

GESTÃO DE RISCOS DE INCIDENTES NA SEGURANÇA DO PACIENTE EM CONTEXTOS HOSPITALARES: TENDÊNCIAS DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS PORTUGUESAS

RISK MANAGEMENT OF PATIENT SAFETY INCIDENTS IN HOSPITAL SETTINGS: TRENDS IN PORTUGUESE SCIENTIFIC PRODUCTION

**Marculina da Silva¹, Ana Margarida Ferreira Machado²,
Iara Rafaela Pinto da Silva Ferreira³, Mauren Pimentel Lima⁴,
Amélia Filomena Oliveira Mendes Castilho⁵,
Ana Paula Moraes Carvalho Macedo⁶ e Rafaela Andolhe⁷**

RESUMO

Introdução: segurança do paciente é uma temática de relevância global, especialmente no que se refere à notificação de incidentes de segurança associados à prática assistencial. Considerando os potenciais danos que esses incidentes podem causar aos pacientes. Objetivo: identificar e analisar as evidências das produções científicas portuguesas acerca da gestão de risco de incidentes de segurança no contexto hospitalar. Método: trata-se de estudo de tendência portuguesa das teses e dissertações, do tipo revisão narrativa da literatura, com a busca realizada nos meses de setembro e outubro de 2024, no *RepositoriUM*, Repositório Científico da Universidade de Coimbra e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). A tendência referida neste estudo trata-se de mapeamento das produções científicas portuguesas sobre o tema, defendidas nos cursos de mestrado e doutorado nas instituições de ensino superior no país, o que engloba análise de quantitativo das publicações, panorama temporal e temática. Para análise de dados extraídos das produções avaliadas, utilizou-se análise de conteúdo. Resultado: dos milhares de produções identificadas, 44 foram selecionadas para leitura integral, e 24 compuseram o corpus final do estudo. Os principais achados foram organizados em categorias que discutiram: tipos e fatores contribuintes para incidentes; facilitadores e barreiras à notificação no sistema de informação; e estratégias de gestão de risco voltadas à segurança do paciente, promoção da cultura de segurança e reforço da conscientização dos profissionais de saúde sobre a notificação no sistema. Considerações finais: o estudo analisou as produções científicas portuguesas sobre gestão de riscos e notificação de

1 Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: marculina.silva@acad.ufsm.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6106-0582>

2 Nutricionista. Mestre. Bolsa de Investigação Científica Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), Coimbra, núcleo Universidade do Minho. Portugal. E-mail: anamargaridaferreiramachado@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2958-9803>

3 Enfermeira. Bolsa de Investigação Científica Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), Coimbra, núcleo Universidade do Minho. Portugal. E-mail: b14265@ese.uminho.pt ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3179-3799>

4 Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: maurenplima@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0215-1190>

5 Doutora. Docente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra, Portugal. E-mail: afilomena@esenfc.pt ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4420-8861>

6 Doutora. Docente e presidente da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. Braga, Portugal. E-mail: amacedo@ese.uminho.pt ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1064-3523>

7 Doutora. Docente Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: rafaela.andolhe@ufcspa.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3000-8188>

incidentes, destacando a relevância do tema nas publicações. Identificou-se a necessidade de pesquisas que avaliem a efetividade das estratégias institucionais para promover uma cultura de segurança do paciente por meio de registro de incidentes no sistema de notificação.

Palavras-chave: Eventos adversos, Gestão de riscos, Incidentes, Notificação de incidentes, Segurança do paciente.

ABSTRACT

Introduction: Patient safety is a topic of global relevance, especially with regard to the reporting of safety incidents associated with healthcare practice, considering the potential harm that these incidents can cause to patients. **Objective:** To identify and analyze evidence from Portuguese scientific publications on the management of safety incident risk in hospital settings. **Method:** This is a study of trends in Portuguese theses and dissertations, in the form of a narrative literature review, with a search conducted in September and October 2024 in RepositoriUM, the Scientific Repository, Universidade de Coimbra, and in the Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). The trend referred to in this study is the mapping of Portuguese scientific productions on the subject, defended in master's and doctoral courses in higher education institutions in the country, which includes quantitative analysis of publications, temporal and thematic overview. Content analysis was used to analyze data extracted from the assessed productions. **Results:** Of the thousands of publications identified, 44 were selected for full reading, and 24 comprised the final corpus of the study. The main findings were organized into categories that discussed: types and contributing factors to incidents; facilitators and barriers to reporting in the information system; and risk management strategies focused on patient safety, promoting a culture of safety, and reinforcing healthcare professionals' awareness of reporting in the system. **Final considerations:** The study analyzed Portuguese scientific publications on risk management and incident reporting, highlighting the relevance of the topic in publications. The need for research to assess the effectiveness of institutional strategies to promote a culture of patient safety through incident reporting in the reporting system was identified.

Keywords: Adverse Events; Risk Management; Incidents; Incident Reporting; Patient Safety.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é uma temática de relevância global, especialmente no que se refere aos incidentes de segurança associados à prática assistencial. Considerando os potenciais danos que esses incidentes podem causar aos pacientes, as instituições de saúde, em conformidade com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), têm se mobilizado para garantir uma assistência mais segura e de qualidade (WHO, 2021).

Entre as estratégias implementadas, destaca-se a notificação de eventos indesejáveis ocorridos durante a prestação do cuidado em saúde. Contudo, a efetiva implementação dessa medida depende de uma gestão de riscos estruturada, que é responsável por coordenar e executar essas ações (WHO, 2021; FERREIRA; DIXE, 2024).

A assistência de qualidade prestada e a segurança do paciente exercem impacto direto na gestão hospitalar, pois a ocorrência de incidentes pode acarretar tanto complicações médicas,

implicações legais, assim como prejuízos financeiros substanciais para as instituições de saúde (DONNELLY; LEE; SHAREK, 2018).

Apesar de anos de avanço desde a publicação do relatório “*To Err Is Human*”, a segurança do paciente continua sendo um problema da saúde pública ao nível mundial, principalmente em relação aos incidentes de segurança (CAMACHO-RODRÍGUEZ *et al.*, 2022).

A ocorrência de incidentes de segurança na prestação de cuidados é um desafio presente nos sistemas de saúde modernos. Logo, a adoção de políticas e estratégias direcionadas à redução desses incidentes, muitos dos quais são evitáveis, é amplamente reconhecida, tanto ao nível nacional quanto internacional, como uma abordagem eficaz para promover melhorias na saúde, consolidando-se como uma prioridade no setor de saúde (PORTUGAL, 2021).

Por outro lado, a inconstância do risco associada à tarefa, ao ambiente de trabalho e ao comportamento dos profissionais de saúde pode ser prevista de forma potencial por meio da avaliação das atitudes da assistência segura dos trabalhadores de saúde, como no caso do comportamento de notificação do incidente. Essa abordagem oferece aos gestores ensejo ampliado de identificar e abordar entraves culturais presentes na organização de saúde (NYBERG *et al.*, 2024).

O incidente de segurança refere-se ao evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Tais danos podem ser físicos, psicológicos e/ou sociais. Incidentes são classificados em: *near miss* - o incidente que não atingiu o paciente; incidentes sem danos - é o que atingiu o paciente, mas não causou o dano; incidentes com dano ou eventos adversos - são aqueles que resultaram em danos ao paciente. Ademais, os incidentes englobam os erros ou falhas nos procedimentos durante a prestação de cuidados aos pacientes (WHO, 2021).

