

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NO CONTEXTO HOSPITALAR: IMPLICAÇÕES PARA A QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

INCIDENT REPORTING IN THE HOSPITAL SETTING: IMPLICATIONS FOR
PATIENT QUALITY AND SAFETY

NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO:
IMPLICACIONES PARA LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Grace Kelly Silva do Couto¹, Manoela Lima Maciel², Rafaela Ferreira dos Santos³, Aline Nazaré Valente Santos Fiscina⁴, Caroline Serrado de Sousa Rebouças⁵, Ícaro Marlyo Souza Ferraz Melo⁶, Gleicy Alves Santos⁷, Mylena Neves Trindade⁸, Ana Beatriz Silva dos Santos⁹

DOI: 10.54899/dcs.v23i87.4464

Recibido: 04/02/2026 | Aceptado: 06/02/2026 | Publicación en línea: 13/02/2026.

RESUMO

A notificação de incidentes é uma estratégia amplamente utilizada nos serviços de saúde para monitorar falhas nos processos assistenciais e subsidiar ações voltadas à segurança do paciente. Este estudo teve como objetivo analisar o perfil das notificações de incidentes registradas em uma instituição hospitalar. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo, realizado a partir da análise de 2.046 notificações de incidentes registradas em sistema institucional no período analisado, com tratamento dos dados por estatística descritiva. Observou-se predominância de notificações relacionadas a processos e procedimentos clínicos, com maior frequência de circunstâncias de risco, quase erros e incidentes sem dano. Os acidentes do doente destacaram-se entre os eventos classificados como dano moderado e grave. Quanto o destino das notificações, verificou-se maior concentração em enfermarias e unidades de terapia intensiva. Em relação à categoria profissional notificadora, a maioria das notificações foi realizada por enfermeiros, evidenciando subnotificação por outras categorias profissionais. Os achados

¹ Especialista em Saúde Hospitalar, Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: gracecouto@outlook.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3657-8843>

² Mestra em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: manu.maciell@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6034-9915>

³ Especialista em Qualidade e Segurança do Cuidado em Saúde, Sírio Libanês, Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: rafafisio80@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-5319-3184>

⁴ Mestra em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: alinefiscina.af@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9997-079X>

⁵ Especialista em Neurologia, Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: carolserrado@hotmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-2758-1254>

⁶ Especialista em Neurologia, Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: icaromarlyo@hotmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7822-7668>

⁷ Graduada em Enfermagem, Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Aracaju, Sergipe, Brasil.

E-mail: gllleicyalves@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4075-1020>

⁸ Pós-Graduada em Auditoria na Enfermagem, Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: mylenatrenf@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-0232-6948>

⁹ Residente em Saúde Hospitalar, Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: anabeatrizss.enf@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6468-0762>

permitem caracterizar o padrão das notificações de incidentes no contexto institucional estudado e apontam desafios relacionados à consolidação da cultura de segurança.

Palavras-chave: Notificação. Segurança do Paciente. Gestão de Riscos. Assistência Hospitalar.

ABSTRACT

Incident reporting is a widely used strategy in healthcare services to monitor failures in care processes and support actions aimed at patient safety. This study aimed to analyze the profile of incident reports registered in a hospital institution. This is a quantitative, descriptive, and retrospective study, carried out from the analysis of 2.046 incident reports registered in the institutional system during the analyzed period, with data treatment using descriptive statistics. A predominance of reports related to clinical processes and procedures was observed, with a higher frequency of risk circumstances, near misses, and incidents without harm. Patient accidents stood out among the events classified as moderate and severe harm. Regarding the destination of the reports, a greater concentration was found in wards and intensive care units. In relation to the professional category of the reporting, most reports were made by nurses, highlighting underreporting by other professional categories. The findings allow us to characterize the pattern of incident reports in the institutional context studied and point to challenges related to the consolidation of a safety culture.

Keywords: Notification. Patient Safety. Risk Management. Hospital Care.

