v7.n11.2026

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

SEGURANÇA DO PACIENTE EM AMBIENTES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR EVENTOS ADVERSOS

PATIENT SAFETY IN URGENT AND EMERGENCY CARE SETTINGS: CHALLENGES AND STRATEGIES TO MINIMIZE ADVERSE EVENTS

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ENTORNOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS: DESAFÍOS Y ESTRATEGIAS PARA MINIMIZAR EVENTOS ADVERSOS

Amaury Silva Freire[1], Samia Vasconcelos Marques Leite[2], Maria Andrea Ximenes Matos[3], Liliane Pereira do Nascimento[4], Ana Paula Barbosa Batista[5], Maria Adriana Nobre da Silva[6], Beatris Borges da Silva[7], Mychel Jakcson Araújo Gomes[8], Edvânia Lopes Vasconcelos[9], Raimundo Nonato de Sousa Filho[10], Kátia Souza da Silva[11], Danilo Andrade de Aragão[12], Benedita Beatriz Bezerra Frota[13], Vitória Regina Souza Silva[14], Lisandra Bezerra Frota[15], Júlia Ferreira Laureano[16], Sandra Fernandes Lima[17], Fernanda Maria Gonçalves[18].

e7119011
https://doi.org/10.47820/recima21.v7i11.9011

PUBLICADO: 11/2026

RESUMO

Objetivo: analisar as evidências disponíveis sobre a segurança do paciente em serviços de urgência e emergência, identificando as principais vulnerabilidades e estratégias de prevenção e aprendizagem organizacional. Método: revisão integrativa da literatura, realizada nas bases PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, CINAHL e LILACS, considerando estudos publicados entre janeiro de 2015 e dezembro de 2025, com busca realizada em janeiro e fevereiro de 2026. Foram identificados 365 registros, dos quais 145 foram removidos antes da triagem. Após a análise de títulos e resumos, 15 artigos foram avaliados em texto completo e incluídos na revisão. A avaliação metodológica foi realizada mediante instrumentos do Joanna Briggs Institute (JBI), selecionados conforme o delineamento dos estudos. Resultados: os 15 estudos, publicados entre 2016 e 2025, evidenciaram como principais desafios os erros diagnósticos e de medicação, as falhas de comunicação e transferência de informações, a sobrecarga dos serviços e as fragilidades relacionadas aos processos de trabalho e à organização do cuidado. As estratégias identificadas incluíram treinamento, protocolos, checklists, sistemas de notificação, fortalecimento do trabalho em equipe e tecnologias de apoio. Conclusão: a segurança do paciente em serviços de urgência e emergência requer abordagem sistêmica e multiprofissional, com integração entre comunicação, processos de trabalho, tecnologias e aprendizagem organizacional.

[1] Graduando em Farmácia pela Faculdade Anhanguera.
[2] Especialista em Neonatologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC).
[3] Especialista em Gestão e Auditoria pela Faculdade Padre Dourado.
[4] Vinculada à Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde (AgSUS), com atuação no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS).
[5] Formação em Gestão Hospitalar em Saúde pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).
[6] Especialista em Auditoria em Sistemas e Serviços de Saúde pelo Centro Universitário INTA (UNINTA).
[7] Especialista em Terapia Intensiva (UTI) pelo Centro Universitário Fametro (UNIFAMETRO).
[8] Especialista profissional em Fisioterapia em Terapia Intensiva, na área de atuação em Adulto, com título reconhecido pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO).
[9] Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).
[10] Graduando em Enfermagem pela Faculdade 05 de Julho.
[11] Especialista em Gestão da Qualidade e Segurança dos Alimentos pelo Instituto Federal do Ceará (IFCE).
[12] Especialista em Farmácia Clínica pelo Instituto ESAMAZ.
[13] Especialista em Cuidados Cardiológicos.
[14] Especialista em Enfermagem em Estomaterapia pela Faculdade Rodolfo Teófilo (FRT).
[15] Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário INTA (UNINTA).
[16] Especialista em Saúde Pública pela Faculdade FAVENI.
[17] Especialista em Saúde Pública pelo Centro Universitário INTA (UNINTA).
[18] Especialista em Terapia Intensiva (UTI) pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Recomenda-se ampliar pesquisas sobre implementação e aplicabilidade dessas estratégias, especialmente no contexto brasileiro.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente. Serviços de emergência. Urgência. Erros médicos. Comunicação em saúde. Trabalho em equipe.

ABSTRACT

Objective: To analyze the available evidence on patient safety in emergency and urgent care services, identifying the main vulnerabilities and strategies for prevention and organizational learning. Method: An integrative literature review was conducted in the PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, CINAHL, and LILACS databases, considering studies published between January 2015 and December 2025, with searches conducted in January and February 2026. A total of 365 records were identified, of which 145 were removed before screening. After title and abstract screening, 15 articles were assessed in full text and included in the review. Methodological quality was assessed using Joanna Briggs Institute (JBI) instruments selected according to the study design. Results: The 15 studies, published between 2016 and 2025, identified diagnostic and medication errors, communication and information-transfer failures, service overload, and weaknesses in work processes and care organization as the main challenges. The strategies identified included training, protocols, checklists, reporting systems, strengthening teamwork, and supportive technologies. Conclusion: Patient safety in emergency and urgent care services requires a systemic and multiprofessional approach, integrating communication, work processes, technologies, and organizational learning. Further research is recommended on the implementation and applicability of these strategies, particularly in the Brazilian context.