Entretanto, a notificação de incidentes de segurança constitui uma estratégia essencial para a gestão de riscos, por oferecer à administração uma visão abrangente das situações indesejáveis que podem estar ocorrendo no estabelecimento de saúde e causando danos aos pacientes. Tal abordagem permite identificar e priorizar condições problemáticas, orientando a tomada de decisões voltadas à implementação de ações resolutivas em relação aos incidentes (FERREIRA; DIXE, 2024).

Além disso, a notificação de incidentes compreende uma estratégia fundamental na assistência à saúde, uma vez que reflete a realidade experienciada pelos profissionais. Também assegura uma comunicação entre as equipes assistenciais e os gestores, contribuindo para o respaldo legal e promovendo, consequentemente, as melhorias no âmbito organizacional e fortalecimento da cultura de segurança no cuidado à saúde (MOREIRA *et al.*, 2021).

Embora o debate sobre a segurança do paciente tenha se intensificado globalmente, a subnotificação dos incidentes de segurança por parte dos profissionais de saúde ainda é uma realidade comum nas instituições de saúde ao redor do mundo (BRÁS *et al.*, 2023; FERREIRA; DIXE, 2024).

Nesse sentido, a gestão de riscos desempenha um papel central, ao promover a garantia da qualidade do cuidado, aprendizado com erro, segurança do paciente e cultura de segurança positiva.

Além de atuar como um vínculo estratégico entre os profissionais de saúde e a administração das organizações de saúde, no que diz respeito à qualidade no serviço e à segurança do paciente, facilitando a identificação e o diagnóstico de condições de trabalho que possam comprometer a segurança da população atendida nos serviços de saúde (CAMACHO-RODRÍGUEZ *et al.*, 2022).

Como o cenário hospitalar é onde se aplica a tecnologia de alta complexidade para a prestação de cuidados, os pacientes são mais expostos a diversos riscos, como incidentes de medicação, infecções hospitalares e outras complicações por realização de procedimentos médicos falhos. Logo, mediante esta identificação e avaliação dos riscos, é que os profissionais e gestores de saúde conseguem implementar ações preventivas, protetivas e os protocolos de segurança que visam atenuar a ocorrência de incidentes e qualificar a assistência (CARRILHO, 2024).

Sendo que a gestão de risco abrange tanto uma abordagem proativa, voltada para a prevenção de incidentes e qualquer preocupação com a qualidade da assistência, quanto uma abordagem reativa, destinada a mitigar o impacto dos danos provocados por esses incidentes. Para garantir uma cultura de segurança do paciente sólida e promover a segurança como elemento central na prestação de cuidados à saúde, é fundamental que a gestão de risco seja funcional e efetiva (SOUZA; MENDES, 2019).

A gestão do risco compreende a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e incidentes que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional (BRASIL, 2013).

Deste modo, ressalta-se que a adoção de práticas de segurança está intrinsecamente associada à gestão dos riscos relacionados à segurança do paciente na assistência à saúde, uma vez que representa a necessária revisão frequente dos processos de trabalho e seu alinhamento aos padrões que se considera seguros (BRASIL, 2024).

Considerando a relevância do assunto, torna-se impreterível investigar a magnitude do debate do tema em questão, nas pesquisas desenvolvidas nas instituições de ensino superior de Portugal, uma vez que os aspectos relacionados à segurança do paciente se enquadram em um assunto de importância mundial, reforçado continuamente pela OMS.

Entretanto, apesar da relevância do tema em âmbito internacional, observa-se escassez de estudos que sistematizem as produções acadêmicas portuguesas sobre gestão de risco e notificação de incidentes. Portanto, justifica-se a pertinência deste estudo por buscar sistematizar e traçar o panorama histórico da produção acadêmico-científica de um determinado tema, possibilitando o aperfeiçoamento da construção do conhecimento da área e de seus objetos de investigação científica no contexto internacional.

Face ao exposto, este estudo tem como objetivo identificar e analisar as evidências das produções científicas portuguesas acerca da gestão de risco de incidentes de segurança no contexto hospitalar.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de tendência portuguesa das teses e dissertações com a utilização da pesquisa bibliográfica do tipo revisão narrativa da literatura. A qual visa investigar os temas com foco nas tendências, natureza e produção abrangente relacionado com a temática proposta no estudo (BRUM, 2016).

Por conseguinte, realizou-se a pesquisa nos meses de setembro e outubro de 2024, no *RepositoriUM*, Repositório Científico da Universidade de Coimbra e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Para responder à pergunta da pesquisa que consiste em “quais são as evidências das produções científicas portuguesas acerca da gestão de risco de incidentes de segurança pelos profissionais de saúde no contexto hospitalar?” Foi elaborada com auxílio da estratégia PICo. P= população (profissionais de saúde), I= fenômeno de interesse (incidentes de segurança e sua notificação), Co= contexto (hospital). Para a busca nas fontes de dados citadas acima, foram utilizados os termos “segurança do doente”, “gestão de risco”, “notificação de incidentes”, “eventos adversos”.

Concernente ao critério de elegibilidade do estudo, considerou-se como critério de inclusão as produções científicas sobre a gestão do risco de incidentes de segurança com ênfase na notificação de incidentes e a segurança do doente no contexto hospitalar em Portugal. E excluídos estudos que não estiveram disponíveis na íntegra ou com acesso restrito. Não foi delimitado o recorte temporal visando abranger maior número das produções. O processo de seleção das produções foi norteado pelo fluxograma PRISMA - *The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (GALVÃO *et al.*, 2015).

Para análise de dados, utilizou-se análise de conteúdo de Bardin, a qual foi organizada por categorias temáticas. Além disso, foi elaborado um quadro sinótico construído por meio do editor de textos *Microsoft Word* com os seguintes dados das produções revisadas: autor e ano de publicação, título da produção, procedência dos estudos (instituição do ensino superior), tipo de produção (tese ou dissertação), área de especialidade, método/design e público-alvo dos estudos. Tais dados foram apresentados mediante frequências absolutas (n) e relativas (%).