RESUMEN

La notificación de incidentes es una estrategia ampliamente utilizada en los servicios de salud para monitorear fallas en los procesos de atención y apoyar acciones orientadas a la seguridad del paciente. Este estudio tuvo como objetivo analizar el perfil de las notificaciones de incidentes registradas en una institución hospitalaria. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, realizado a partir del análisis de 2.046 notificaciones de incidentes registradas en el sistema institucional durante el período analizado, con tratamiento de datos mediante estadística descriptiva. Se observó un predominio de notificaciones relacionadas con procesos y procedimientos clínicos, con una mayor frecuencia de circunstancias de riesgo, cuasi accidentes e incidentes sin daño. Los accidentes de pacientes se destacaron entre los eventos clasificados como de daño moderado y grave. En cuanto al destino de las notificaciones, se encontró una mayor concentración en salas y unidades de cuidados intensivos. En relación con la categoría profesional de las notificaciones, la mayoría de las notificaciones fueron realizadas por enfermeros, destacando el subregistro por parte de otras categorías profesionales. Los hallazgos permiten caracterizar el patrón de notificaciones de incidentes en el contexto institucional estudiado y señalan desafíos relacionados con la consolidación de una cultura de seguridad.

Palabras clave: Notificación. Seguridad del Paciente. Gestión de Riesgos. Atención Hospitalaria.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um conjunto organizado de atividades capaz de criar culturas, comportamentos, processos, procedimentos, ambiente e tecnologias no cuidado e saúde que consistentemente e sustentavelmente diminui riscos, reduz a ocorrência de dano evitável, torna erros menos prováveis e minimiza o impacto do dano, caso este ocorra (WHO,2021).

O relatório “To Err is Human: Building a Safer Health System” (1999), do Institute of Medicine (IOM), revelou que entre 44.000 e 98.000 mortes anuais nos EUA eram causadas por erros médicos evitáveis. Até então, acreditava-se que os erros eram resultado de falhas individuais. No entanto, o relatório mostrou que os defeitos nos sistemas e processos eram os principais responsáveis. Essa mudança de foco contribuiu para a transformação da visão sobre a segurança do paciente. Além disso, estimulou a pesquisa e a cultura de segurança em todo o mundo, gerando um debate global sobre o tema (IOM, 1999).

No cenário brasileiro o Anuário de Segurança Assistencial Hospitalar, elaborado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), estima que aproximadamente cinco pessoas perdem a vida a cada minuto em decorrência de eventos adversos evitáveis, totalizando cerca de 55 mil mortes anuais (ONA, 2024).

A ocorrência de um dano pode comprometer a estrutura ou função do corpo, resultando em doenças, lesões, sofrimento, morte ou incapacidade. A cultura de segurança em saúde é essencial para prevenir esses erros, com responsabilidade compartilhada, priorização da segurança sobre metas financeiras e promoção de um ambiente de identificação e resolução de incidentes. Além disso, é importante que a organização aprenda com as ocorrências para promover a melhoria contínua (Brasil, 2013a).

Como solução para a identificação dos pontos vulneráveis os programas de qualidade realizam a implementação de sistemas para notificação de eventos adversos (EAs), sistemas que auxiliam as instituições de saúde a compreender melhor o desempenho de seus serviços, facilitando a identificação de fragilidades e permitindo a adoção de medidas mais eficazes, seguras e rápidas (Françolin *et al.*,2015).

É imprescindível buscar de forma contínua a evolução dos processos. Contudo, o ponto principal não reside no efeito imediato de cada melhoria implementada no sistema, mas na mentalidade de estar sempre focado em promover o aprimoramento constante (Slack *et al.*, 2009).

Um estudo realizado em um hospital de ensino revelou que a maioria dos profissionais participantes da pesquisa nunca preencheu os relatórios de notificação de EAs, principalmente devido ao desconhecimento sobre a importância da notificação e à falta de orientação sobre como realizá-la. Por muitas vezes a cultura punitiva desencoraja a notificação, pois os profissionais temem represálias e culpabilização (Lopes, 2023).

Alves (2019) destaca a subnotificação como um problema recorrente, com principais causas: o receio de notificar, a concentração da atenção em eventos mais graves, a falta de conhecimento sobre o processo de notificação e a centralização dessa responsabilidade em um único profissional, frequentemente o enfermeiro. Essa centralização pode sobrecarregar os profissionais e limitar a eficácia do processo. A ausência de uma cultura de notificação eficiente dificulta a identificação de falhas nos cuidados e compromete a segurança do paciente (Alves; Carvalho; Albuquerque, 2019).

