación. Dentro de esta perspectiva, se revela que los profesionales están viviendo experiencias positivas, que llevan a la percepción de la notificación como instrumento orientado a la mejora de la calidad de la atención, iniciando el proceso de desconstrucción de la tipificación característica, relevante en la fenomenología social⁽⁸⁾, y originando situación de transición de la cultura institucional.

Aunque técnicos y auxiliares de enfermería comprendan que pueden notificar, revelan duda respecto a la autorización para hacerlo y no se sienten

informados sobre como proceder al registro, prefiriendo relatar el hecho al enfermero para que lo registre. Así, los enfermeros son indicados como los profesionales responsables por la notificación de los EA.

El enfermero rutinariamente hace el papel de supervisor de la atención de enfermería, debido a su condición de líder del equipo, siendo considerado conocedor de todos los procedimientos asociados a los cuidados de salud. Muchas veces, enfatiza en esta actividad el control o fiscalización del trabajo y el registro de fallas y sanciones. Profesionales de enfermería o otros elementos del equipo reconocen que el enfermero, en esta condición, asume postura autoritaria y centralizadora⁽¹⁶⁾.

Por lo tanto, la conceptualización del equipo sobre el papel del enfermero como la persona responsable por la comunicación sugiere jerarquización de esa acción y dificulta que técnicos y auxiliares de enfermería, además de otros profesionales, asuman la responsabilidad de notificar el EA que viven. Además, según la OMS, esta concepción de hecho debe ser reformulada, en el sentido de que hechos indeseados sean notificados a partir de los profesionales de primera línea, médicos, enfermeros, técnicos o auxiliares de enfermería, más de exclusivamente de agentes superiormente jerarquizados. Sistemas de notificación deben ser diseñados para posibilitar el encaminamiento de notificaciones, incluso de los pacientes, de sus familias y de los consumidores de los servicios⁽¹⁰⁾. Estos podrán contribuir proveyendo informaciones adicionales sobre los eventos y sobre los impactos subsecuentes. Además, proporcionar oportunidad a todos para el informe de eventos promueve mayor vigilancia entre prestadores de servicios de salud y organizaciones y permite integrar participantes activos en la búsqueda de mejoras en la seguridad del paciente⁽¹⁷⁾.

La subnotificación puede relacionarse al hecho de quedar restringida al registro por los enfermeros y, además, a otras causas, tales como el carácter voluntario, no obligatorio, a la falta de tiempo y del hábito de notificar. Integrados en el equipo asistencial y viviendo el ambiente del sistema de notificación, los profesionales comparten en la intersubjetividad la necesidad de definición del papel que deben desempeñar y encontrar condiciones y tener libertad para elegir y decidir por la acción de notificación del EA, contemplando sus expectativas como participante del grupo social en la experiencia cotidiana⁽⁸⁾.

Al vivir problemas durante sus actividades, los profesionales de enfermería ni siempre se sienten

seguros o disponen de los recursos necesarios para solucionarlos. Así, buscan soporte, de manera a compartir el problema con su superior. El profesional tienen como motivo para la notificación establecer canal de comunicación y espera recibir de su superior el parecer sobre su conducta, orientación sobre como actuar o incluso la información de que el problema será solucionado en otra instancia.

Varias características del ambiente de trabajo de la enfermería influyen directamente la calidad del cuidado fornecido al paciente. Deficiencias estructurales y de los procesos de trabajo también predisponen al error y causan sobrecarga de trabajo. Instituciones que no emplean esfuerzos para promover buenas condiciones de trabajo a la enfermería pueden poner sus pacientes en situación de mayor vulnerabilidad respecto a la ocurrencia de errores⁽¹⁸⁾. En este aspecto, un estudio describe que el nivel de desarrollo de una organización, de sus procesos de trabajo y de sus profesionales puede afectar directamente a los resultados del cuidado y observa que la mayoría de los accidentes o fallas son resultados de fallas del sistema del local de trabajo⁽¹⁹⁾.

Respecto a la relación del notificador con la administración, los testimonios de los profesionales de enfermería llevaron a la percepción de la importancia del parecer de la administración, registrado en la respuestas a los notificadores. Este retorno establece la intercomunicación y da sentido a la acción motivada⁽⁸⁾. Al participar del sistema de notificación, el profesional de enfermería se percibe colaborando con la institución. Sin embargo, el tiempo gasto para responder a las notificaciones o el desconocimiento del efecto producido en la administración pueden indicar que no tuvo intercomunicación y producen insatisfacción y desmotivación debido al no reconocimiento de la colaboración prestada.