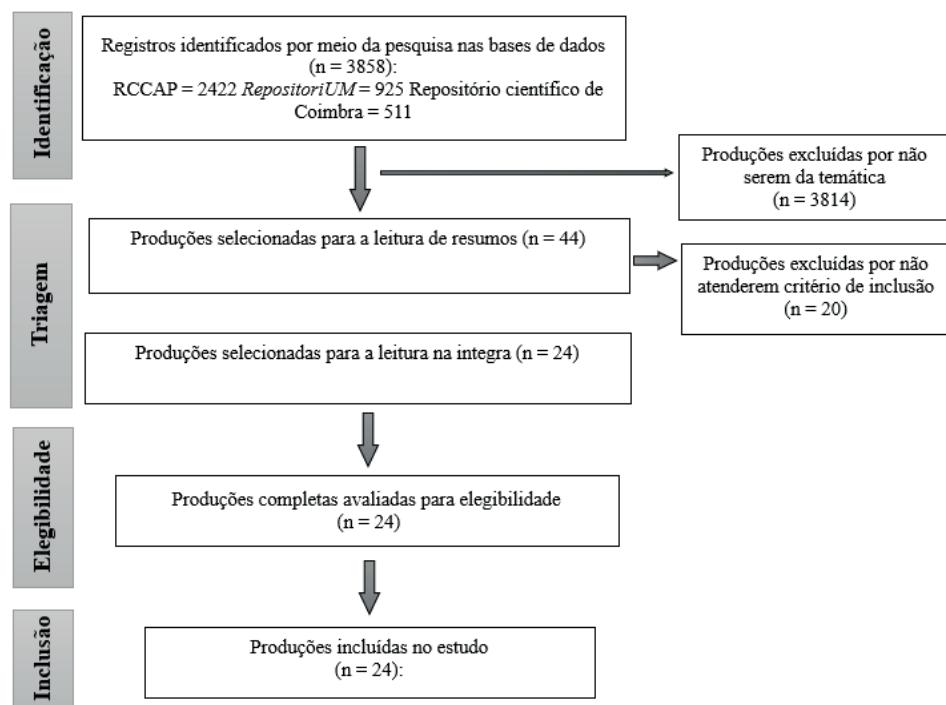
No presente estudo, destaca-se que não houve a necessidade de apreciação dos preceitos éticos da pesquisa, uma vez que o estudo utilizou exclusivamente fontes de informação de domínio público e de acesso aberto. No entanto, os dados extraídos foram tratados de modo autêntico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre milhares de produções levantadas nas fontes de informações utilizadas, após a leitura de títulos e resumos, foram selecionadas 44 produções para leitura na íntegra. Destas, 20 produções foram excluídas por não relatarem sobre a temática do estudo e 24 constituíram o corpus final do

estudo, conforme apresentado no fluxograma da seleção das produções. Figura 1. Não houve estudos duplicados. No entanto, os dados do estudo foram organizados e apresentados por seguintes categorias: caracterização das produções analisadas, incidentes estudados e fatores contribuintes para sua ocorrência, facilitadores e entraves para a notificação de incidentes, e estratégias da gestão do risco para segurança do paciente, cultura de segurança e redução da ocorrência de incidentes.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção das produções identificadas nas bases de dados



Fonte: elaboração autora.

Características das produções

Das 24 produções incluídas, todos (100%) referiram dissertações, não foram identificadas teses. O ano de publicação predominante foi 2023, com 25% (n=6) de estudos, seguido de 2015, com 16,67% (n=4) das produções. Os outros anos que representam os estudos são de 2013, 2021 e 2022, com 12,50% (n=3) cada, 2018 com 8,33% (n=2) estudos e 4,17% (n=1) estudo cada para os anos 2014, 2017 e 2024.

Em relação à instituição do ensino, 33,33% (n=8) das produções foram provenientes da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Coimbra e 33,33% (n=8) pertenceram à Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa. Em seguida, a Universidade do Minho e a Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Porto contribuíram com 16,67% (n=4) das produções cada uma.

Quanto à área de especialidade, 25% (n=6) dos estudos referiram a Gestão em Enfermagem, 20,83% (n=5) da Enfermagem médico-cirúrgica. A Enfermagem em Gestão de Unidade de Cuidados e Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem contribuíram com 12,50% (n=3) dos estudos cada uma. Além disso, 8,33% (n=2) das produções pertenceram à Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. As demais

especialidades, como Engenharia Clínica, Enfermagem, Supervisão Clínica em Enfermagem, Engenharia Biomédica e Gestão de Unidade de Saúde, representaram 4,17% (n=1) de produção cada.

Em relação ao delineamento metodológico, 70,83% (n=17) dos estudos utilizaram método quantitativo, 20,83% (n=5) são estudos qualitativos e, além do *design* metodológico e mistos com 4,17% (n=1) de produção cada um. Quadro 1.

Quadro 1 - Dados de caracterização das produções analisadas. Braga, Portugal. 2025.

ID	Autor/ Ano de publicação	Título	Universidade/Escola	Tipo de produção/ Área de especialidade	Design/Método
P1	Rocha, D.F.C./2024	Gestão do Risco: Notificações de Incidentes de Queda Hospitalar	Universidade do Minho/ Escola de Economia e Gestão	Dissertação/Gestão de unidades de saúde	Descritiva, transversal e quantitativa
P2	Martins, R.R.P./2013	Sistema de Notificação de Eventos Adversos em Ambiente Hospitalar	Universidade do Minho/ Escola de Engenharia	Dissertação/Engenharia biomédica	Descritiva
P3	Cunha, S.M.B./2013	Quedas dos Doentes e Eventos Sentinelas no Hospital de Braga: Análise dos Eventos e Custos Associados	Universidade do Minho/ Escola de Engenharia	Dissertação/ Engenharia Clínica	Descritiva e quantitativa
P4	Silva, T.I.B./2022	Gestão do risco de incidentes terapêuticos na Pessoa em Situação Crítica: melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem	Universidade do Minho/ Escola Superior de Enfermagem	Dissertação/ Enfermagem	Estudo de intervenção
P5	Simões, P.J.F.F./2023	Cultura de segurança do doente em unidades com procedimentos anestésicos fora do bloco operatório	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	Dissertação/ Enfermagem médico-cirúrgica	Quantitativa, descritiva e correlacional
P6	Santos, M.F.R./2023	Contributos do enfermeiro gestor na cultura de segurança	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	Dissertação/Enfermagem gestão de unidades de cuidados	Exploratório-descritivo e qualitativa
P7	Costa, M.M.C.S./2023	Prática Baseada na Evidência e Cultura de Segurança do Doente em Cirurgia de Ambulatório: Um Estudo Correlacional	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	Dissertação/Enfermagem gestão de unidades de cuidados	Quantitativo, exploratório, transversal, descritivo-correlacional
P8	Pinto, T.M.B.A./2022	Papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação, num Serviço de Urgência	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	Dissertação/ Gestão de Unidade de Cuidados	Transversal, quantitativo, descritivo-correlacional
P9	Matias, A.C.R/2021	Avaliação da Cultura de Segurança de uma Unidade de Cirurgia Ambulatória	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	Dissertação/ Enfermagem médico-cirúrgica	Exploratório/descritivo, transversal e quantitativa
P10	Neves, E.C./2018	Percepção dos enfermeiros sobre o erro de medicação: Causas Primárias e Tipos de Erro	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	Dissertação/ Enfermagem médico-cirúrgica	Descritivo correlacional e quantitativa