A motivação para este estudo surgiu a partir da observação, durante a residência em saúde, de que as falhas assistenciais ocorrem em diferentes contextos: dentro de uma mesma categoria profissional (falhas uniprofissionais), relaciona-se com diferentes categorias (falhas multiprofissionais) e também entre setores distintos, como, por exemplo, entre a enfermagem e o setor de realização de exames. Observou-se, ainda, que a responsabilidade pela notificação dessas falhas é frequentemente atribuída ao enfermeiro, embora todos os profissionais da equipe possam realizá-la.

Assim, este estudo tem como objetivo analisar os dados das notificações de incidentes e eventos adversos em contexto assistenciais para a melhoria da qualidade assistencial e a promoção da segurança do paciente.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo e abordagem quantitativa, fundamentada na quantificação e frequência de ocorrência dos elementos analisados. A pesquisa foi desenvolvida em um dos maiores hospitais públicos da região Nordeste, localizado no estado da Bahia. A instituição de saúde é referência em alta complexidade, dispondo de mais de 640 leitos e atendendo a diversas especialidades, incluindo urgência, emergência e maternidade de alto risco, através do seu Centro Obstétrico.

Os dados foram obtidos a partir das notificações encaminhadas, por meio das fichas de

notificações voluntárias preenchidas na plataforma informatizada de Gerenciamento de Riscos. Foram consideradas as notificações realizadas entre o mês de janeiro de 2025 a junho de 2025. Inicialmente, a amostra compreendeu 2.162 notificações de incidentes e EA. No entanto, após a aplicação do critério de exclusão, foram excluídas 116 notificações que contemplaram registros não relacionados ao objeto do estudo, notificações vinculadas diretamente ao Serviço Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador, notificações classificadas como queixa técnica e aquelas com dados incompletos, perfazendo amostra final de 2.046 notificações.

A organização e análise dos dados foram realizadas no software *Microsoft Excel®*, por meio de estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e percentuais, representadas em tabelas.

A pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, sob o parecer nº 7.899.530 e CAAE 90909025.3.0000.5028, atendendo as diretrizes éticas estabelecidas pela Resolução nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sendo garantido os termos de confidencialidade e sigilo das informações.

RESULTADOS

No período do estudo, entre janeiro e junho de 2025, foram registradas 2.162 notificações no sistema de gerenciamento de riscos. Destas, 2.046 compuseram o presente estudo por estarem relacionadas à segurança do paciente no contexto hospitalar e atenderem aos critérios de inclusão. A média mensal de notificações foi de 341 (desvio padrão - DP = 38,99). Além disso, são discutidas as limitações do estudo e possíveis direções para pesquisas futuras. É fundamental que tanto os resultados quanto a discussão sejam fundamentados em evidências sólidas e que contribuam significativamente para o avanço do conhecimento sobre o tema abordado.

A Tabela 1 apresenta os motivos das notificações e sua classificação por tipo de dano, em frequência absoluta e percentual. Observou-se maior prevalência de notificações relacionadas a processo/procedimento clínico nas categorias: circunstância de risco (36,2%; n = 245), quase erro (39,1%; n = 9), incidente sem dano (58,6%; n = 357), dano leve (49,5%; n = 164) e óbito (62,5%; n = 5). Para as classificações dano moderado e dano grave, predominou o motivo acidentes do doente, com 39,2% (n = 141) e 75% (n = 30), respectivamente.