Situaciones de estrés son frecuentes en la vida del profesional de enfermería, particularmente en instituciones con recursos escasos, como muchas veces es el caso de hospitales públicos terciarios. Responsable por prestar cuidados especializados y proveer recursos materiales y tecnológicos, necesarios para atender a los pacientes, el profesional referido es presionado a tomar decisiones que muchas veces ponen en riesgo la integridad del paciente y su propia⁽²⁰⁾. Las situaciones relatadas en este estudio revelan que el equipo espera que les sean conferidos soporte administrativo y seguridad institucional, al comunicar situaciones de tensión y riesgo. Eso les estimula a

notificar las dificultades y angustias frecuentemente vividas en la práctica asistencial. Estas situaciones del mundo cotidiano, compartidas e interpretadas por el grupo, involucrando a las personas, transforman el comportamiento en acción social y, según Schutz, la caracterizan como típica⁽⁸⁾.

Se recomienda que la dirección de las organizaciones de salud, en consonancia con sus trabajadores, defina y documente política para la gestión de las situaciones de riesgo. Los riesgos deben ser identificados y analizados, según su origen y, a partir de ese diagnóstico, acciones preventivas deberán ser implementadas⁽²¹⁾. Para contribuir a la identificación de las situaciones de riesgo y su gestión, el boletín de registro de los EA, como documento institucional, debe ser preferencialmente anónimo, confidencial y no ser utilizado como instrumento de acusación de profesionales⁽²²⁾.

En este estudio, la contribución a la prevención de eventos futuros, el aprendizaje alcanzado a partir de las investigaciones y el efecto no punitivo de la notificación son percibidos como beneficios del sistemas, expectativa que concede seguridad al profesional.

Se evidenció en los testimonios de esta investigación la motivación del equipo en notificar para corregir y mejorar, continuamente, los procesos de trabajo, con objeto de prevenir futuros EA y evitar daños a los pacientes. En el contexto de la calidad, el sentido de la mejora continua es la búsqueda incesante de la ausencia de error, como forma de cualificar adecuadamente los resultados⁽²³⁾. Para solucionar los problemas de calidad, el primer paso es examinar cada etapa del proceso para se evitar los problemas antes que ocurran, en vez de corregirlos después de ocurridos. Sin embargo, a pesar de dar visibilidad a las fallas, solamente notificar es poco para se alcanzar la mejora continua. Para la implementación de mejora continua de procesos, es necesario utilizar metodología establecida, testada y confiable, apoyada por instrumentos eficaces, que permite alcanzar objetivos previamente definidos. La aproximación sistemática, con foco en el problema, posibilita identificar sus causas y desarrollar e implementar soluciones y planes de acción para mejorar los procesos⁽²⁴⁾.

Consideraciones finales

Con base en la aproximación utilizada, el desarrollo de este estudio posibilitó comprender que

la percepción de los profesionales de enfermería es de que el sistema de notificación de EA es instrumento de auxilio a la gestión de la atención al paciente, que permite a los profesionales asistenciales compartir responsabilidades con los administradores y estimular acciones correctivas, con vistas a la no repetición de los errores y prevención de futuros EA. Se mostró útil para denunciar inadecuación de recursos humanos, además de otras fragilidades institucionales. Se revela la expectativa de apoyo administrativo y seguridad profesional, condiciones que estimulan los profesionales a notificar las dificultades y angustias vividas en la práctica asistencial. Cuando se decide notificar el EA, la percepción de los profesionales es de colaboración con la institución y la expectativa es de respuesta, en la forma de auxilio en la revisión de la conducta y en el alcance de niveles superiores de capacidad de resolución. Los conocimientos que emergieron del vivido de los profesionales indican la necesidad de divulgación de la taxonomía de la OMS en seguridad del paciente, afín de mejorar la calidad de la información y estimular la notificación. Lo típico en esta investigación es verbalizado por los profesionales que diseminan la finalidad no punitiva de la notificación de EA, evidenciando la existencia de un esfuerzo para que el acto de notificar sea estimulado y no relacionado a sentimientos y consecuencias desagradables. La visión de los entrevistados, de los enfermeros como responsables por la notificación de EA contribuye para dificultar que técnicos y auxiliares de enfermería, además de otros profesionales, asuman este compromiso de manera consistente. Es necesario desmitificar la notificación centrada en el profesional enfermero, promoviendo oportunidades de orientación, clarificaciones y estímulo a la participación amplia de todos los profesionales.

Este estudio señala la importancia de comprender los aspectos subjetivos de la acción de los profesionales de enfermería en el sistema de notificación de EA mediante el conocimiento de las expectativas y motivos que permean sus decisiones y conductas. Los resultados de esta investigación presentan la limitación de contar con número de enfermeros mayor en el grupo de entrevistados y, como estudio fenomenológico, no son generalizables a otras poblaciones. Sin embargo, la comprensión proporcionada por el referencial de Alfred Schutz podrá contribuir hacia la reflexión sobre la política institucional y hacia el perfeccionamiento de los procesos de trabajo, visando a hacer la atención más segura.