KEYWORDS: *Patient safety. Emergency services. Urgent care. Medical errors. Health communication. Teamwork.*

RESUMEN

Objetivo: analizar la evidencia disponible sobre la seguridad del paciente en los servicios de urgencias y emergencias, identificando las principales vulnerabilidades y estrategias de prevención y aprendizaje organizacional. Método: revisión integrativa de la literatura, realizada en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, CINAHL y LILACS, considerando estudios publicados entre enero de 2015 y diciembre de 2025, con búsquedas realizadas en enero y febrero de 2026. Se identificaron 365 registros, de los cuales 145 fueron eliminados antes del cribado. Tras el análisis de títulos y resúmenes, 15 artículos fueron evaluados a texto completo e incluidos en la revisión. La evaluación metodológica se realizó mediante instrumentos del Joanna Briggs Institute (JBI), seleccionados de acuerdo con el diseño de los estudios. Resultados: los 15 estudios, publicados entre 2016 y 2025, evidenciaron como principales desafíos los errores diagnósticos y de medicación, las fallas de comunicación y transferencia de información, la sobrecarga de los servicios y las debilidades relacionadas con los procesos de trabajo y la organización de la atención. Las estrategias identificadas incluyeron capacitación, protocolos, listas de verificación, sistemas de notificación, fortalecimiento del trabajo en equipo y tecnologías de apoyo. Conclusión: la seguridad del paciente en los servicios de urgencias y emergencias requiere un enfoque sistémico y multiprofesional, con integración entre comunicación, procesos de trabajo, tecnologías y aprendizaje organizacional. Se recomienda ampliar las investigaciones sobre la implementación y aplicabilidad de estas estrategias, especialmente en el contexto brasileño.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

PALABRAS CLAVE: *Seguridad del paciente. Servicios de urgencias. Urgencias médicas. Errores médicos. Comunicación en salud. Trabajo en equipo.*

1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente constitui dimensão essencial da qualidade da assistência e envolve a identificação, prevenção e redução de riscos associados ao cuidado. Nos serviços de urgência e emergência, esse desafio é ampliado pela complexidade clínica, necessidade de decisões rápidas, fluxo intenso e múltiplas transições do cuidado. Estudos sobre incidentes em departamentos de emergência demonstram a participação simultânea de fatores humanos, clínicos, comunicacionais e organizacionais. Amaniyan *et al.* (2020) identificaram múltiplos fatores contribuintes para incidentes de segurança, enquanto Halinen *et al*. (2024) evidenciaram a influência de processos, recursos, transferência de informações e colaboração interprofissional.

Entre os problemas mais relevantes estão os erros diagnósticos e de medicação. Okafor *et al*. (2016) identificaram fatores cognitivos e sistêmicos associados a erros diagnósticos, e Medford-Davis *et al*. (2016) observaram vulnerabilidades relacionadas à anamnese, solicitação de exames e acompanhamento de resultados. Nguyen *et al*. (2024), por sua vez, demonstraram elevada ocorrência de erros de medicação em departamentos de emergência.

Assim, a comunicação e o trabalho em equipe também constituem dimensões centrais da segurança. Aaronson *et al.* (2019) identificaram atrasos, problemas de segurança medicamentosa e falhas de comunicação entre os principais incidentes notificados. Manojlovich *et al*. (2024) reforçaram a necessidade de comunicação estruturada durante o processo diagnóstico, enquanto Alsabri *et al*. (2022) encontraram resultados favoráveis de intervenções voltadas à comunicação e ao trabalho em equipe.

Nesse contexto, a segurança deve ser compreendida de forma sistêmica, considerando as condições organizacionais que favorecem ou dificultam o cuidado seguro. A partir dessa perspectiva, diferentes estratégias têm sido propostas como mecanismos complementares de prevenção e redução de riscos, incluindo treinamento, checklists, protocolos, sistemas de notificação e tecnologias de apoio. Rovati *et al*. (2025) desenvolveram um checklist específico para departamentos de emergência, e Vaghani *et al*. (2025) avaliaram gatilhos eletrônicos para identificação de oportunidades perdidas de diagnóstico.

Deste modo, a relevância deste estudo decorre da necessidade de reunir evidências sobre os principais fatores de risco e estratégias de prevenção no contexto da urgência e emergência, contribuindo para a qualificação dos processos assistenciais e da gestão de riscos.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Diante desse cenário, formulou-se a seguinte questão norteadora: quais são os principais desafios relacionados à segurança do paciente em ambientes de urgência e emergência e quais estratégias têm sido descritas na literatura para prevenir ou minimizar a ocorrência de eventos adversos?

Assim, o objetivo deste estudo é analisar os principais desafios relacionados à segurança do paciente em ambientes de urgência e emergência e identificar estratégias descritas na literatura para prevenção e minimização de eventos adversos nesses serviços.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Principais riscos e barreiras para a segurança do paciente em serviços de emergência

Os serviços de emergência constituem ambientes assistenciais caracterizados pela necessidade de respostas rápidas, elevada complexidade clínica, grande volume, variabilidade de atendimentos e necessidade de tomada de decisão sob condições de pressão e incerteza. Nesse ambiente, a segurança do paciente pode ser comprometida pela interação entre fatores clínicos, humanos e organizacionais, que interferem na identificação de alterações, na interpretação das informações e na definição das condutas.

Entre os principais riscos para a segurança do paciente descritos na literatura destacam-se erros diagnósticos, erros de medicação, falhas de comunicação e vulnerabilidades organizacionais. Newman-Toker *et al*. (2022) evidenciaram a relevância dos erros diagnósticos, ao passo que Nguyen *et al*. (2024) demonstraram a magnitude dos erros de medicação. Como barreiras, destacam-se protocolos, checklists, treinamento, notificação e tecnologias de apoio. Exemplos são o checklist para departamentos de emergência construído por Rovati et al. (2025) e os gatilhos eletrônicos avaliados por Vaghani et al. (2025) para apoiar a identificação de falhas diagnósticas. Esses achados reforçam que a segurança não depende exclusivamente da atuação individual dos profissionais, mas também da existência de processos capazes de reduzir riscos e apoiar decisões em situações de elevada complexidade.