Tabela 1

Motivos das notificações por classificação do evento

Motivo da notificação	Notificações Realizadas							
	Circunstância de risco n(%)	Quase erro n(%)	Incidente sem dano n(%)	Evento Adverso				Total n(%)
				Dano leve n(%)	Dano moderado n(%)	Dano grave n(%)	Óbito n(%)	
Acidentes do doente	0(0,0)	0(0,0)	19(3,1)	58(17,5)	141(39,2)	30(75,0)	1(12,5)	249(12,1)
Comportamental	234(34,6)	7(30,4)	97(15,9)	11(3,33)	2(0,5)	0(0,0)	0(0,0)	351(17,1)
Comunicação	1(0,1)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,0)
Desvios da Qualidade	2(0,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(0,1)
Dieta / alimentação	20(2,9)	0(0,0)	33(5,4)	32(9,6)	1(0,2)	0(0,0)	0(0,0)	86(4,2)
Dispositivos/equipamentos médicos	7(1,0)	0(0,0)	8(1,3)	25(7,5)	69(1,6)	0(0,0)	0(0,0)	46(2,2)
Documentação clínica	24(3,5)	2(8,7)	24(3,9)	6(1,8)	2(0,5)	0(0,0)	0(0,0)	58(2,8)
Gestão clínica	20(2,9)	0(0,0)	41(6,7)	7(2,1)	2(0,5)	0(0,0)	1(12,5)	71(3,4)
IRAS	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	127(35,3)	0(0,0)	0(0,0)	127(6,2)
Infraestrutura / edifício / instalação	44(6,5)	0(0,0)	3(0,4)	3(0,9)	1(0,2)	0(0,0)	0(0,0)	51(2,4)
Never event/Evento sentinela	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,5)	1(12,5)	2(0,1)
Outra natureza	3(0,4)	1(4,3)	1(0,1)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,5)	0(0,00)	6(0,2)
Processo / procedimento clínico	245(36,2)	9(39,1)	357(58,6)	164(49,5)	60(16,7)	6(15,0)	5(62,5)	846(41,3)
Queda do paciente	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,00)	1(0,0)
Recursos / gestão organizacional	40(5,9)	0(0,0)	2(0,3)	1(0,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,00)	43(2,1)
Sangue / hemoderivados	2(0,3)	1(4,3)	2(0,3)	1(0,3)	3(0,8)	0(0,0)	0(0,00)	9(0,4)
Segurança do Trabalho	7(1,0)	0(0,0)	1(0,1)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,00)	8(0,3)
Uso seguro de medicamentos	27(3,9)	3(13,0)	21(3,4)	22(6,6)	14(3,9)	2(5,0)	0(0,00)	89(4,3)
Total geral	676(100,0)	23(100,0)	609(100,0)	331(100,0)	359(100,0)	40(100,0)	8(100,0)	2046(100,0)

Os principais motivos de notificação foram: processo/procedimento clínico (41,3%; n = 846), motivo comportamental (17,1%; n = 351) e acidentes do doente (12,1%; n = 249). Destaca-se que o motivo comportamental foi a segunda causa mais frequente dentre as circunstâncias de risco (34,6%; n = 234). O motivo “queda do paciente”, que aparece apenas uma vez nessa categoria, também é registrado como “acidente do doente”. Assim, não se trata de uma ocorrência apenas, não devendo ser considerado separadamente.

Buscando aprofundar a compreensão das notificações relacionadas a processo/procedimento clínico, motivo mais prevalente, a Tabela 2 apresenta as descrições complementares mais frequentes, conforme categorização do sistema informatizado institucional. O descumprimento de protocolo da assistência de enfermagem foi a descrição mais notificada (65,4%; n = 386), seguida por outras falhas na assistência de enfermagem (14,5%; n = 86) e outras falhas na assistência médica (9%; n = 53).

Tabela 2*Eventos relacionados a processo/procedimento clínico por profissão notificadora*

Principais eventos notificados por "Processo / procedimento clínico"						
Descrição complementar	Categoria profissional notificadora					Total
	Enfermagem	Médico	Fisioterapeuta	Familiar e paciente	Outros	
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Assistência de Enfermagem / Descumprimento do protocolo	376(71,8)	3(15,7)	3(21,4)	0	4(14,8)	386(65,4)
Outras falhas na assistência de enfermagem	61(11,6)	3(15,7)	8(57,1)	5(71,4)	9(33,3)	86(14,5)
Assistência médica / Descumprimento do protocolo	25(4,7)	5(26,3)	0(0,0)	0	7(25,9)	37(6,2)
Outras falhas na assistência médica	39(7,4)	6(31,5)	1(7,1)	2(28,5)	5(18,5)	53(8,9)
Assistência Multidisciplinar / Descumprimento do protocolo	22(4,2)	2(10,5)	2(14,2)	0	2(7,4)	28(4,7)
Total geral	523(100,0)	19(100,0)	14(100,0)	7(100,0)	27(100,0)	590(100,0)