Referencias

1. Clarke JR. How a system for reporting medical errors can and cannot improve patient safety. *Am Surg.* 2006;72(11):1088-91.
2. Paiva MCMS, Paiva SA, Berti HW. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado gerenciamento de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(2):287-4.
3. Christiaans-Dingelhoff I, Smits M, Zwaan L, Lubberding S, van der Wal G, Wagner C. To what extent are adverse events found in patient records reported by patients and healthcare professionals via complaints, claims and incident reports? *BMC Health Serv Res.* 2011; 11(49):49.
4. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, O'Shaughnessy J, et al. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care.* 2006 Feb;15(1):39-43.
5. Massoco ECP. Percepção da equipe de enfermagem de um hospital de ensino acerca da segurança do paciente [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2012.
6. Moutzoglou A. Factors impeding nurses from reporting adverse events. *J Nurs Manage.* 2010;18(5):542-7.
7. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2009. Comparative Database Report. U.S Department of Health & Human Services; 2009 [updated 2009; acesso 3 jun 2013]; Disponível em: <http://www.ahrq.gov>.
8. Shultz A. Sobre fenomenologia e relações sociais. Petrópolis: Vozes; 2012. 360 p.
9. World Health Organization. More than words. Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1 Technical Report January 2009. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009. Chapter 3, International Classification for Patient Safety – Key Concepts with Preferred Terms. [acesso 24 jul 2013]; p. 14-24. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf
10. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. WHO Draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from Information to action. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2005. Chapter 3, Components of a reporting system; [acesso 24 jul 2013]; p. 16. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf
11. Sousa LB, Barroso MGT. Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em enfermagem. *Esc Anna Nery.* 2009;13(1):181-7.

12. Jha AK, Prasopa-Plaizier N, I L, Bates DW, WHO; Safety WAFP. Patient safety research: an overview of the global evidence. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(42):5.
13. Santos AE, Padilha KG. Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(4):429-33.
14. Institute for Safe Medication Practices (ISMP). The National Medication Errors Reporting Program (ISMP MERP). [acesso 24 jul 2013]. Disponível em: <https://www.ismp.org/orderforms/reporterrortoismmp.asp>
15. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP). NCC MERP Taxonomy of medication errors. 2013. [acesso 24 jul 2013]. Disponível em: <http://www.nccmerp.org/aboutmederrors.htm>.
16. Shimizu HE, Ciampone MHT. The representations of nursing auxiliaries and technicians about team work at an Intensive-Care Unit. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2004;12(4):623-30.
17. Halpern MT, Roussel AE, Treiman K, Nerz PA, Hatlie MJ, Sheridan S. Designing Consumer Reporting Systems for Patient Safety Events. Contract Final Report. AHRQ Publication No. 11-0060-EF, July 2011 [acesso 24 jul 2013]. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/qual/consreporting/>
18. Aiken LH. Improving patient safety: the link between nursing and quality of care. *Rev Prof*. [Internet]. 2005 [acesso 24 jul 2013]; 12:1-4. Disponível em: http://www.investigatorawards.org/downloads/research_in_profiles_iss12_feb2005.pdf
19. Reason J. Safety in the operating theater - part 2: Human error and organizational failure. *Qual Saf Health Care*. 2005; 14:56-61.
20. Paiva MCMS. O significado social da ação da equipe de enfermagem frente ao sistema de notificação de eventos adversos [tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2012.
21. Lima RPM. Percepção da equipe multidisciplinar acerca de fatores intervenientes na ocorrência de eventos adversos em um hospital universitário [Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2011. [acesso 24 jul 2013]; Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-20062011-153646/>.
22. Hwang JI, Lee SI, Park, HA. Barriers to the Operation of Patient Safety Incident Reporting Systems in Korean General Hospitals. *Healthc Inform Res*. 2012; [acesso 24 jul 2014]; Disponível em: <http://synapse.koreamed.org/Synapse/Data/PDFData/1088HIR/hir-18-279.pdf>.
23. Silva SC. Qualidade nos serviços de saúde e a segurança do ambiente. In: Harada MJCS, Pedreira MLG, organizadores: *Gestão em Enfermagem: ferramenta para prática segura*. São Caetano do Sul: Yendis; 2011. p. 305-14.
24. Ausserhofer D, Schubert M, Engberg S, Blegen M, De G, Schwendimann R. Nurse-reported patient safety climate in Swiss hospitals: a descriptive-explorative substudy of the Swiss RN4CAST study. *Swiss Med Wkly*. 2012;20:142:0.

Recibido: 11.11.2013

Aceptado: 26.8.2014