

EVENTOS ADVERSOS RECORRENTES EM ADULTOS E SEUS IMPACTOS NA RECUPERAÇÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE

Recurrent adverse events in adults and their impact on recovery and patient
safety

Maria Stefhany Severiano de Oliveira Santos¹
Meyssa Quezado de Figueiredo Cavalcante Casadevall²
Maria Helane Rocha Batista Gonçalves³
Michele Albuquerque Jales Carvalho⁴
Kimberlly Silvestre De Castro Moreira⁵
Vilany Dias Laurênio⁶

RESUMO

Objetivo: Identificar os eventos adversos mais comuns em unidades hospitalares adultas e analisar seus impactos na segurança e no tempo de recuperação dos pacientes. **Materiais e métodos:** Revisão integrativa da literatura, conduzida em seis etapas: (1) elaboração da pergunta norteadora: quais são os eventos adversos mais comuns em unidades hospitalares adultas e quais seus impactos na segurança e tempo de recuperação dos pacientes? (2) realização de buscas sistemáticas em bases de dados científicas; (3) extração de dados, com foco em tipos de eventos adversos, fatores associados e impactos clínicos; (4) avaliação crítica dos estudos; (5) discussão dos resultados de forma comparativa e crítica; e (6) apresentação estruturada dos achados em tabela. **Resultados:** Os estudos analisados revelam que os eventos adversos mais comuns em ambientes hospitalares adultos são erros de medicação, infecções relacionadas à assistência em saúde, flebites associadas a dispositivos venosos, quedas e falhas na comunicação entre profissionais. Tais eventos estão frequentemente associados à complexidade clínica dos pacientes e à sobrecarga das equipes. **Conclusão:** Os achados foram organizados em três categorias: principais eventos adversos, impactos na segurança e recuperação do paciente, e estratégias de prevenção. Destaca-se a importância de protocolos padronizados, educação continuada e fortalecimento de uma cultura não punitiva voltada à segurança do paciente. Conclui-se que a

¹ Acadêmica de Enfermagem. Graduanda pelo Centro Universitário Christus.

² Enfermeira. Doutora em Ciências Médico Cirúrgicas pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

³ Enfermeira. Doutora em Ciências Médico Cirúrgicas pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

⁴ Enfermeira. Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

⁵ Acadêmica de Enfermagem. Graduanda pelo Centro Universitário Christus.

⁶ Acadêmica de Enfermagem. Graduanda pelo Centro Universitário Christus.

prevenção e o manejo eficaz dos eventos adversos são fundamentais para melhorar os indicadores de qualidade, reduzir o tempo de internação e promover uma recuperação mais segura dos pacientes hospitalizados.

Palavras-chave: Eventos Adversos. Segurança do Paciente. Erros Médicos. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To identify the most common adverse events in adult hospital units and analyze their impact on patient safety and recovery time.

Materials and methods: Integrative literature review conducted in six stages: (1) formulation of the guiding question: what are the most common adverse events in adult hospital units and what are their impacts on patient safety and recovery time? (2) systematic searches in scientific databases; (3) data extraction, focusing on types of adverse events, associated factors, and clinical impacts; (4) critical evaluation of the studies; (5) comparative and critical discussion of the results; and (6) structured presentation of the findings in a table. **Results:** The analyzed studies reveal that the most common adverse events in adult hospital settings are medication errors, healthcare-associated infections, phlebitis related to venous devices, patient falls, and communication failures among professionals. These events are often associated with the clinical complexity of patients and team overload. **Conclusion:** The findings were organized into three thematic categories: main adverse events, impacts on patient safety and recovery, and prevention strategies. The importance of standardized care protocols, continuing education for professionals, and the strengthening of a non-punitive culture focused on patient safety is highlighted. It is concluded that the prevention and effective management of adverse events are essential to improving quality indicators, reducing hospital stay length, and promoting a safer recovery for hospitalized patients.

Keywords: Adverse Events. Patient Safety. Medical Errors. Nursing Care.

INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da prática médica, com Hipócrates (460–370 a.C.) e o princípio *Primum non nocere* (“primeiro, não causar dano”), reconhece-se que o cuidado em saúde, embora fundamental, pode gerar consequências adversas. Ao longo do tempo, personalidades como Florence Nightingale, Ignaz

Semmelweis e Avedis Donabedian desempenharam papéis fundamentais na consolidação da qualidade assistencial, ressaltando a relevância da higienização das mãos, da padronização de condutas e da avaliação contínua dos serviços de saúde (Brasil, 2014).

Apesar dessas contribuições históricas, foi com a publicação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System* (2000), do Institute of Medicine dos Estados Unidos, que a segurança do paciente passou a ter maior destaque internacional. O documento apontou que aproximadamente 98 mil mortes anuais em hospitais norte-americanos estavam relacionadas a eventos adversos (EAs), superando inclusive as mortes por HIV, câncer de mama e acidentes de trânsito. Além da mortalidade, os EAs acarretam custos elevados para os sistemas de saúde.

Estudos realizados em diversos países, incluindo o Brasil, confirmam esses dados, demonstrando que cerca de 10% dos pacientes internados vivenciam algum tipo de evento adverso, dos quais metade poderia ser evitada. Essa constatação revela um paradoxo: mesmo com a evolução tecnológica e científica do cuidado, os riscos associados à assistência permanecem significativos. Assim, a segurança do paciente passou a ser considerada um dos pilares da qualidade em saúde, juntamente com a efetividade, a equidade e a eficiência (Brasil, 2014).

Com o crescimento da preocupação mundial sobre o tema, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o propósito de uniformizar conceitos e promover estratégias para a redução dos riscos nos serviços de saúde. Isso ocorreu devido à ampla variedade de definições encontradas na literatura para termos como “erro em saúde” e “evento adverso”. Em resposta, a OMS desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS), com o objetivo de padronizar a terminologia e permitir uma categorização mais precisa dos incidentes (Organização Mundial da Saúde, 2004).

Dados recentes da OMS (2023) indicam que, a cada ano, cerca de 134 milhões de pessoas são afetadas por eventos adversos relacionados à assistência, sendo que aproximadamente 2,6 milhões de casos resultam em mortes evitáveis. Em países com altos níveis de renda, estima-se que um em cada dez pacientes internados sofra algum tipo de EA durante o tratamento hospitalar.

No contexto brasileiro, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria GM/MS nº 529, de 2013, buscou alinhar-se às orientações da OMS, promovendo a redução dos eventos adversos e a qualificação da assistência. A RDC nº 36/2013 da Anvisa tornou obrigatória a implementação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nas instituições de saúde, a notificação de incidentes e a adoção de protocolos assistenciais básicos, conforme estabelecido nas Portarias GM/MS nº 1.377/2013 e nº 2.095/2013 (Brasil, 2013).

A OMS define segurança do paciente como o conjunto de ações organizadas, intencionais e estruturadas que promovem uma cultura de segurança e buscam reduzir de forma contínua e sustentável a ocorrência de danos evitáveis nos serviços de saúde, seja por meio de processos, comportamentos, tecnologias ou estruturas físicas (WHO, 2021).

Eventos adversos são definidos como danos não intencionais decorrentes do cuidado prestado, que resultam em prejuízos temporários ou permanentes à saúde do paciente, podendo levar ao prolongamento da hospitalização ou ao óbito. Quando considerados evitáveis, esses eventos geralmente estão associados a falhas nos processos, deficiências estruturais ou organizacionais, bem como à não conformidade com protocolos estabelecidos (Organização Mundial da Saúde, 2009).

Compreender quais são os eventos adversos mais comuns em unidades hospitalares adultas e seus impactos na recuperação dos pacientes é fundamental para aprimorar a qualidade da assistência e fortalecer a prática profissional, especialmente na área da Enfermagem. Essas unidades, por

lidarem com altos graus de complexidade, rotatividade e sobrecarga das equipes, estão mais expostas à ocorrência de incidentes que comprometem a segurança do cuidado.