P11	Costa, R.M.F.M.S./2017	Eventos adversos associados aos cuidados de enfermagem num serviço de urgência	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	Dissertação/ Enfermagem médico-cirúrgica	Descritiva e correlacional
P12	Pedreira, M.F.R./2015	Segurança de doentes e eventos adversos associados à prática de enfermagem em cuidados intensivos	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	Dissertação/Enfermagem médico-cirúrgica	Descritiva e correlacional
P13	Ferreira, A.M.S./2023	Segurança do doente e o erro de medicação: qual o contributo da supervisão clínica	Escola superior de enfermagem do Porto	Dissertação/ Supervisão clínica em enfermagem	Misto, descritivo, transversal e correlacional
P14	Cunha, C.J.P/2023	Desenvolvimento de uma tecnologia e-health: medicação sem dano	Escola superior de enfermagem do Porto	Dissertação/ Direção e chefia de serviços de Enfermagem	Metodológico
P15	Ribeiro, A.C.M./2023	A visibilidade da cultura de segurança nos serviços de pediatria	Escola superior de enfermagem do Porto	Dissertação/ Direção e chefia de serviços de Enfermagem	Qualitativa
P16	Mota Ferreira, D.N./2021	Segurança do doente em psiquiatria: processo de gestão	Escola superior de enfermagem do Porto	Dissertação/ Direção e chefia de serviços de Enfermagem	Qualitativa
P17	Constâncio, J.L./2021	Identificação Inequívoca do Doente: avaliação do Plano Nacional de Segurança do Doente	Escola superior de enfermagem de Lisboa	Dissertação/ Gestão em Enfermagem	Quantitativo, observacional, descritivo, retrospectivo e longitudinal
P18	Costa, J.L.T./2022	Práticas de Notificação, Análise e Prevenção de Incidentes: Avaliação do Plano Nacional de Segurança do Doente	Escola superior de enfermagem de Lisboa	Dissertação/ Gestão em Enfermagem	Observacional, descritivo, longitudinal e quantitativa
P19	Grilo, A.L.M.C./2018	A Cultura de Segurança do Doente na Clínica de Hemodiálise	Escola superior de enfermagem de Lisboa	Dissertação/ Gestão em Enfermagem	Quantitativo, observacional, descritivo e transversal
P20	Varão, S.C.T./2015	A Cultura de Segurança do Doente em Contexto Hospitalar	Escola superior de enfermagem de Lisboa	Dissertação/ Gestão em Enfermagem	Quantitativo, observacional, descritivo e transversal
P21	Santos, S.M.L./2015	A Cultura de Segurança do Cliente nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados	Escola superior de enfermagem de Lisboa	Dissertação/ Gestão em Enfermagem	Quantitativo, observacional - descritivo e transversal
P22	Oliveira, H.C.S.A./2015	Notificação de incidentes como prática para a segurança em pediatria - Domínios e Desafios do Enfermeiro Especialista no Contexto de Cuidados Intensivos	Escola superior de enfermagem de Lisboa	Dissertação/ Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria	Quantitativo
P23	Inácio, M.S.C./2014	Cultura de Segurança nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados, na perspetiva do Enfermeiro Gestor	Escola superior de enfermagem de Lisboa	Dissertação/ Gestão em Enfermagem	Quantitativo, observacional-descritivo e transversal
P24	Carreira, P.N./2013	Erro Terapêutico em Pediatria: Perspetivas e Práticas dos Enfermeiros	Escola superior de enfermagem de Lisboa	Dissertação/ Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria	Qualitativa

Fonte: elaborado pela autora. Braga, Portugal 2025.

Legenda: ID = identificação. P = produção.

Incidentes e fatores contribuintes para sua ocorrência

Após análise das produções, destacaram-se como principais incidentes investigados a queda do doente (ROCHA, 2024; CUNHA, 2013), eventos com medicação - administração errada, hora errada e prescrição errada (NEVES, 2018; FERREIRA, 2023; OLIVEIRA, 2015; CARREIRA, 2013), incidentes de medicação - dose errada, doente errado (CUNHA, 2023).

Diante do incidente de queda do paciente, destaca-se a importância de realizar análises regulares do perfil de quedas, com o objetivo de planejar e implementar medidas que melhorem a assistência e de desenvolver e aprimorar sistemas de segurança do paciente e gestão de riscos fundamentados em evidências científicas. Ademais, é essencial investir no fortalecimento contínuo do processo de notificação espontânea de incidentes de queda do doente, dado seu papel na consolidação da cultura de segurança do paciente (HERMANN *et al.*, 2023).

Além disso, um dos incidentes mais relatados nas produções analisadas refere-se aos incidentes relacionados à medicação. Observa-se que os profissionais apresentam maior receio em notificar esse tipo de ocorrência, devido a múltiplos fatores, o que dificulta a análise das causas raízes e a implementação de medidas corretivas para prevenir sua recorrência. Esse tipo de incidente representa um risco significativo à segurança do paciente, visto que eventos envolvendo medicação podem ter consequências graves, dependendo da via de administração, incluindo danos severos à saúde e, em casos extremos, óbito.

No contexto de um estudo conduzido com enfermeiros na República Checa, destacou-se a relevância de pesquisas padronizadas sobre incidentes na administração de medicamentos. Essas pesquisas configuram-se como ferramentas essenciais para subsidiar a identificação de riscos no preparo e na administração de medicamentos. Além disso, evidenciou-se que a avaliação das causas dos incidentes relacionados à medicação auxilia profissionais e gestores de saúde no planejamento e na implementação de estratégias preventivas e corretivas direcionadas, com o objetivo de aprimorar a segurança do paciente e a qualidade da assistência prestada (BRABCOVA *et al.*, 2023).

Os estudos revisados identificaram diversos fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes, incluindo a insuficiência de recursos humanos, maior fadiga entre os profissionais de saúde, comunicação e organização inadequadas dos serviços (CUNHA, 2023), jornadas de trabalho superiores a 40 horas semanais, interrupções e distrações durante a preparação de medicamentos (NEVES, 2018; FERREIRA, 2023; CARREIRA, 2013), déficit de vigilância e julgamento clínico, estrutura física inadequada, superlotação de pacientes (COSTA, 2017), ausência de elevação de grades, realização de atividades diárias sem supervisão profissional (ROCHA, 2024) e prescrições incompletas (FERREIRA, 2023). Outros fatores destacados incluem condições adversas de trabalho, como ruído, sobrecarga, situações de estresse e armazenamento inadequado de medicamentos (CARREIRA, 2013).

As situações cooperativas relacionadas à ocorrência de incidentes em instituições de saúde demandam uma análise contínua, conduzida de forma eficaz pela gestão e em colaboração com os prestadores de cuidados. Esse esforço conjunto visa estabelecer medidas mais robustas para prevenir a materialização de fatores contribuintes na gênese dos incidentes. Esses fatores têm sido identificados como determinantes na ocorrência de incidentes, bem como na sua subnotificação, um problema amplamente discutido na literatura ao longo dos anos. No entanto, tais questões ainda permanecem como causas principais, frequentemente apontadas pelos profissionais de saúde durante investigações. Assim, torna-se imprescindível uma análise mais aprofundada, ao nível gerencial, para verificar se as estratégias propostas estão efetivamente sendo implementadas de maneira resolutiva (FERREIRA; DIXE, 2024; CAMPOS *et al.*, 2023).

Estudo apontou que, de 241 pacientes estudados, 181 apresentaram eventos adversos, sendo a prevalência destes de 75%. No qual, 7 em cada 10 pacientes apresentaram eventos adversos durante um mês de processo terapêutico, e que esses eventos estão relacionados à assistência da hemodiálise, com a ocorrência de 84,11% de danos leves ao paciente (LOBO; FEBRÈ, 2018).

Em uma pesquisa desenvolvida em nove centros hospitalares públicos de Portugal sobre os incidentes, evidenciou-se um total de 529 (51,4%) eventos adversos, com a taxa de incidência de 12,5%. Sendo 39,7% destes relacionados a infecções hospitalares, 26,7% a procedimentos cirúrgicos, 9,8% a erros de medicação e 7% a quedas de pacientes. Ainda, autores ressaltaram que a maioria (67,4%) dos incidentes não resultou em qualquer dano ou situação adversa significativa. Porém, 3,0% impactou em incapacidades permanentes e 12,5% em morte. Entretanto, 39,5% foram considerados eventos evitáveis (SOUSA *et al.*, 2018). Ademais, foi evidenciado que os eventos adversos estão associados às características do hospital, uma vez que a maior probabilidade de ocorrência de eventos se relaciona à existência de sistema de notificação, ser hospital acreditado, de médio porte e de ensino universitário (SOUSA *et al.*, 2018).