A comunicação estruturada é fundamental para a continuidade do cuidado, especialmente em situações que exigem compartilhamento rápido e preciso de informações e tomada de decisão. Falhas na transferência de informações podem favorecer atrasos, erros e descontinuidade assistencial. Nessa perspectiva, Manojlovich *et al*. (2024) apontaram pontos críticos na troca de informações durante o processo diagnóstico, enquanto Alsabri *et al*. (2022) identificaram benefícios de intervenções voltadas à comunicação e ao trabalho em equipe. Além disso, a cultura de segurança é influenciada por fatores como liderança, condições de trabalho, colaboração e abertura para comunicação, conforme apontado por Kim e Woo (2025) e Davies

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

et al. (2025). Assim, a segurança em serviços de emergência demanda uma abordagem sistêmica, na qual tecnologias e instrumentos de apoio atuem de forma complementar às competências profissionais, à comunicação interprofissional e às condições organizacionais necessárias para o cuidado seguro.

2.2. Comunicação, trabalho em equipe e tomada de decisão

Nos serviços de urgência e emergência, os incidentes de segurança decorrem da interação entre fatores humanos, clínicos, comunicacionais e organizacionais, em um contexto marcado pela elevada variabilidade da demanda, necessidade de decisões rápidas, diferentes níveis de gravidade e frequentes transições do cuidado (Ramlakhan *et al.*, 2016; Amaniyan *et al.*, 2020). Nesse cenário, fatores relacionados aos processos de trabalho, disponibilidade de recursos, transferência de informações, uso de medicamentos, identificação dos pacientes e colaboração interprofissional também podem contribuir para a ocorrência de incidentes, conforme evidenciado por Halinen *et al.* (2024).

A complexidade desses serviços é ampliada pela necessidade de atender simultaneamente pacientes com diferentes condições clínicas, muitas vezes em contextos de sobrecarga assistencial e limitação de recursos. A rapidez exigida para avaliação, classificação de risco, diagnóstico e intervenção pode favorecer interrupções, omissões e falhas na comunicação entre os profissionais, especialmente durante mudanças de turno, transferências internas e encaminhamentos para outros setores. Dessa forma, a segurança do paciente não depende apenas da atuação individual, mas também da organização dos processos de trabalho e da existência de mecanismos que favoreçam a integração das informações, a coordenação das ações e a continuidade do cuidado (Amaniyan *et al.*, 2020; Halinen *et al.*, 2024).

Nesse contexto, as transições e transferências do cuidado constituem momentos particularmente vulneráveis, por envolverem a transmissão de informações clínicas relevantes entre diferentes profissionais e equipes. Informações incompletas, imprecisas ou não compartilhadas oportunamente podem comprometer a compreensão da condição clínica do paciente e repercutir nas decisões subsequentes. Estratégias estruturadas de comunicação, definição clara de responsabilidades e utilização de instrumentos padronizados podem contribuir para reduzir falhas nos processos assistenciais e fortalecer a coordenação do cuidado nos serviços de emergência (Ramlakhan *et al.*, 2016; Halinen *et al.*, 2024). Assim, comunicação e trabalho em equipe possibilitam integrar diferentes perspectivas profissionais, compartilhar informações relevantes e estabelecer condutas coordenadas. Nessa perspectiva, a segurança

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

pode ser compreendida como resultado da articulação de barreiras no sistema, capazes de identificar vulnerabilidades, prevenir incidentes e favorecer o aprendizado organizacional.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo e síntese qualitativa, desenvolvida com o propósito de reunir, analisar e sintetizar evidências científicas sobre os principais desafios relacionados à segurança do paciente em serviços de urgência e emergência, bem como sobre as estratégias descritas para prevenção e minimização de eventos adversos.

A revisão foi conduzida em seis etapas: definição da questão norteadora; estabelecimento dos critérios de elegibilidade; definição das fontes de informação e das estratégias de busca; seleção dos estudos; extração dos dados; e análise, síntese e interpretação dos achados. O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos foi relatado de acordo com as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) 2020, com apresentação do respectivo fluxograma. O PRISMA 2020 estabelece orientações atualizadas para o relato transparente das etapas de identificação, seleção, avaliação e síntese das evidências.

3.1. Questão norteadora e estratégia de busca

A questão norteadora foi estruturada com base na estratégia PICo, considerando P (Population) – pacientes atendidos em serviços de urgência e emergência; I (Interest) – segurança do paciente, eventos adversos e estratégias de prevenção; e Co (Context) – serviços e ambientes de urgência e emergência. A partir desses elementos, formulou-se a seguinte questão: quais são os principais desafios relacionados à segurança do paciente em ambientes de urgência e emergência e quais estratégias têm sido descritas na literatura para prevenir ou minimizar a ocorrência de eventos adversos nesses serviços?

A busca bibliográfica foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2026, nas bases PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, CINAHL e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Essas fontes foram selecionadas por contemplarem produção científica relacionada à segurança do paciente, assistência de emergência, qualidade, gestão dos serviços de saúde e práticas assistenciais.

Foram utilizados descritores controlados dos vocabulários Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), associados a termos livres relacionados à

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

temática. Foram empregados, entre outros, os termos *Patient Safety, Adverse Events, Medical Errors, Medication Errors, Diagnostic Errors, Emergency Services, Emergency Department, Emergency Medical Services, Communication, Patient Handover, Safety Culture* e *Quality of Health Care,* além de seus correspondentes em português e espanhol.