Esse tema ultrapassa o interesse acadêmico e profissional, impactando diretamente a experiência do paciente e a efetividade dos serviços de saúde. Considera-se, portanto, que fatores como a ausência de treinamentos contínuos, a não adesão a protocolos institucionais e a sobrecarga laboral contribuem para a ocorrência de eventos adversos nas unidades hospitalares.

Dessa forma, este estudo tem como objeto as produções científicas que abordam os eventos adversos em unidades hospitalares adultas, com foco em seus impactos na segurança e no tempo de recuperação dos pacientes. A pesquisa é guiada pela seguinte pergunta norteadora: “Quais são os eventos adversos mais comuns em unidades hospitalares adultas e quais os seus impactos na segurança e tempo de recuperação dos pacientes?”

OBJETIVO

Relacionar os eventos adversos recorrentes em unidades de internação hospitalar adulto e avaliar seus impactos na segurança e recuperação do paciente.

MATERIAIS E MÉTODOS

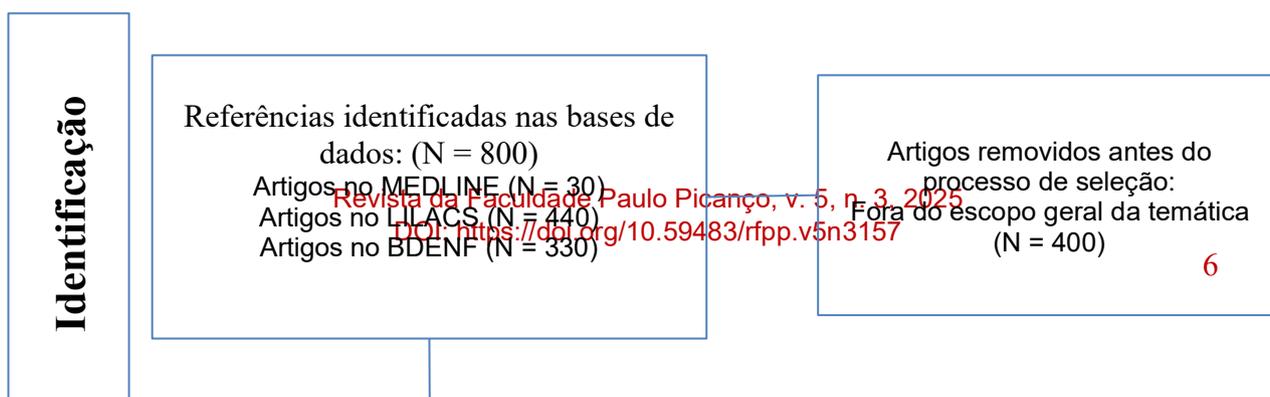
Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que tem por finalidade reunir e sintetizar os resultados de pesquisas já publicadas. O estudo foi desenvolvido a partir de seis etapas: identificação do tema e da pergunta norteadora; amostragem ou busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação dos resultados, conforme metodologia proposta por Mendes, Silveira e Galvão (2008).

A primeira etapa consistiu na definição e delimitação do tema, voltado à análise dos eventos adversos mais frequentes em unidades hospitalares adultas. A partir

disso, foram estabelecidas hipóteses e questões que orientaram a pesquisa, com o objetivo de responder à seguinte pergunta norteadora: “Quais são os eventos adversos mais comuns em unidades hospitalares adultas e qual seu impacto na segurança e no tempo de recuperação dos pacientes?” Essa investigação visa reunir evidências científicas que contribuam para a melhoria da qualidade assistencial e da segurança do paciente nos serviços de saúde.