Analizando os dados da tabela 2, é notório que a enfermagem foi a categoria profissional que mais notificou, representando 89% (n = 523) das notificações relacionada a processo/procedimento clínico, enquanto as demais categorias representam 11% (n = 67), evidenciando baixa adesão multiprofissional e indicando possível subnotificação cruzada entre categorias profissionais. Nas descrições complementares, identificou-se que enfermeiros foram responsáveis por 97% (n = 509) das notificações, enquanto técnicos de enfermagem representaram apenas 3% (n = 14). No total das 2.046 notificações analisadas, os enfermeiros foram responsáveis por 67,7% (n = 1.385) configurando-se como a categoria profissional mais notificadora. Ressalta-se ainda que 1% (n = 7) das notificações foi realizada por familiares ou pacientes, sendo seis delas efetuadas por familiares.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos setores mais notificados: enfermarias (31%; n = 626), UTIs (24%; n = 490), centros cirúrgico e obstétrico (9%; n = 176) e emergência (7%; n = 153). Entre os eventos adversos, predominou o dano moderado (18%; n = 359), seguido de dano leve (16%; n = 330). Nas enfermarias, o maior número de notificações foi registrado na unidade de neuroclínica (21,8%; n = 137), seguida da clínica médica (11,6%; n = 73). Na emergência, observou-se maior prevalência de notificações na unidade adulta (86,2%; n = 132) em comparação à pediátrica (13,7%; n = 21). Nas UTIs, destacaram-se a unidade geral 1 (24%; n = 120) e a cardiovascular (21%; n = 104).

Tabela 3

Unidades com maior número de notificações por classificação do evento

Classificação do evento	Centro cirúrgico e obstétrico	Emergência	Enfermaria	Outros	UTIs	Total
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Circunstância de risco	75(42,6)	47(30,7)	137(21,8)	307(51,0)	110(22,5)	676(33,0)
Quase erro	0(0,0)	3(1,9)	4(0,6)	11(1,8)	5(1,0)	23(1,0)
Incidente sem dano	57(32,3)	42(27,5)	246(39,3)	121(20,1)	143(29,1)	609(30,0)
Dano leve	27(15,3)	20(13,0)	108(17,2)	106(17,6)	70(14,2)	331(16,0)
Dano moderado	14(7,9)	39(25,4)	118(18,8)	48(7,9)	140(28,5)	359(18,0)
Dano grave	2(1,1)	2(1,3)	9(1,4)	6(1,0)	21(4,2)	40(2,0)
Óbito	1(0,5)	0(0,0)	4(0,6)	2(0,3)	1(0,2)	8(0,0)
Total geral	176(100,0)	153(100,0)	626(100,0)	601(100,0)	490(100,0)	2046(100,0)

Nos centros cirúrgico e obstétrico, prevaleceu o centro cirúrgico (58,5%; n = 103), seguido do obstétrico (41,4%; n = 73). Na categoria “outros”, que engloba os demais setores, destacaram-se nutrição (9,6%; n = 58) e manutenção (7,8%; n = 47) como os mais notificados. Dentre esses setores, o menos notificado foi a unidade onco-hematológica (4%; n = 18).

Tabela 4

Setores com maior número de autonotificações

Setores	Quantidade de autonotificações
Emergência adulto	29
Enfermaria pediátrica	39
Enfermaria cardio/gastro/endócrino	27
Unidade de Acidente Vascular Cerebral	31
UTI Neonatal	24