As estratégias de busca foram adaptadas à sintaxe específica de cada base de dados e estruturadas mediante os operadores booleanos AND e OR. Quando disponíveis, foram utilizados truncamentos (*) para ampliar a recuperação de estudos que apresentassem diferentes terminações dos termos pesquisados.

Quadro 1. Descritores e estratégias de busca utilizados na revisão integrativa

Eixo temático	DeCS – Português	DeCS – Espanhol	MeSH – Inglês	Termos livres relacionados
Segurança do paciente	Segurança do Paciente	*Seguridad del Paciente*	*Patient Safety*	*Patient safety; safe care; patient harm*
Eventos adversos	Eventos Adversos	*Eventos Adversos*	*Adverse Events*	*Adverse event*; adverse outcome*; patient harm*
Erros relacionados à assistência	Erros Médicos	*Errores Médicos*	*Medical Errors*	*Medical error*; healthcare error*; clinical error**
Erros de medicação	Erros de Medicação	*Errores de Medicación*	*Medication Errors*	*Medication error*; medication-related harm*
Erros diagnósticos	Erros de Diagnóstico	*Errores de Diagnóstico*	*Diagnostic Errors*	*Diagnostic error*; missed diagnosis; delayed diagnosis*
Urgência e emergência	Serviços Médicos de Emergência; Serviços de Emergência	*Servicios Médicos de Urgencia; Servicios de Urgencia*	*Emergency Medical Services; Emergency Service, Hospital*	*Emergency department; emergency care; emergency service**
Comunicação	Comunicação	*Comunicación*	*Communication*	*Communication failure*; communication breakdown; information transfer*
Transição do cuidado	Continuidade da Assistência ao Paciente	*Continuidad de la Atención al Paciente*	*Patient Care Continuity*	Patient handover; clinical handover; care transition*; handoff*

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Eixo temático	DeCS – Português	DeCS – Espanhol	MeSH – Inglês	Termos livres relacionados
Cultura de segurança	Cultura Organizacional; Segurança do Paciente	*Cultura Organizacional; Seguridad del Paciente*	*Organizational Culture; Patient Safety*	*Safety culture; patient safety culture*
Equipe multiprofissional	Equipe de Assistência ao Paciente	*Grupo de Atención al Paciente*	*Patient Care Team*	*Multidisciplinary team*; interprofessional team*; healthcare team**
Superlotação	—	—	—	*Emergency department overcrowding; emergency overcrowding; crowding*
Gestão de riscos	Gestão de Riscos	*Gestión de Riesgos*	*Risk Management*	*Risk management; safety management; incident management*

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

As estratégias de busca foram adaptadas às especificidades de cada base de dados e estruturadas mediante os operadores booleanos AND e OR, combinando termos referentes à segurança do paciente e eventos adversos com aqueles relacionados aos serviços de urgência e emergência.

Quadro 2. Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados

Base de dados	Estratégia de busca
PubMed/MEDLINE	*("Patient Safety"[MeSH Terms] OR "patient safety" OR "patient harm") AND ("Adverse Events"[MeSH Terms] OR "Medical Errors"[MeSH Terms] OR "Medication Errors"[MeSH Terms] OR "Diagnostic Errors"[MeSH Terms]) AND ("Emergency Medical Services"[MeSH Terms] OR "Emergency Service, Hospital"[MeSH Terms] OR "emergency department" OR "emergency care")*
Scopus	*TITLE-ABS-KEY(("patient safety" OR "patient harm" OR "safety culture") AND ("adverse event*" OR "medical error*" OR "medication error*" OR "diagnostic error*") AND ("emergency department*" OR "emergency service*" OR "emergency care"))*

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Base de dados	Estratégia de busca
Web of Science	*TS=("patient safety" OR "patient harm" OR "safety culture") AND TS=("adverse event*" OR "medical error*" OR "medication error*" OR "diagnostic error*") AND TS=("emergency department*" OR "emergency service*" OR "emergency care")*
CINAHL	*("Patient Safety" OR "patient harm" OR "safety culture") AND ("Adverse Events" OR "Medical Errors" OR "Medication Errors" OR "Diagnostic Errors") AND ("Emergency Department" OR "Emergency Services" OR "Emergency Care")*
LILACS	*("Segurança do Paciente" OR "Seguridad del Paciente" OR "Patient Safety") AND ("Eventos Adversos" OR "Eventos Adversos" OR "Adverse Events" OR "Erros Médicos" OR "Medical Errors") AND ("Serviços de Emergência" OR "Servicios de Urgencia" OR "Emergency Services" OR "serviço de emergência" OR "emergency department")*

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.
Nota: As estratégias foram adaptadas à sintaxe específica de cada base de dados. Foram empregados os operadores booleanos AND e OR, além de truncamentos (*) quando disponíveis, com o objetivo de ampliar a recuperação de estudos relacionados à segurança do paciente em ambientes de urgência e emergência.

3.2. Processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos

O processo de seleção foi realizado em duas etapas. Inicialmente, foram analisados os títulos e resumos dos registros recuperados nas bases de dados, considerando os critérios de elegibilidade previamente estabelecidos. Em seguida, os estudos potencialmente elegíveis foram submetidos à leitura do texto completo para confirmação da inclusão na revisão.

Foram identificados inicialmente 365 registros, sendo 120 provenientes da PubMed/MEDLINE, 95 da Scopus, 70 da Web of Science, 50 da CINAHL e 30 da LILACS. Antes da triagem, foram removidos 145 registros, dos quais 125 correspondiam a duplicatas e 20 foram excluídos por outros motivos de inelegibilidade identificados na etapa inicial.

Após as remoções, 220 registros permaneceram para a triagem por título e resumo. Nessa etapa, 205 registros foram excluídos. As razões para exclusão foram: incompatibilidade temática (n=105), contexto diferente dos serviços de urgência e emergência (n=45), publicação fora do período estabelecido (n=25), população ou contexto inadequado (n=20) e tipo de publicação incompatível com os critérios estabelecidos (n=10).