Na segunda etapa, deu-se início à busca na literatura, realizada entre janeiro e maio de 2025. Foram utilizados os descritores cadastrados no DeCS: “eventos adversos”, “segurança do paciente”, “erros médicos” e “cuidados de enfermagem”, combinados por meio do operador booleano AND. As estratégias de busca incluíram as seguintes combinações: “eventos adversos” AND “segurança do paciente”; “erros médicos” AND “cuidados de enfermagem”; e “eventos adversos” AND “cuidados de enfermagem”. A pesquisa foi realizada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), abrangendo as bases de dados MEDLINE, LILACS e BDEF. Foram incluídos artigos publicados em português e inglês, no período de 2020 a 2025, disponíveis em texto completo, e que estivessem relacionados à pergunta norteadora, com presença dos descritores no título, resumo ou palavras-chave. Excluíram-se monografias, dissertações, teses, textos incompletos, bem como artigos que não abordavam diretamente a temática ou não estavam alinhados aos objetivos do estudo. A seleção foi realizada com base nos cruzamentos dos descritores mencionados. Inicialmente, foram encontrados 800 artigos: 30 da MEDLINE, 440 da LILACS e 330 da BDEF. Após a leitura dos títulos, 400 artigos foram excluídos. Os 400 remanescentes tiveram seus resumos analisados, o que resultou na exclusão de 361 estudos. Os 39 artigos restantes foram lidos na íntegra, sendo 25 posteriormente excluídos, totalizando 14 artigos que compuseram a amostra final da revisão, conforme demonstrado abaixo.

Figura 1 - fluxograma adaptado do PRISMA (2009).



Fonte: Elaborada pela autora, Fortaleza-CE 2025)

A terceira etapa consistiu na definição e extração das informações relevantes dos estudos selecionados, por meio de um instrumento estruturado contendo os seguintes itens: dados de identificação da publicação (título, autor, ano, objetivos, população investigada, principais resultados e conclusões); tipo de delineamento metodológico; método de coleta de dados e evidência de resposta à pergunta norteadora. A coleta de dados foi realizada por meio da leitura crítica e fichamento dos artigos, com o objetivo de reunir informações relevantes que embasassem a construção do texto científico e a resposta à questão proposta.

Na quarta etapa, foi realizada a avaliação dos estudos incluídos, considerando-se o rigor metodológico, a autenticidade, a relevância e a representatividade dos dados em relação ao tema investigado. A análise permitiu a categorização dos achados em grupos temáticos e possibilitou uma compreensão mais aprofundada das evidências. Foi elaborada uma tabela com o resumo dos estudos analisados, contendo informações como autores, título, ano de publicação, objetivos, delineamento, principais resultados e níveis de evidência.

A quinta etapa correspondeu à discussão dos resultados obtidos, com base na literatura selecionada e nos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Os artigos foram analisados criticamente para compreender como os cuidados de enfermagem e a vulnerabilidade dos processos assistenciais podem contribuir para a ocorrência de eventos adversos em unidades de internação adulta. As informações extraídas foram organizadas conforme as três categorias temáticas principais: Principais eventos adversos em unidades hospitalares adultas, Impactos dos eventos adversos na segurança e recuperação do paciente, englobando e Cultura de segurança e estratégias para a prevenção dos eventos adversos.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos em categorias temáticas, (FORTALEZA-CE, 2025)

Categoria Temática	Artigos
Principais eventos adversos em unidades hospitalares adultas.	1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 14.
Impactos dos eventos adversos na segurança e recuperação do paciente	1; 2; 3; 4; 5; 6.
Cultura de segurança e estratégias para a prevenção dos eventos adversos	2; 4; 8; 11; 12; 13.

Eventos adversos recorrentes em adultos e seus impactos na recuperação e segurança do paciente

Por fim, a sexta etapa consistiu na apresentação da revisão integrativa, com a exposição das fases desenvolvidas ao longo do estudo e dos principais achados extraídos dos artigos incluídos. Os estudos selecionados foram organizados em um quadro contendo referência, autores, título, ano de publicação, objetivo, delineamento metodológico, principais resultados, conclusão e nível de evidência, consolidando o conhecimento atual sobre os eventos adversos mais recorrentes em unidades hospitalares adultas e seus impactos na segurança e na recuperação dos pacientes.