Por outro lado, tal fato também pode sugerir que as instituições com aspectos acima citados por autores sejam as que tenham maior comprometimento em notificar quaisquer situações de adversidades que acontecem na prestação de cuidados.

Assim, ressalta-se que o reconhecimento do fator sistêmico ou organizacional é considerado um elemento causal relevante no acontecimento de incidentes de segurança. Assim, deve-se conceber prioridade aos aspectos causais vinculados ao sistema de trabalho e, desta forma, refletir sobre a maneira de delinear e executar ações proativas aptas a prevenir a diversidade e resguardar os processos de cuidados em saúde. Uma vez que errar é uma condição inerente à natureza humana, tal abordagem representa um ponto essencial para atenuar a ocorrência de incidentes, limitar sua repercussão ao paciente e diminuir os danos quando a situação não for possível de ser evitada (BAÑERES *et al.*, 2014).

Portanto, as informações referentes aos aspectos relacionados à ocorrência de incidentes no contexto hospitalar constituem indicadores importantes para que tomadores de decisão, gestores e

profissionais de saúde refletem sobre a magnitude dos impactos decorrentes de fatores organizacionais que exercem influência significativa na prática assistencial. A partir disso, possibilita-se direcionar os esforços para os pontos que apresentam maiores oportunidades de melhoria. Neste sentido, ressalta-se a relevância de um debate contínuo e ampliado acerca da segurança do paciente.

Facilitadores e entraves para notificação de incidentes

Os estudos apontaram como facilitadores para notificação de incidentes, o mecanismo de resposta rápida à notificação (ROCHA, 2024), sistema seguro para quem notifica, consideração da resposta construtiva (MARTINS, 2013), análise do erro como o resultado de processo e não como acontecimento isolado, envolvimento de profissionais de saúde no processo de gestão do erro (SIMÕES, 2023; FERREIRA, 2021).

Diante do exposto, destaca-se que a responsabilidade pela notificação de incidentes é compartilhada por todos os profissionais de saúde, independentemente de sua categoria. Considerando a subnotificação frequentemente observada entre esses trabalhadores, conforme evidenciado na literatura, enfatiza-se a relevância da comunicação efetiva nas equipes interprofissionais. Essa comunicação desempenha um papel essencial na desmistificação dos processos relacionados à notificação de incidentes, promovendo uma maior disposição dos profissionais de saúde para reportar esses incidentes ou quaisquer situações que comprometam a segurança do paciente (SANTOS; JÚNIOR; SILVA, 2022).

Os fatores que favorecem a notificação de incidentes pelos profissionais de saúde merecem atenção por parte de chefias e da liderança das instituições de saúde em centrar seu foco na sua promoção por meio de formação ou educação continuada em saúde que considera tais facilitadores, para que os colaboradores de saúde tenham mais consciência da importância dessa prática para a qualidade do cuidado e a segurança do paciente (ABDELMAKSoud *et al.*, 2023; SANTOS; JÚNIOR; SILVA, 2022).

Estudo de Nazário *et al.* (2021) identificou como alguns facilitadores o incentivo à notificação voluntária e confidencial, o envolvimento de profissionais diretamente responsáveis pela assistência no planejamento das ações de segurança, a sistematização da assistência como estratégia para promover mudanças na cultura organizacional e a participação ativa da alta gestão. Estes elementos podem se mostrar primordiais por estarem relacionados ao fortalecimento de uma cultura de segurança mais sólida.

Outro elemento facilitador a ser destacado refere-se ao fortalecimento da cultura de segurança, sustentada pelo trabalho em equipe, pela prontidão gerencial diante dos incidentes, pela comunicação transparente e pela transmissão eficaz de informações entre os profissionais, bem como pela adequada proporção entre número de trabalhadores e pacientes. Ademais, os autores sugerem que mecanismos de recompensa podem contribuir para ampliar a disposição dos profissionais em notificar incidentes (ABUOSI *et al.*, 2022).

A responsabilidade pela segurança do paciente e pela qualidade de assistência não se limita à redução de incidentes, por envolver um processo dinâmico e contínuo de aprendizado. Neste contexto, a ocorrência de incidente é vista como uma oportunidade de aprimoramento, capaz de estimular os profissionais de saúde a comunicar incidentes ou qualquer falha nos processos de cuidar que comprometam a integridade do paciente (ARAÚJO *et al.*, 2024). Com essa responsabilidade, os profissionais podem ter mais predisposição para aderir à notificação.

Em relação aos entraves para notificação, foram evidenciados nas produções a descrição dos fatos em texto livre, crucial para fornecer um contexto completo, mas demonstra ser suscetível às omissões e variabilidade (ROCHA, 2024), falta de comunicação e feedback face ao incidente relatado (SIMÕES, 2023; MATIAS, 2021; PEDREIRA, 2015), a cultura punitiva, receio de represálias, a culpabilização (SANTOS, 2023; COSTA, 2023; FERREIRA, 2023; GRILLO, 2018; VARÃO, 2015; SANTOS, 2015; INÁCIO, 2014; CARREIRA, 2013), as dotações insuficientes, a interoperabilidade ineficiente, a resistência à mudança e a escassez e inoperacionalidade dos recursos materiais (SANTOS, 2023), apoio crítico da administração, seguimento inadequado de incidentes notificados (COSTA, 2023), falta de anonimato na notificação (MOTA FERREIRA, 2021; OLIVEIRA, 2015), falta de apoio à segurança do paciente pela gestão (VARÃO, 2015), desmotivação dos profissionais para notificação, inexistência de análise sistematizada dos incidentes ocorridos e das recomendações emanadas (OLIVEIRA, 2015).

Uma revisão sistemática com meta-análise destacou que tanto enfermeiros quanto médicos avaliaram a dimensão de cultura não punitiva dos incidentes como menos positiva (CAMACHO-RODRÍGUEZ *et al.*, 2022). Ademais, Campos *et al.* (2023), ao mensurar a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos enfermeiros, apontaram a baixa notificação de incidentes por esses profissionais. Além disso, estes relataram notificação punitiva por parte de seus supervisores. Esse resultado evidencia a persistência de uma percepção de notificações punitivas em organizações de saúde, representando um obstáculo para a gestão de riscos. Tal cenário contribui para o desconhecimento de situações que comprometem a segurança do paciente nos cuidados prestados pelos profissionais de saúde.

Ressalta-se que essa situação proporciona a subnotificação de incidentes por parte dos profissionais de saúde, comportamento ainda enraizado nas instituições de saúde (BRÁS *et al.*, 2023). Nesse contexto, 37,50% (n=9) das produções analisadas identificaram a subnotificação como um problema significativo (SIMÕES, 2023; COSTA, 2023; PINTO, 2022; MATIAS, 2021; PEDREIRA, 2015; FERREIRA, 2023; CONSTÂNCIO, 2021; COSTA, 2022; OLIVEIRA, 2015). Ademais, o estudo verificou a ausência de intervenções prioritárias voltadas à mitigação da subnotificação de incidentes (SIMÕES, 2023).

Pramesona *et al.* (2023), em seu estudo realizado com os enfermeiros em hospital público da Indonésia, corroboram com os fatores que potencializam a não notificação de incidentes, como a

descompressão sobre o relato de incidentes, a culpabilização, judicialização, escassez de socialização e treinamentos, ausência de *feedback* e de um sistema de recompensas e notificação punitiva.