Após a triagem, 15 artigos foram encaminhados para avaliação de elegibilidade mediante leitura do texto completo. Não houve exclusões nessa etapa, uma vez que os 15 artigos atenderam aos critérios de elegibilidade. Assim, a amostra final foi composta por 15 estudos, publicados entre 2016 e 2025.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

O processo completo de identificação, remoção de duplicatas, triagem, avaliação de elegibilidade e inclusão dos estudos está apresentado na Figura 1, elaborada segundo o modelo de fluxo recomendado pelo PRISMA 2020. A utilização do fluxograma permite demonstrar de forma transparente o número de registros identificados, excluídos e incluídos e as respectivas razões de exclusão.

3.3. Avaliação da qualidade metodológica

Após a definição da amostra, os estudos incluídos foram submetidos à avaliação crítica da qualidade metodológica, mediante instrumentos do Joanna Briggs Institute (JBI), selecionados de acordo com o delineamento metodológico de cada estudo. A avaliação considerou aspectos relacionados à adequação do desenho de pesquisa, seleção e caracterização das fontes de dados, métodos de coleta e análise, identificação de possíveis vieses, apresentação dos resultados e coerência entre objetivos, métodos e conclusões.

Para as revisões sistemáticas, utilizou-se o JBI – Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses. Para os estudos observacionais, foram utilizados os instrumentos JBI correspondentes aos respectivos delineamentos metodológicos. Os estudos de natureza narrativa foram avaliados mediante o JBI – Checklist for Textual Evidence: Narrative. Nos estudos de consenso Delphi/eDelphi e nos delineamentos para os quais não foi identificado instrumento JBI específico, foram considerados os critérios metodológicos próprios do desenho, sem atribuição de classificação JBI não prevista pelo instrumento.

A avaliação crítica foi utilizada como etapa complementar à síntese dos achados, contribuindo para a interpretação da consistência das evidências e das limitações metodológicas dos estudos incluídos. Os resultados dessa avaliação foram considerados em conjunto com a análise descritiva e temática, sem substituí-la.

3.4. Extração e organização dos dados

A extração dos dados foi realizada mediante instrumento padronizado elaborado para esta revisão. Foram extraídas informações referentes ao autor e ano de publicação, país ou contexto do estudo, delineamento metodológico, objetivo, principais achados relacionados à segurança do paciente e avaliação metodológica dos estudos.

Os dados extraídos foram organizados em quadro sinóptico, permitindo a comparação dos estudos quanto às suas características metodológicas, objetivos, principais achados e qualidade metodológica. Essa organização subsidiou a identificação de convergências e diferenças entre os estudos incluídos e orientou a síntese dos principais achados da revisão.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

3.5. Análise e síntese dos dados

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva e temática, considerando a natureza heterogênea dos estudos incluídos. Inicialmente, os estudos foram caracterizados quanto ao ano de publicação, país ou contexto, delineamento metodológico e objeto de investigação. Posteriormente, os resultados foram comparados e agrupados segundo a convergência dos achados.

A síntese temática foi organizada em categorias relacionadas aos principais desafios e estratégias identificados na literatura: sobrecarga e complexidade dos serviços; falhas de comunicação e transferência de informações; erros de medicação; erros diagnósticos; cultura de segurança e trabalho em equipe; e estratégias de prevenção, notificação e gestão de riscos.

A interpretação dos resultados considerou a relação entre fatores humanos, clínicos, comunicacionais, tecnológicos e organizacionais envolvidos na ocorrência e prevenção de incidentes de segurança. Dessa forma, buscou-se compreender os incidentes não apenas como ocorrências isoladas, mas como fenômenos relacionados à interação entre diferentes componentes do sistema de cuidado.

A síntese foi apresentada de maneira narrativa e comparativa, sem realização de metanálise, em razão da heterogeneidade dos delineamentos, objetivos e desfechos dos estudos incluídos. Os resultados foram utilizados para identificar padrões recorrentes, principais vulnerabilidades e estratégias descritas para o fortalecimento da segurança do paciente em serviços de urgência e emergência.

Para complementar a discussão científica, foram consultados documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) relacionados às políticas, diretrizes e práticas de segurança do paciente. Esses documentos foram utilizados como referências normativas e conceituais e não compuseram a amostra dos 15 estudos científicos selecionados.

Por utilizar exclusivamente dados secundários provenientes de publicações científicas e documentos de acesso público, sem envolvimento direto de participantes ou utilização de dados pessoais identificáveis, o estudo não demandou submissão a Comitê de Ética em Pesquisa.

4. RESULTADOS

A busca foi realizada nas bases PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, CINAHL e LILACS, considerando estudos publicados entre janeiro de 2015 e dezembro de 2025, com coleta realizada em janeiro e fevereiro de 2026. O processo de identificação, triagem, avaliação de elegibilidade e inclusão dos estudos está apresentado na Figura 1.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