RESULTADOS

A amostra desta revisão integrativa foi composta por quatorze artigos científicos, distribuídos nas bases de dados previamente selecionadas. Observa-se que o ano de 2022 concentrou o maior número de publicações, Este aumento na produção científica pode estar relacionado ao período pós-pandemia da COVID-19, que provocou impactos relevantes nos sistemas de saúde em todo o mundo, intensificando a preocupação com a segurança do paciente e a ocorrência de eventos adversos nas instituições de saúde

Tabela 1 – Instrumento (URSI) adaptado (2005)

Autores/Ano	Título	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados	Conclusão	Nível de evidência
1.ASSIS, Stefanny Furtado de; VIEIRA, Daniela Freitas; SANTOS, Edmilson Alves dos. (2022)	Eventos adversos em pacientes de terapia intensiva: uma abordagem quantitativa	Analisar a ocorrência de eventos adversos em pacientes de UTI	Estudo transversal, quantitativo	180 eventos adversos registrados, mais comuns: infecção, queda e flebite	Eventos relacionados à complexidade dos pacientes e à carga de trabalho da equipe	V
2.BARBOSA, Roberta Flecher et al. (2020)	Análise da notificação de eventos adversos através da pesquisa de cultura de segurança do paciente	Analisar a notificação de eventos adversos sob a perspectiva do Notivisa	Estudo descritivo, quantitativo transversal	Identificadas falhas na notificação e baixa percepção da importância do Notivisa	Não houve diferença significativa nas notificações entre profissionais graduados e não graduados. A subnotificação pode estar relacionada ao medo de punição.	V
3.CAMPOS, Daniela Mascarenhas de Paula et al. (2022)	Incidence and risk factors for incidents in intensive care unit patients	Investigar incidência e fatores de risco para incidentes em UTI	Estudo observacional, quantitativo	47,7% dos pacientes apresentaram ao menos um incidente	Identificação de fatores de risco contribui para intervenções preventivas	IV
4.DEUS, Josimeire Cantanhêde de et al. (2023)	Autoavaliação dos núcleos de segurança do paciente em hospitais públicos	Avaliar o desempenho e dos núcleos de segurança do paciente.	Estudo descritivo, transversal	Desempenho anos regular na maioria das instituições, sobrecarga de trabalho.	Necessidade de aumento fortalecimento dos NSPs para melhorar a segurança	V
5.GOMES, Vanessa Rossato; TREVISAN, Danilo Donizete. (2022)	Potenciais eventos adversos a medicamentos: coorte em unidades de terapia intensiva	Aalisar potenciais eventos adversos e correlacioná-los ao tempo de internação, número de medicamentos e comorbidades em pacientes de UTI adulto.	Estudo longitudinal	Rastreadores ligados a medicamentos, creatinina elevada e letargia foram os mais comuns.	O uso de rastreadores é eficaz na identificação de possíveis EAs, especialmente em pacientes com maior gravidade clínica.	IV
	saúde	em saúde.		(6,5%), outros (7,5%). Alta taxa de óbito (49,5%)	risco de óbito, sobretudo em casos de PAV.	

Eventos adversos recorrentes em adultos e seus impactos na recuperação e segurança do paciente