Como principais entraves, estudo recente identificou a instabilidade dos sistemas de notificação, dificuldade de acesso, demora no preenchimento das ocorrências e extensão dos formulários (FERREIRA *et al.*, 2024). Apesar de vários anos desde a implementação destes sistemas em algumas instituições de saúde, persistem desafios que comprometem sua utilização efetiva. Diante disso, destaca-se a necessidade de que os responsáveis pela gestão destes sistemas avaliem criticamente a qualidade de acesso e a eficácia dos mecanismos de relato dos incidentes, de modo a promover o aperfeiçoamento contínuo no processo de notificação.

Para prevenir os incidentes, fomentar a notificação e promover a redução das adversidades no cuidado, torna-se relevante oferecer aos profissionais de saúde capacitações que subsidiem a prática segura e favoreçam a cultura de transparência e responsabilidade (DOĞAN; KEBAPÇI, 2025).

Portanto, reforça-se a relevância de implementar ou atualizar estratégias voltadas à redução de entraves institucionais e comportamentais que dificultam o processo de notificação, bem como ao fortalecimento dos facilitadores já identificados. Tais medidas podem contribuir para o controle eficaz e um sistema de notificação de incidente mais robusto, favorecendo o aprendizado contínuo (NAZÁRIO *et al.*, 2021).

Estratégias da gestão do risco para segurança do paciente, cultura de segurança e redução da ocorrência de incidentes

Entre as estratégias analisadas nas produções para aprimorar a gestão de riscos e a cultura de segurança, destacam-se: educação em saúde e capacitação de profissionais, ensino direcionado aos pacientes, otimização de rácios de profissionais, aprimoramento do sistema de notificação de incidentes (ROCHA, 2024), divulgação de indicadores de qualidade e segurança, uso de técnicas de comunicação como *briefing* e *debriefing* (MATIAS, 2021), melhor gestão de recursos humanos, colete de identificação de enfermeiros durante a preparação de medicação, adoção de tecnologias como código de barras para administração de medicamentos (NEVES, 2018), formação em advocacia em enfermagem, promoção de uma cultura não punitiva para notificação, incentivo a mudanças comportamentais (PEDREIRA, 2015), auditorias em práticas profissionais, planos estruturados de integração e supervisão, apoio para reduzir a carga de trabalho, e sistemas de monitoramento e *feedback* com foco na notificação e gestão de estresse (FERREIRA, 2023).

Além disso, foram verificadas como medidas para a cultura de segurança e redução de erro, o preenchimento de possíveis projetos de ação corretiva a realizar, com conhecimento do departamento de qualidade, permitindo medidas de confirmação das ações realizadas pelos serviços para prevenção dos incidentes (MARTINS, 2013), ter a segurança do paciente como princípio primordial e de

atenção redobrada por parte da gestão do risco, com ênfase na melhoria da notificação de incidentes (CUNHA, 2013), elaboração de tabela de reconstituição e diluição segura de medicamento e manual de medicação específico ao paciente de acordo com a condição de saúde (SILVA, 2022), manutenção do uso da ferramenta padrão para comunicação - ISBAR (Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações) (SIMÕES, 2023), acreditação (SANTOS, 2023) e fomento de melhor percepção das práticas baseadas em evidências (COSTA, 2023).

Ademais, outras estratégias identificadas nas produções analisadas são a formação em serviço e a implementação de políticas, diretrizes e protocolos clínicos, obrigatoriedade de prescrição eletrônica, formação para os diversos grupos profissionais sobre segurança do paciente com foco para a notificação (PINTO, 2022; MATIAS, 2021; FERREIRA, 2023; CUNHA, 2023), debate de incidentes (RIBEIRO, 2023), envolvimento de profissionais na ação para prevenção de recorrência de incidentes, privilégio da abordagem sistêmica dos incidentes (SIMÕES, 2023; FERREIRA, 2021), desburocratização dos processos de notificação (CONSTÂNCIO, 2021), avaliação da usabilidade do método da análise dos incidentes notificados (COSTA, 2022).

Um estudo realizado em um hospital da região central de Portugal destacou os *debriefings*, o *feedback* e a formação como estratégias que promovem o processo de notificação de incidentes pelos profissionais de enfermagem, contribuindo para a qualificação do cuidado prestado (FERREIRA; DIXE, 2024).

Portanto, estratégias educacionais como capacitação, treinamento e orientações são amplamente discutidas na literatura como fundamentais para aprimorar a conscientização dos profissionais sobre incidentes e, assim, promover a qualificação da assistência e a cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde (CAMPOS *et al.*, 2023; MASCARELLO *et al.*, 2022). Além disso, destaca-se a importância do uso de novas tecnologias no processo de trabalho, da dupla checagem e da comunicação com o médico para esclarecer dúvidas sobre a prescrição, com o objetivo de reduzir o incidente na assistência à saúde (MASCARELLO *et al.*, 2022).

Por outro lado, observa-se que as medidas descritas na literatura para mitigar a ocorrência de incidentes são diversas. No entanto, é crucial avaliar a implementação dessas medidas e verificar sua validade, assegurando que tenham resultados que contribuam para o fortalecimento da qualidade da assistência e da cultura de segurança.

Considera-se que este estudo reflete as tendências das produções acadêmicas portuguesas sobre essa temática, oferecendo uma visão abrangente dos aspectos que impactam o cuidado prestado aos pacientes. Especialmente, destaca-se a importância de revisitar e renovar as práticas implementadas para promover a notificação de incidentes e abordar preocupações relacionadas à assistência à saúde. Tal abordagem visa, sobretudo, aprimorar a segurança do paciente e planejar novas abordagens para o desenvolvimento de pesquisas sobre o tema.

Outro aspecto que merece debate na promoção do cuidado seguro e da segurança do paciente depende, em parte, da integração do profissional no ambiente onde ele presta cuidados, como mencionado por Patrícia Benner em seu trabalho “Do Iniciado ao Perito”. A ênfase de Benner está na importância de que a prática profissional seja moldada por um aprendizado que combina a experiência prática com a transmissão de conhecimento, permitindo que os profissionais adquiram habilidades de forma progressiva (FASSARELLA *et al.*, 2024).

No entanto, essa abordagem é fundamental para a construção de uma equipe mais coesa e preparada, onde profissionais experientes contribuem com sua expertise ao lado de colegas em desenvolvimento de suas habilidades. Essa troca de conhecimento e habilidades não apenas fortalece a capacidade técnica da equipe, mas também minimiza incidentes de segurança, elevando a qualidade da assistência. Ao alocar e integrar profissionais com diferentes níveis de experiência, cria-se um ambiente de aprendizagem contínua e segura, que beneficia tanto os profissionais quanto os pacientes e a organização de saúde como um todo (FASSARELLA *et al.*, 2024).

Estudo indica que os profissionais com maior experiência apresentam atitudes mais consolidadas em relação à cultura de segurança do paciente, em comparação com os menos experientes. Essa consolidação pode contribuir não só para a redução de incidentes na assistência, mas também para o compartilhamento de conhecimento entre os colegas no âmbito assistencial (NYBERG *et al.*, 2024).

Além disso, destaca-se a técnica de benchmarking como uma estratégia eficaz para melhoria da qualidade da assistência, envolvendo a comparação com outras instituições e a adoção de boas práticas (SASSO *et al.*, 2019). Nesse contexto, a implementação dessa estratégia pela gestão de risco em saúde pode ser relevante para qualificar a assistência e a cultura de segurança nas instituições de saúde.