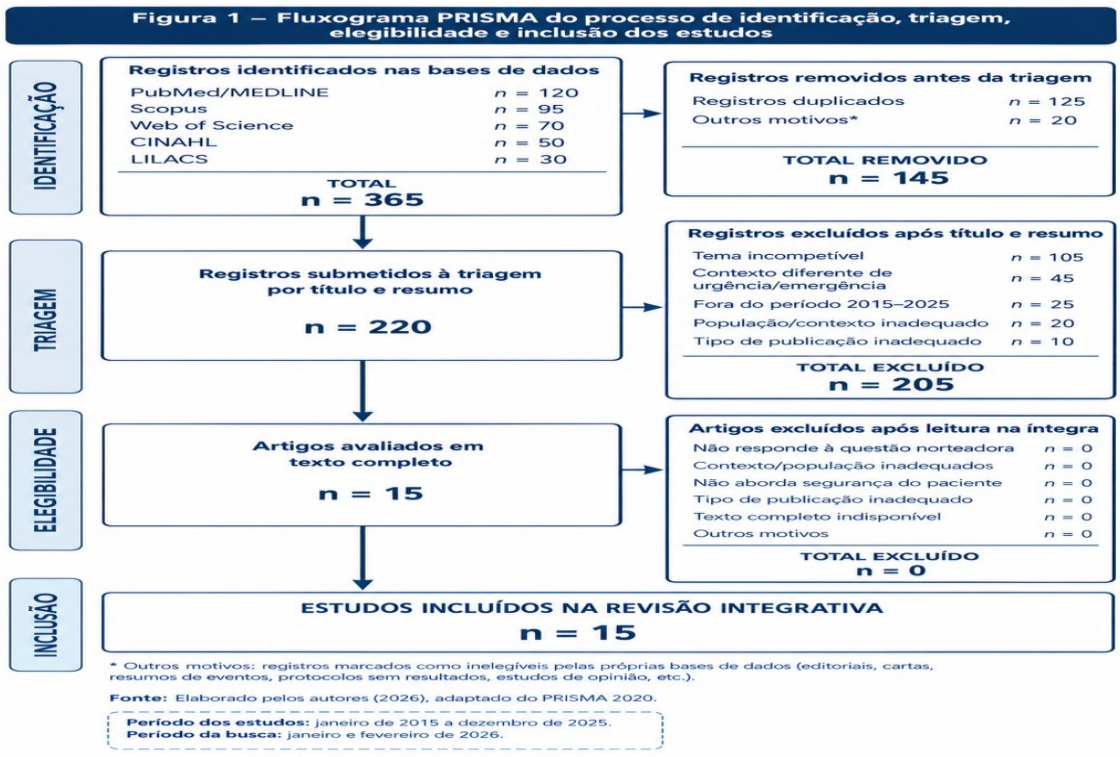
Foram identificados 365 registros, sendo 120 na PubMed/MEDLINE, 95 na Scopus, 70 na Web of Science, 50 na CINAHL e 30 na LILACS. Antes da triagem, foram removidos 145 registros, dos quais 125 correspondiam a duplicatas e 20 a outros motivos de remoção, conforme os critérios e recursos de identificação das próprias bases de dados.

Após as remoções, 220 registros foram submetidos à triagem por título e resumo. Nessa etapa, 205 registros foram excluídos, sendo 105 por incompatibilidade temática, 45 por contexto diferente dos serviços de urgência e emergência, 25 por publicação fora do período estabelecido, 20 por população ou contexto inadequado e 10 por tipo de publicação incompatível com os critérios definidos.

Na etapa de elegibilidade, 15 artigos foram avaliados mediante leitura do texto completo. Não houve exclusões nessa etapa, uma vez que todos os 15 estudos atenderam aos critérios de elegibilidade estabelecidos.

Assim, 15 estudos foram incluídos na revisão integrativa, correspondendo aos trabalhos publicados entre 2016 e 2025, conforme apresentado no Quadro 3. Os estudos contemplaram diferentes delineamentos metodológicos e abordaram distintas dimensões da segurança do paciente em serviços de urgência e emergência.

Figura 1 – Fluxograma PRISMA do processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos



Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

Quadro 3. Caracterização dos estudos selecionados e instrumento de avaliação metodológica JBI

Autor(es)	Ano	País/contexto	Método	Objetivo	Principais achados	Avaliação metodológica – JBI
Ramlakhan *et al.*	2016	Reino Unido	Revisão narrativa	Analisar a segurança da medicina de emergência e os fatores associados aos riscos assistenciais.	A segurança na emergência é influenciada pela complexidade do ambiente, processos de trabalho, comunicação, fluxo assistencial e fatores humanos.	JBI – Checklist for Textual Evidence: Narrative.
Okafor *et al.*	2016	Estados Unidos	Estudo observacional baseado em notificações	Analisar erros diagnósticos relatados voluntariamente por médicos de emergência.	Foram identificados 214 erros diagnósticos em 209 incidentes; predominaram fatores cognitivos, sistêmicos e relacionados ao paciente. Sobrecarga e processos ineficientes foram importantes fatores sistêmicos.	Sem checklist JBI. Avaliação metodológica descritiva.
Medford-Davis *et al.*	2016	Estados Unidos	Estudo retrospectivo de revisão de prontuários	Avaliar erros diagnósticos em pacientes com dor abdominal aguda na emergência.	Foram identificados erros diagnósticos em 35 de 100 casos analisados, principalmente relacionados à anamnese, solicitação de exames e acompanhamento de resultados anormais.	JBI – Checklist for Case Series.
Aaronson *et al.*	2019	Estados Unidos	Estudo de métodos mistos/análise temática de notificações	Analisar incidentes de segurança registrados em um departamento de emergência.	Entre 750 notificações, os principais temas foram atrasos (18,4%), segurança medicamentosa (18,1%) e falhas de comunicação (14,7%).	JBI – avaliação dos componentes metodológicos conforme os delineamentos quantitativo e