Foram identificadas 506 autonotificações, ou seja, registros feitos por profissionais do próprio setor. A Tabela 4 demonstra que a enfermaria pediátrica foi a unidade que mais se autonotificou (n = 39), seguida da unidade de acidente vascular cerebral (n = 31). A emergência adulta, além de estar entre os setores que mais receberam notificações, foi a terceira que mais registrou autonotificações (n = 29), seguida da enfermaria cárdio/gastro/endócrino (n = 27) e da UTI neonatal (n = 24). Os demais setores foram agrupados na categoria “outros” (n = 356). Entre essas 506 notificações, 28 foram realizadas por familiares ou pacientes, resultando em 478 autonotificações feitas exclusivamente por profissionais do hospital.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo evidenciaram a frequência de notificações relacionadas à segurança do paciente no período analisado, com média mensal de 341 registros, indicando a existência de um sistema de notificação ativo na instituição. Esse resultado pode ser interpretado como um indicativo positivo da vigilância dos processos assistenciais, uma vez que a notificação de incidentes constitui ferramenta fundamental para a identificação de falhas, análise de riscos e promoção da melhoria contínua da qualidade do cuidado (Brasil, 2013b; Françolin *et al.*, 2015).

Observou-se predominância de notificações relacionadas a processo/procedimento clínico, especialmente nas classificações de circunstância de risco, quase erro, incidente sem dano, dano leve e óbito. Esse achado dialoga com o modelo teórico de erro humano proposto por Reason (1990), ao evidenciar que as falhas no contexto da assistência à saúde estão majoritariamente associadas a problemas sistêmicos, e não a falhas individuais isoladas. Assim, os resultados reforçam a necessidade de intervenções organizacionais voltadas à melhoria dos processos e à redução da variabilidade assistencial.

A elevada proporção de incidentes classificados como quase erro e incidente sem dano, conforme demonstrado na Tabela 1, sugere que os profissionais de saúde têm identificado falhas nos processos assistenciais antes da ocorrência de danos ao paciente, utilizando o sistema de notificação como ferramenta para registro dessas ocorrências. Esse achado é essencial para o fortalecimento de uma cultura de segurança, na medida em que valoriza a identificação precoce de riscos e a comunicação dos incidentes como estratégias para a melhoria contínua do cuidado (Brasil, 2013a). A identificação oportuna dessas falhas possibilita a adoção de medidas corretivas antes que eventos adversos mais graves se concretizem.

Nos casos classificados como dano moderado e dano grave, observou-se predominância dos acidentes do doente, conforme apresentado na Tabela 1, indicando que tais eventos extrapolam falhas pontuais e demandam análise aprofundada dos processos assistenciais envolvidos. Esse resultado reforça a importância da utilização de metodologias estruturadas de investigação, como a análise de causa raiz, que adota abordagem retrospectiva para identificar as causas subjacentes dos incidentes e subsidiar a elaboração de estratégias voltadas à prevenção de recorrências, especialmente após eventos de maior gravidade (Brasil, 2017).

No que se refere à categoria profissional notificadora, os resultados demonstraram que o enfermeiro foi responsável pela maioria das notificações, representando 67,7% do total de

registros. Esse achado converge com o estudo de Alves, Carvalho e Albuquerque (2019), que analisaram a subnotificação de incidentes como um fenômeno multifatorial e identificaram, entre seus fatores, a centralização da responsabilidade pela notificação em um único profissional, frequentemente o enfermeiro.

Complementarmente, Lopes (2023) identificou que a maioria dos profissionais de saúde participantes de seu estudo nunca havia realizado notificações de incidentes, atribuindo esse resultado ao desconhecimento sobre a importância da notificação, à falta de orientação quanto ao seu preenchimento e à presença de uma cultura punitiva. Esses achados permitem compreender a baixa participação multiprofissional observada no presente estudo, ainda que o autor não relacione tais fatores a uma categoria profissional específica.

A predominância de notificações realizadas por enfermeiros, associada à baixa participação das demais categorias profissionais, sugere a persistência de subnotificação cruzada no contexto institucional analisado. Esse cenário reforça a necessidade de fortalecimento da cultura de segurança, baseada na responsabilidade compartilhada e na compreensão do erro como oportunidade de aprendizado organizacional, conforme preconizado pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (Brasil, 2013a).