Para aprimorar a adesão nas notificações e fomentar uma análise mais aprofundada dos incidentes, ultrapassando a mera melhoria dos processos de trabalho, torna-se essencial investir em programas de educação continuada efetivos voltados à capacitação da equipe multiprofissional (MOREIRA *et al.*, 2021). Além disso, é recomendável realizar uma avaliação abrangente dos cuidados prestados nas instituições de saúde.

Nesse contexto, uma revisão sistemática realizada por Camacho-Rodríguez *et al.* (2022) destacou que a adoção de uma cultura de segurança do paciente em instituições de saúde com acreditação internacional está potencialmente associada a resultados organizacionais mais sustentáveis. Os autores também reforçam a necessidade de estudos científicos rigorosos para avaliar de forma robusta o impacto da acreditação hospitalar na cultura de segurança do paciente, assim como em outros desfechos clínicos, organizacionais e centrados no paciente.

No entanto, considerando o conteúdo deste estudo sobre a problemática dos incidentes e sua notificação, pode ser preciso trabalhar as ações sobre esse assunto efetivamente desde a formação dos profissionais de saúde. Logo, para fortalecer a cultura de segurança positiva nas instituições, é essencial que os programas de formação de profissionais de saúde integrem mais conteúdos relacionados

à segurança do paciente em seus currículos de modo obrigatório. Esses conteúdos devem priorizar temas como comunicação eficaz, liderança, notificação de incidentes com enfoque não punitivo, aprimoramento contínuo da qualidade e colaboração em equipe (CAMACHO-RODRÍGUEZ *et al.*, 2022).

A limitação deste estudo consiste na não inclusão de todas as fontes de informação das escolas superiores de Enfermagem e Saúde em Portugal, o que pode ter restringido o acesso a estudos relacionados à temática em questão. Assim, sugere-se que pesquisas futuras dessa natureza abranjam a totalidade das escolas superiores de Enfermagem e/ou de Saúde, a fim de incorporar uma maior diversidade de produções acadêmicas sobre o tema, subsidiando de forma mais abrangente e direcionada o planejamento de investigações futuras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o propósito de buscar evidências sobre as produções científicas portuguesas relacionadas à gestão de risco de incidentes de segurança, constatou-se que todas as produções identificadas correspondem a dissertações de mestrado, majoritariamente baseadas em métodos quantitativos. Esses estudos, predominantemente originados da Universidade de Coimbra e da Universidade de Lisboa, foram publicados em 2023. As áreas com maior contribuição foram a gestão em enfermagem e a enfermagem médica-cirúrgica.

Dentre as categorias analisadas, observou-se que os temas relacionados a incidentes, sua notificação e a cultura de segurança do paciente, frequentemente geridos pela área de gestão de risco nas instituições de saúde, apresentam-se como uma tendência crescente no debate das produções científicas portuguesas.

Os pesquisadores podem redirecionar o foco das investigações para análises que avaliem a efetividade das estratégias implementadas pela gestão das instituições de saúde. O objetivo é garantir que as medidas propostas para a promoção da cultura de segurança do paciente sejam adequadamente aderidas pelos profissionais de saúde e que resultem em impactos positivos na qualidade da assistência e na segurança do paciente. Este direcionamento é relevante, pois a revisão realizada identificou estudos que, em sua maioria, abordam estratégias para reduzir incidentes, incentivar a notificação e promover uma cultura de segurança positiva. No entanto, ainda prevalece alta subnotificação de incidentes na prática assistencial e a percepção de punição associada à notificação.

Portanto, sugere-se o investimento em pesquisas de maior abrangência, com foco na avaliação da validade das estratégias destinadas a aumentar a adesão dos profissionais à notificação de incidentes, reduzir a ocorrência de incidentes e fortalecer a cultura de segurança no ambiente organizacional.

REFERÊNCIAS

- ABUOSI, A.A. et al. Safety culture and adverse event reporting in Ghanaian healthcare facilities: Implications for patient safety. **PLoS ONE** 17(10): e0275606. 2022. Doi <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275606>
- ABDELMAKSoud, S. et al. Medication error reporting attitudes and practices in a regional Australian hospital: a qualitative study. **Journal of Pharmacy Practice and Research**. 2023. DOI: 10.1002/jppr.1887
- ARAÚJO, F.F. et al. Eventos adversos no contexto hospitalar e atuação do enfermeiro: revisão de literatura. **Editora científica**. Vol. 1. 2024.
- BAÑERES, J. et al. Epidemiología de los eventos adversos hospitalarios en Catalunya: un primer paso para la mejora de la seguridad del paciente. **Med Clin (Barc)**. 143(Supl 1):3-10. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2014.07.005>
- BRABCOVA, I. et al. Reasons for medication administration errors, barriers to reporting them and the number of reported medication administration errors from the perspective of nurses: A cross-sectional survey. **Nurse Education in Practice**. 70. 103642. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nep.2023.103642>
- BRÁS, C. P. C.; FERREIRA, M. M. C.; FIGUEIREDO, M. C. A. B.; DUARTE, J. C. Patient safety culture in nurses' clinical practice*. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 31:e3837. 2023. DOI: 10.1590/1518-8345.6231.3837
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - **RDC nº 36 de 25 de julho de 2013 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF.; 26 Jul 2013.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília - DF. 2024.

BRUM, C. N. et al. **Revisão narrativa da literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da enfermagem.** In: LACERDA MR.; COSTENARO RGS. (orgs.). Metodologias da Pesquisa para a Enfermagem e Saúde: da teoria à prática. Porto Alegre, RS: Moriá Editora, 2016. p. 123-142.

CAMACHO-RODRÍGUEZ, D. E.; CARRASQUILLA-BAZA, D. A.; DOMINGUEZ-CANCINO, K. A.; PALMIERI, P. A. Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 19, 14380. 2022. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114380>

CAMPOS, L. P. S. et al. Cultura de segurança: percepção dos enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. *Acta Paul Enferm.* 36:eAPE008532. 2023. Doi <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO008532>

CARREIRA, P. N. **Erro terapêutico em pediatria: perspetivas e práticas dos enfermeiros.** 2013. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2013.

CARRILHO, C.F.B. **Notificação de Incidentes e Eventos Adversos:** perspetiva dos profissionais de saúde numa Unidade de Saúde Hospitalar. 2024. 95f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde) - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. Instituto Politécnico de Lisboa. Lisboa, 2024.

CONSTÂNCIO, J. L. **Identificação Inequívoca do Doente: avaliação do Plano Nacional de Segurança do Doente.** 2021. 85f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2021.

COSTA, J. L. T. **Práticas de Notificação, Análise e Prevenção de Incidentes:** Avaliação do Plano Nacional de Segurança do Doente. 2022. 91f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2022.

COSTA, R. M. F. M. S. **Eventos adversos associados aos cuidados de enfermagem num serviço de urgência.** 2017. 140f. Dissertação (Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica) - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 2017.

COSTA, M. M. C. S. **Prática baseada na evidência e cultura de segurança do doente em cirurgia de ambulatório:** um estudo correlacional. 2023. 186f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 2023.

CUNHA, S. M. B. **Quedas dos Doentes e Eventos Sentinelas no Hospital de Braga:** Análise dos Eventos e Custos Associados. 2013. 182f. Dissertação (Mestrado integrado em engenharia biomédica) - Escola de Engenharia, Universidade do Minho, Braga, 2013.