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

						qualitativo descritos no estudo.
Amaniyan *et al.*	2020	Internacional	Revisão sistemática	Identificar fatores associados aos incidentes de segurança em departamentos de emergência e possibilidades de aprendizagem.	Identificou múltiplos fatores contribuintes e destacou a notificação de incidentes como instrumento para reconhecer riscos e melhorar a segurança.	JBI – Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses.
Alsabri *et al.*	2022	Internacional	Revisão sistemática	Avaliar intervenções de treinamento em comunicação e trabalho em equipe na segurança dos departamentos de emergência.	Foram incluídos 16 estudos. Intervenções como TeamSTEPPS e treinamento de gerenciamento de recursos de crise apresentaram efeitos positivos sobre cultura de segurança e trabalho em equipe.	JBI – Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses.
Diz; Bernardes Lucas	2022	Portugal	Revisão sistemática	Analisar evidências sobre a percepção dos enfermeiros acerca da segurança do paciente em serviços de urgência.	Ambiente de trabalho, trabalho em equipe e liderança foram apontados como fatores importantes para a segurança.	JBI – Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses.
Newman-Toker *et al.*	2022	Estados Unidos/internacional	Revisão sistemática de evidências	Avaliar frequência, tipos, danos e fatores associados aos erros diagnósticos na emergência.	Foram identificadas 19.127 citações únicas e 279 estudos incluídos. Estimou-se que aproximadamente 5,7% dos pacientes de emergência recebem diagnóstico incorreto.	JBI – Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Nguyen *et al*.	2024	Internacional	Revisão sistemática e metanálise	Estimar prevalência e gravidade dos erros de medicação em departamentos de emergência.	Foram incluídos 24 estudos. A prevalência agrupada de erros de medicação foi de 22,6% e a proporção estimada de pacientes afetados foi de 36,3%.	JBI – Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses.
Halinen *et al*.	2024	Finlândia	Estudo de métodos mistos	Identificar causas dos incidentes de segurança em um departamento de emergência e propor objetivos de aprendizagem.	Foram analisados 340 incidentes. Quarenta por cento estavam relacionados ao fluxo de informações ou gestão. Foram identificados problemas de recursos humanos, transferência de informações, medicamentos, identificação e colaboração interprofissional.	JBI – avaliação dos componentes metodológicos conforme os delineamentos quantitativo e qualitativo descritos no estudo.
Manojlovich *et al.*	2024	Estados Unidos	eDelphi	Aperfeiçoar modelo de comunicação durante o processo diagnóstico na emergência.	Painel de 18 participantes identificou pontos críticos de comunicação e priorizou troca de informações e construção de entendimento compartilhado.	Sem checklist JBI específico para eDelphi. Avaliação metodológica descritiva do consenso.
Rovati *et al*.	2025	Internacional	Delphi modificado	Desenvolver um checklist de segurança aplicável a diferentes departamentos de emergência.	Painel internacional e multiprofissional desenvolveu um checklist abrangente para apoiar processos críticos e reduzir riscos assistenciais.	Sem checklist JBI específico para Delphi modificado. Avaliação metodológica descritiva do consenso.
Vaghani *et al.*	2025	Estados Unidos	Estudo retrospectivo de revisão de prontuários com	Avaliar gatilhos eletrônicos para identificar oportunidades perdidas	Os gatilhos eletrônicos foram utilizados para detectar oportunidades perdidas de diagnóstico em atendimentos de	JBI – Checklist for Cohort Studies.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

			gatilhos eletrônicos	de diagnóstico em departamentos de emergência.	emergência, identificando principalmente falhas nos processos de avaliação clínica.	
Kim; Woo	2025	Internacional	Revisão de escopo	Mapear a percepção dos profissionais de saúde sobre cultura de segurança nos departamentos de emergência.	A revisão mapeou a cultura de segurança sob perspectiva multiprofissional, destacando trabalho em equipe, comunicação e notificação de incidentes como dimensões relevantes.	Sem checklist JBI específico para revisão de escopo. Avaliação metodológica descritiva.
Davies *et al.*	2025	Austrália	Estudo transversal	Avaliar cultura de segurança entre profissionais de uma divisão de medicina de emergência.	Entre 272 respostas válidas, trabalho em equipe, abertura da comunicação e apoio da supervisão apresentaram melhores avaliações; gestão institucional, handovers e resposta aos erros apresentaram fragilidades.	JBI – Checklist for Analytical Cross-sectional Studies.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026, com base nos estudos incluídos e nos instrumentos de avaliação crítica do Joanna Briggs Institute (JBI).

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

5. DISCUSSÃO

Os achados apontam como principais desafios os erros diagnósticos e de medicação, as falhas de comunicação e transferência de informações, a sobrecarga e complexidade dos serviços e as fragilidades relacionadas à organização do trabalho e à cultura de segurança. Ramlakhan *et al.* (2016) destacaram a complexidade do ambiente de emergência e a interação entre processos de trabalho, fatores humanos e comunicação, enquanto Amaniyan *et al.* (2020) ressaltaram a importância da análise dos incidentes para identificação de riscos e aprendizagem organizacional. Halinen *et al.* (2024) também evidenciaram a participação de fatores relacionados ao fluxo de informações, gestão, recursos humanos e colaboração interprofissional na ocorrência dos incidentes.

Essa perspectiva reforça que os riscos à segurança do paciente nos serviços de emergência não podem ser compreendidos de maneira isolada, uma vez que resultam da interação entre características do ambiente assistencial, processos de trabalho, condições organizacionais e atuação das equipes.

5.1. Erros diagnósticos e de medicação

Os erros diagnósticos constituíram um dos principais desafios identificados nos estudos. Okafor *et al*. (2016) evidenciaram a participação de fatores cognitivos, sistêmicos e relacionados ao paciente nos incidentes diagnósticos notificados, enquanto Medford-Davis *et al.* (2016) identificaram falhas relacionadas à obtenção da história clínica, à solicitação de exames e ao acompanhamento de resultados anormais. Esses achados reforçam que os erros diagnósticos não estão restritos à decisão clínica individual, estando também relacionados à organização dos processos assistenciais e à disponibilidade e integração das informações.