8.MOREIRA, Isadora Alves et al. (2022)	Percepção de enfermeiros sobre notificação de incidentes para promoção da segurança do paciente hospitalizado	Analisar a percepção de enfermeiros sobre incidentes notificados e sua relação com a segurança do paciente hospitalizado.	Estudo misto, de corte transversal	Foram notificados 2495 incidentes, os principais relacionados a cirurgias (60,6%) e medicações (23,3%).	É necessário promover cultura não punitiva e incentivo à notificação, reflexões sobre incidentes para melhoria do processo de trabalho visando mitigar os eventos adversos e promover a cultura de segurança assistencial.	IV
9.MOTA, Rosana Santos et al. (2020)	Incidência e caracterização das flebites notificadas eletronicamente em um hospital de ensino	Analisar a incidência e as notificações de flebite em um hospital de ensino.	Estudo Observacional, retrospectivo	A maioria das flebites ocorreu em indivíduos adultos(63,27%) e idosos (27,64%)	Variação na incidência de flebite, maior exposição aos agravos deu-se em indivíduos adultos e idosos, do sexo feminino com baixa escolaridade.	IV
10.PALMA SOBRINHO, Natália Da; CAMPOS, Juliana Faria; SILVA, Rafael Celestino da. (2020)	Eventos adversos a medicamentos relacionados às potenciais interações medicamentosas graves em pacientes com doenças cardiovasculares	Avaliar a ocorrência de eventos adversos a medicamentos associados às potenciais interações medicamentosas graves identificadas em prescrições de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares.	Estudo transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa, em duas fases: análise de prescrições e de prontuários	Foram identificadas interações medicamentosas graves associadas ao agendamento pelo enfermeiro. Eventos adversos relacionados foram identificados por rastreadores clínicos e confirmados por painel de especialistas.	A ausência de alertas automáticos no sistema informatizado pode contribuir para riscos à segurança do paciente. Reforça-se a importância da farmacovigilância e da comunicação multiprofissional.	IV
11.PEQUENO ANDRADE RASSLAN SILVA, Bárbara et al. (2024)	Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva na perspectiva da	Identificar os fatores associados à cultura de segurança do paciente nas unidades de terapia intensiva adulto em hospitais de	Estudo descritivo transversal	Fragilidades nas dimensões da cultura de segurança	O estudo identificou melhor percepção da cultura de segurança em hospital privado, associada à gestão estruturada e acreditação. A cultura	V
12.SANTOS, Maria Luiza Rodrigues dos; CORREA JÚNIOR, Antonio Jorge Silva; SILVA, Marcos Valério Santos da. (2022)	Comunicação de eventos adversos e trabalho interprofissional em Unidade de Terapia Intensiva: entre o ideal e o (não) realizado.	Analisar a comunicação de EAs no trabalho interprofissional e a notificação de eventos adversos como estratégia de promoção do cuidado e da segurança do paciente.	Estudo descritivo, qualitativo	Dificuldades na comunicação entre profissionais	A comunicação efetiva é chave para segurança do paciente	V
13.SIMAN, Andréia Guerra et al. (2020)	Ações para reduzir o risco de infecções relacionados à assistência à saúde	Identificar as ações realizadas pela equipe de SCIH e gestão da qualidade para alcançar a meta para reduzir infecções relacionadas à assistência	Estudo exploratório -descritivo com abordagem qualitativa.	Ações para reduzir IRAS incluíram treinamentos, visitas setoriais e vigilância.	Equipes usam ações tradicionais para reduzir IRAS, mas baixa adesão à higienização e problemas estruturais dificultam o controle. Eventos adversos ainda ocorrem.	V
14.TAVARES, Izabella de Góes Anderson Maciel; PERES, Maria Angélica de Almeida; SILVA, Rafael Celestino da. (2022)	Eventos adversos em uma unidade de internação psiquiátrica	Caracterizar eventos adversos em unidade de internação psiquiátrica	Estudo retrospectivo, quantitativo	Quedas e autoagressões foram eventos mais frequentes	Atenção à vigilância contínua e ao ambiente terapêutico	IV

Fonte: Elaborado pelas Autoras, Fortaleza-CE (2025)

DISCUSSÃO

Principais eventos adversos em unidades hospitalares adultas

Os eventos adversos em unidades hospitalares adultas representam um importante desafio à segurança do paciente. Estudos apontam que, em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), a ocorrência desses eventos é elevada devido à complexidade clínica dos pacientes e à alta dependência de tecnologias invasivas. Assis et al. (2022) revelam que os eventos mais prevalentes em UTIs

estão relacionados a infecções associadas a dispositivos invasivos, quedas e erros na administração de medicamentos. Já Campos et al. (2022) destacam que fatores como o tempo prolongado de internação, polifarmácia e o uso contínuo de dispositivos como sondas e cateteres aumentam o risco de incidentes. A complexidade assistencial somada ao ritmo acelerado das UTIs contribui para a maior vulnerabilidade do paciente crítico.