CUNHA, C. J. P. **Desenvolvimento de uma tecnologia e-health:** medicação sem dano. 2023. 120f. Dissertação (Mestrado em direção e chefia de serviços de enfermagem) - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2023.

DOĞAN, M.B.; KEBAPÇI, A. Understanding ICU Nurses' Attitudes Toward Medical Errors and Error Reporting: A Cross-Sectional Study. **Am J Nurs.** vol. 125, 5. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1097/ajn.0000000000000063>

DONNELLY, L. F.; LEE, G. M.; SHAREK, P. J. Costs of quality and safety in radiology. **Radiographics:** A Review Publication of the Radiological Society of North America, Inc, v. 38, n. 6, p. 1682-1687, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1148/rg.2018180020>. Acesso em: 9 dez. 2024.

FASSARELLA, C. S. et al. Reflexão sobre cultura de segurança e a teoria de iniciado a perito no ambiente cirúrgico. **REME • Rev Min Enferm.** 2024;28:e-1554. DOI: 10.35699/2316-9389.2024.46436

FERREIRA, T. I. R.; DIXE, M. A. Adesão à notificação de incidentes pelos enfermeiros de um bloco operatório: Diagnóstico da situação. **Revista de Enfermagem Referência.** Série VI, n.º 3, Supl. 1: e29350. 2024. DOI: <https://doi.org/10.12707/RVI23.58.29350>

FERREIRA, A. M. S. **Segurança do doente e o erro de medicação:** qual o contributo da supervisão clínica. 2023. 142f. Dissertação (Mestrado em supervisão clínica em enfermagem) - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2023.

FERREIRA, D. N. M. **Segurança do doente em psiquiatria: processo de gestão.** 2021. 134f. Dissertação (Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem) - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2021.

FERREIRA, E.C. et al. Eventos adversos hospitalares: análise da notificação interna e dos motivos para subnotificação nos sistemas oficiais. **Rev Rene.** 25:e93160. 2024. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20242593160>

GALVÃO, T.F.; PANSANI, T.S.A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA*. **Epidemiol. Serv. Saúde.** Brasília, 24(2). 2015.

GRILLO, A. L. M. C. **A Cultura de Segurança do Doente na Clínica de Hemodiálise.** 2018. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2018.

HERMANN, A. P. et al. Falls of patients admitted to a public and teaching hospital: an analysis of notifications. **REME - Rev Min Enferm.** 27:e-1511. 2023. DOI: 10.35699/2316-9389.2023.38457

INÁCIO, M. S. C. **Cultura de Segurança nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados, na perspetiva do Enfermeiro Gestor.** 2014. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2014.

LOBOS, L.O.; FEBRÉ, N. Prevalencia de eventos adversos en centros de hemodiálisis. **Ciencia y Enfermeria.** 24: 7. 2018. DOI: 10.4067/s0717-95532018000100207

MARTINS, R. R. P. **Sistema de Notificação de Eventos Adversos em Ambiente Hospitalar.** 2013. 132f. Dissertação (Mestrado integrado em engenharia biomédica) - Escola de Engenharia, Universidade do Minho, Braga, 2013.

MASCARELLO, A. et al. Incidentes relacionados ao uso de medicamentos na atenção hospitalar. **Enferm Foco.** 13:e-202231. 2022. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202231>

MATIAS, A. C. R. **Avaliação da Cultura de Segurança de uma Unidade de Cirurgia Ambulatoria.** 2021. 128f. Dissertação (Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica) - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 2021.

MOREIRA, I. A.; et al. Percepção de enfermeiros sobre notificação de incidentes para promoção da segurança do paciente hospitalizado. **Enferm Foco.** 12(5):894-900. 2021. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4345>

NAZÁRIO, S.S. et al. Fatores facilitadores e dificultadores da notificação de eventos adversos: revisão integrativa. **Acta Paul Enferm.** 34:eAPE001245. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/actape/2021AR01245>

NEVES, E. C. **Percepção dos enfermeiros sobre o erro de medicação:** Causas Primárias e Tipos de Erro. 2018. 153f. Dissertação (Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica) - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 2018.

NYBERG, A. et al. Longer work experience and age associated with safety attitudes in operating room nurses: an online cross-sectional study. **BMJ Open Quality.** 13:e002182. 2024. Doi:10.1136/bmjoq-2022-002182

OLIVEIRA, H. C. S. A. **Notificação de incidentes como prática para a segurança em pediatria - domínios e desafios do enfermeiro especialista no contexto de cuidados intensivos.** 2015. 186f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2015.

PORUTAL, Diário da República, 2.ª série. **Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.** 2021.

PEDREIRA, M. F. R. **Segurança de doentes e eventos adversos associados à prática de enfermagem em cuidados intensivos.** 2015. 185f. Dissertação (Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica) - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 2015.

PINTO, T. M. B. A. **Papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação, num Serviço de Urgência.** 2022. 150f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 2022.

PRAMESONA, B. A.; SUKOHAR, A.; TANEEPANICHSKUL, S.; RASYID, M. F. A. A qualitative study of the reasons for low patient safety 65 incident reporting among Indonesian nurses. **Rev Bras Enferm.** 76(4):e20220583. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0583>

RIBEIRO, A. C. M. **A visibilidade da cultura de segurança nos serviços de pediatria.** 2023. 93f. Dissertação (Mestrado em Direção e Chefia de Serviços em Enfermagem) - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2023.

ROCHA, D. F. C. **Gestão do Risco: Notificações de Incidentes de Queda Hospitalar.** 2024. 184f. Dissertação (Mestrado em gestão de unidades de saúde) - Escola de Economia e Gestão, Universidade do Minho, Braga, 2024.

SANTOS, M. L. R.; JÚNIOR, A. J. S. C.; SILVA, M. V. S. Comunicação de eventos adversos e trabalho interprofissional em Unidade de Terapia Intensiva: entre o ideal e o (não) realizado. **Interface (Botucatu).** 26: e210754. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.210754>

SANTOS, M. F. R. **Contributos do enfermeiro gestor na cultura de segurança.** 2023. 89f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 2023.

SANTOS, S. M. L. **A Cultura de Segurança do Cliente nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados.** 2015. 103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2015.

SASSO, M. A. D. et al. Implementação de um painel de indicadores on-line para segurança do paciente. **Rev Bras Promoç Saúde.** 32:9788. 2019. DOI: 10.5020/18061230.2019.9788

SIMÕES, P. J. F. F. **Cultura de Segurança do Doente em Unidades com Procedimentos Anestésicos Fora do Bloco Operatório.** 2023. 143f. Dissertação (Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica) - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 2023.

SILVA, T. I. B. **Gestão do risco de incidentes terapêuticos na Pessoa em Situação Crítica: melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.** 2022. 123f. Dissertação (Mestrado em enfermagem da pessoa em situação crítica) - Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho, Braga, 2022.

SOUSA, P. et al. Patient and hospital characteristics that influence incidence of adverse events in acute public hospitals in Portugal: a retrospective cohort study. **International Journal for Quality in Health Care,** 30(2), 132-137. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx190>

VARÃO, S. C. T. **A Cultura de Segurança do Doente em Contexto Hospitalar.** 2015. 116f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2015.

World Health Organization (WHO). **Global patient safety action plan 2021-2030:** towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.