A predominância do descumprimento de protocolos da assistência de enfermagem entre as notificações relacionadas a processo/procedimento clínico pode refletir tanto maior sensibilidade da categoria para identificar falhas quanto fragilidades na padronização e adesão aos protocolos institucionais. A literatura aponta que a padronização de processos e a utilização de protocolos assistenciais são pilares essenciais dos Sistemas de Gestão da Qualidade, contribuindo para a redução de erros e a melhoria do desempenho organizacional (ISO, 2000; Vituri; Évora, 2015).

Estudos sobre segurança do paciente apontam que enfermarias e unidades de terapia intensiva concentram maior ocorrência de incidentes devido à complexidade dos cuidados, ao maior tempo de permanência dos pacientes e à sobrecarga assistencial das equipes (Brasil, 2013a; WHO, 2021). Em consonância, o presente estudo identificou maior concentração de notificações nesses setores, com predominância de eventos classificados como dano leve e moderado.

A presença significativa de autonotificações, especialmente na enfermagem pediátrica e na unidade de acidente vascular cerebral, pode ser interpretada como indicativo de uma cultura de segurança mais consolidada nesses setores. Percepções positivas sobre a cultura de segurança estão associadas a atitudes mais favoráveis ao relato de incidentes pelos próprios profissionais,

indicando que ambientes com maior aprendizado organizacional e parecer sobre as notificações tendem a favorecer o reporte voluntário (Alsobou *et al.*, 2025).

Apesar da possibilidade de participação de pacientes e familiares no sistema de notificação, a baixa frequência desses registros indica que o protagonismo do usuário ainda é limitado no contexto estudado. O envolvimento do paciente na identificação de incidentes pode contribuir de forma significativa para a melhoria da qualidade e segurança do cuidado, sendo necessário incentivar e ampliar estratégias que favoreçam essa participação ativa (Villar; Duarte; Martins, 2020).

CONCLUSÃO

A análise das notificações de incidentes evidenciou predominância de registros relacionados a processos e procedimentos clínicos, com maior frequência de circunstâncias de risco, quase erros e incidentes sem dano, indicando que os profissionais de saúde têm identificado falhas nos processos assistenciais e realizado a notificação dessas ocorrências antes da ocorrência de danos ao paciente. Os acidentes do doente destacaram-se entre os eventos com dano moderado e grave, especialmente em setores de maior complexidade assistencial.

Observou-se concentração das notificações na categoria profissional da enfermagem e maior número de registros provenientes das enfermarias e unidades de terapia intensiva, concomitantemente, evidenciando fragilidades na adesão multiprofissional ao processo de notificação.

De modo geral, os achados indicam que, no contexto da pesquisa, a notificação de incidentes ainda apresenta limitações relacionadas à participação multiprofissional e à consolidação da cultura de segurança institucional.

REFERÊNCIAS

ALSOBOU, N. *et al.* The relationship between patient safety culture and attitudes toward incident reporting among registered nurses. **BMC Health Services Research**, v. 25, n. 1, 28 abr. 2025.

ALVES, M. F. T.; CARVALHO, D. S.; ALBUQUERQUE, G. S. C. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2895–2908, 5 Ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013**. Institui o Programa

Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 1 de Abril de 2013a. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 01 de Mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, 25 de Julho de 2013b. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 07 Mar. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde** [online]. 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-7-gestao-de-riscos-e-investigacao-de-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-saude.pdf>. Acesso em: 20 Mar. 2025.

FRANÇOLIN, L. *et al.* Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 2, p. 277–283, 1 abr. 2015.

Institute of Medicine. **To err is human: building a safer health system**. Washington: National Academy Press; 1999.

International Organization for Standardization (ISO). **ISO 9000:2000 - Manual de implementação** [manual]. Genebra: ISO, 2000.

LOPES, B. A. *et al.* A cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 28, p. 86111, 25 Set. 2023.

REASON, J. **Human Error**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

SLACK, N. *et al.* **Administração da produção**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

VILLAR, V. C. F. L.; DUARTE, S. C. M.; MARTINS, M. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 12, 2020.

VITURI, D. W.; ÉVORA, Y. D. M. Gestão da Qualidade Total e enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 5, p. 945–952, 04 Out. 2015.

World Health Organization. **Global Patient Safety Action Plan 2021-2030**. 3 Ago. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>. Acesso em: 20 Mar. 2025