A análise dos eventos adversos também revela ocorrências específicas que merecem atenção redobrada. Gomes, Trevisan e Secoli (2022) identificaram que os erros de medicação e potenciais interações medicamentosas são eventos comuns, com alto risco de provocar danos significativos. Palma Sobrinho, Campos e Silva (2020) reforçam essa problemática ao analisarem interações medicamentosas graves em pacientes com doenças cardiovasculares, evidenciando a necessidade de vigilância farmacológica contínua. Por sua vez, Mota et al. (2020) evidenciaram a incidência de flebites relacionadas ao uso de cateter periférico, um evento frequentemente subnotificado, mas de impacto clínico expressivo. Além disso, Matta et al. (2022) demonstram que eventos infecciosos não apenas comprometem a recuperação do paciente, mas geram custos adicionais para os serviços de saúde, reforçando a importância da prevenção.

Impacto dos eventos adversos na segurança e recuperação do paciente

O impacto dos eventos adversos na segurança do paciente é significativo, afetando tanto os desfechos clínicos quanto a experiência do cuidado. Holtz et al. (2023) relacionam diretamente a sobrecarga da equipe de enfermagem com o aumento da incidência de eventos adversos, destacando que jornadas extensas, acúmulo de funções e falta de pessoal comprometem a vigilância e a execução segura dos procedimentos. Esse cenário contribui para falhas na assistência, como erros de medicação, infecções e quedas, prejudicando diretamente a recuperação do paciente. Além disso, Santos, Corrêa Júnior e Silva (2022) enfatizam que falhas na comunicação interprofissional, como a

omissão de informações e ausência de protocolos padronizados, são fatores críticos para a ocorrência de eventos, dificultando ações rápidas e eficazes.

Tavares, Peres e Silva (2022) demonstram que, mesmo em unidades de internação psiquiátrica, os eventos adversos têm implicações relevantes para a segurança e reabilitação dos pacientes, refletindo a necessidade de atenção ampliada em diferentes contextos assistenciais. Os autores destacam que o comprometimento da segurança impacta negativamente o vínculo terapêutico e a confiança do paciente na equipe, prejudicando a adesão ao tratamento. A soma desses fatores evidencia que os eventos adversos não são apenas incidentes pontuais, mas componentes que comprometem de forma sistêmica o processo de cuidado e a evolução clínica, sendo indispensável sua mitigação por meio de estratégias interdisciplinares e de gestão.

Cultura de segurança e estratégias para prevenção dos eventos adversos

A construção de uma cultura de segurança sólida é apontada como uma das principais estratégias para reduzir a ocorrência de eventos adversos. Barbosa et al. (2020) e Moreira et al. (2022) ressaltam que a subnotificação ainda é uma barreira significativa no ambiente hospitalar, frequentemente motivada por medo de punição ou falta de conhecimento sobre o processo de notificação. Promover um ambiente no qual a equipe se sinta segura para relatar falhas é essencial para identificar riscos e implementar melhorias contínuas. Nesse sentido, Deus et al. (2023) evidenciam, por meio da autoavaliação dos núcleos de segurança do paciente, que ainda existem lacunas estruturais e operacionais que limitam a efetividade das ações preventivas.

A perspectiva da equipe multiprofissional também tem papel central na construção dessa cultura. Pequeno Andrade Rasslan Silva et al. (2024) destacam que o envolvimento e a percepção da equipe assistencial influenciam diretamente na adesão às práticas de segurança. A integração dos profissionais, por meio da educação permanente e da valorização do trabalho coletivo, fortalece a prevenção. Além disso, Siman et al. (2020) apresentam intervenções

exitosas voltadas à prevenção de infecções relacionadas à assistência, como a adesão a protocolos, treinamentos periódicos e auditorias internas. Esses achados indicam que a segurança do paciente não depende apenas de ações pontuais, mas da implementação sistemática de estratégias organizacionais que promovam cultura, educação e responsabilidade compartilhada.

CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa permitiu identificar os principais eventos adversos em unidades hospitalares adultas, seus impactos na segurança e recuperação dos pacientes, bem como as estratégias adotadas para sua prevenção a partir da consolidação de uma cultura de segurança. Observou-se que os eventos adversos mais comuns incluem erros de medicação, infecções relacionadas à assistência, quedas, flebites e interações medicamentosas graves, sendo mais frequentes em contextos de alta complexidade como as Unidades de Terapia Intensiva.

O impacto desses eventos na assistência é significativo, uma vez que comprometem a recuperação clínica, prolongam o tempo de internação e geram custos adicionais ao sistema de saúde. Além disso, afetam a confiança do paciente no cuidado e demandam maior vigilância por parte da equipe. A revisão também evidenciou que a cultura de segurança do paciente ainda encontra obstáculos como a subnotificação de incidentes, falhas na comunicação interprofissional e sobrecarga da equipe de enfermagem. Nesse cenário, destaca-se a importância de ações educativas, protocolos bem definidos, estímulo à notificação e fortalecimento das estruturas organizacionais como estratégias fundamentais para reduzir a ocorrência de eventos adversos e promover um ambiente mais seguro.

Conclui-se que, para garantir uma assistência segura e de qualidade, é imprescindível que instituições de saúde invistam continuamente na formação de profissionais, no fortalecimento de uma cultura não punitiva e na implementação de políticas eficazes de gestão do risco. O conhecimento produzido nesta revisão pode contribuir para o aprimoramento das práticas

assistenciais e para o desenvolvimento de ações que priorizem a segurança e a recuperação integral do paciente hospitalizado.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Luana de Souza et al. A cultura de segurança do paciente em hospitais brasileiros: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, n. 1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0562>.

BARBOSA, Maria Auxiliadora et al. Cultura de segurança do paciente em hospitais públicos: um estudo transversal. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 41, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190360>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS, João Paulo et al. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 30, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5273.3540>.

DEUS, Ana Paula et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospital público. *Revista de Saúde Pública*, v. 57, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005213>.

GOMES, Camila Aparecida; TREVISAN, Daniella Dalbem; SECOLI, Silvia Regina. Cultura de segurança do paciente: percepção de profissionais de saúde em hospitais brasileiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 35, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO01314>.

HOLTZ, Berenice Luisa et al. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares brasileiras: revisão sistemática. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 32, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0131pt>.

INSTITUTE OF MEDICINE (US). Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academies Press, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.17226/9728>.

MATTA, Gisele Corrêa da et al. Cultura de segurança do paciente: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 12, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769267610>.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto*

Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

MOREIRA, Ítala Letícia da Silva et al. Cultura de segurança do paciente em hospitais públicos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 56, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0534>.

MOTA, Érica Cristina et al. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: percepção da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0683>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. The conceptual framework for the international classification for patient safety. Genebra: WHO, 2009. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO guidelines on hand hygiene in health care. Genebra: WHO, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>.

PALMA SOBRINHO, Renato Fernandes; CAMPOS, Pedro Miguel; SILVA, Tatiana de Cássia. Cultura de segurança do paciente: desafios para a consolidação no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.15962018>.

SANTOS, Jéssica Moreira; CORRÊA JÚNIOR, Eliezer; SILVA, Regina Célia. Cultura de segurança do paciente em unidades básicas de saúde. *Revista Cuidarte*, v. 13, n. 1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1401>.

SILVA, Bárbara Pequeno Andrade Rasslan et al. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva na perspectiva da equipe multiprofissional: estudo multicêntrico. *Enfermería Actual en Costa Rica*, n. 46, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i46.52225>.

SIMAN, Adriana Gomes et al. Cultura de segurança do paciente: percepção dos profissionais de saúde. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, v. 14, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244205>.

TAVARES, Larissa Silveira; PERES, Aline Moraes; SILVA, Beatriz Maria. Cultura de segurança do paciente: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 12, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v12i0.5741>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care. Genebra: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>.