Newman-Toker *et al.* (2022) demonstraram a relevância dos erros diagnósticos no contexto da emergência, evidenciando sua ocorrência e potencial impacto sobre a segurança dos pacientes. Nesse sentido, Vaghani *et al.* (2025) apontaram o potencial dos gatilhos eletrônicos para identificar oportunidades perdidas de diagnóstico, indicando que ferramentas tecnológicas podem contribuir para a detecção de situações de risco.

A segurança medicamentosa também se destacou entre os problemas identificados. Aaronson *et al*. (2019) apontaram os incidentes relacionados a medicamentos entre os principais eventos registrados em um departamento de emergência, enquanto Nguyen *et al*. (2024) evidenciaram a magnitude dos erros de medicação nesse contexto. Esses resultados indicam a

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

necessidade de estratégias que articulem processos assistenciais seguros, comunicação adequada e mecanismos sistemáticos de identificação e prevenção de erros.

5.2. Comunicação, trabalho em equipe e cultura de segurança

As falhas de comunicação constituíram um fator transversal aos estudos analisados, particularmente por sua relação com a continuidade do cuidado, a tomada de decisão e a segurança dos pacientes. Aaronson *et al.* (2019) identificaram falhas de comunicação entre os incidentes de segurança notificados, enquanto Manojlovich *et al*. (2024) identificaram pontos críticos na troca de informações durante o processo diagnóstico e destacaram a importância da construção de um entendimento compartilhado entre os profissionais.

Os achados de Alsabri *et al*. (2022) reforçam essa perspectiva ao demonstrarem resultados positivos de intervenções voltadas à comunicação e ao trabalho em equipe. De forma complementar, Kim e Woo (2025) identificaram o trabalho em equipe, a comunicação e a notificação de incidentes como dimensões relevantes da cultura de segurança. Davies *et al.* (2025) também evidenciaram a importância do trabalho em equipe, da abertura da comunicação e do apoio da supervisão, ao mesmo tempo em que apontaram fragilidades relacionadas à gestão institucional, aos handovers e à resposta aos erros.

Esses resultados sugerem que a segurança em ambientes de urgência e emergência depende não apenas de competências individuais, mas também da capacidade da organização de favorecer comunicação estruturada, colaboração interprofissional, compartilhamento de informações e identificação dos riscos.

Além disso, a sobrecarga assistencial e a complexidade dos serviços podem ampliar essas vulnerabilidades, especialmente quando associadas a múltiplas demandas simultâneas, necessidade de respostas rápidas e transferência frequente de informações entre profissionais e setores.

5.3. Estratégias de prevenção e aprendizagem organizacional

Os estudos apontaram diferentes estratégias para prevenção e redução dos riscos assistenciais, incluindo treinamento, protocolos, checklists, sistemas de notificação, intervenções voltadas ao trabalho em equipe e tecnologias de apoio. Rovati *et al.* (2025) desenvolveram um checklist direcionado a departamentos de emergência, buscando apoiar a identificação e o gerenciamento de processos críticos. Alsabri *et al*. (2022), por sua vez, evidenciaram resultados positivos de estratégias de treinamento em comunicação e trabalho em equipe.

A notificação e análise de incidentes também se mostraram relevantes para a aprendizagem organizacional. Amaniyan *et al*. (2020) destacaram a utilização dos incidentes

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

como fonte de identificação de fatores contribuintes e oportunidades de melhoria, enquanto os achados de Aaronson *et al*. (2019) demonstraram como os registros de incidentes podem revelar padrões relacionados a atrasos, segurança medicamentosa e comunicação.

Nesse contexto, a prevenção dos eventos adversos requer estratégias integradas aos processos cotidianos de trabalho. A utilização isolada de protocolos, checklists ou treinamentos pode ser insuficiente quando não está acompanhada de condições organizacionais favoráveis à comunicação, ao trabalho em equipe, à notificação de incidentes e à aprendizagem contínua.

A tecnologia também pode atuar como recurso complementar à segurança. Vaghani *et al*. (2025) demonstraram o potencial dos gatilhos eletrônicos para identificar oportunidades perdidas de diagnóstico. Entretanto, os achados da revisão indicam que recursos tecnológicos devem estar articulados aos processos assistenciais e à atuação dos profissionais, não substituindo a avaliação clínica, a comunicação e a tomada de decisão compartilhada.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão integrativa permitiu reunir e analisar evidências sobre a segurança do paciente em serviços de urgência e emergência, evidenciando a interação entre fatores clínicos, humanos, comunicacionais e organizacionais na ocorrência e prevenção de incidentes. Os 15 estudos incluídos identificaram como principais desafios os erros diagnósticos e de medicação, as falhas de comunicação e transferência de informações, a sobrecarga dos serviços e as fragilidades relacionadas aos processos de trabalho e à organização do cuidado.

Os achados reforçam que a segurança do paciente nesse contexto requer uma abordagem sistêmica e multiprofissional, que considere não apenas a atuação individual dos profissionais, mas também a interação entre equipes, processos de trabalho, recursos disponíveis e condições organizacionais. Nesse sentido, comunicação estruturada, trabalho em equipe, treinamento, protocolos, checklists e sistemas de notificação constituem estratégias complementares para identificação de riscos, prevenção de incidentes e fortalecimento da cultura de segurança.

As tecnologias de apoio também demonstraram potencial para contribuir com a identificação de situações de risco, especialmente relacionadas ao processo diagnóstico. Entretanto, os achados indicam que esses recursos devem atuar como ferramentas complementares, articuladas à avaliação clínica, à comunicação interprofissional e à tomada de decisão, não substituindo a atuação dos profissionais.

Como contribuição, esta revisão sistematiza diferentes vulnerabilidades e estratégias relacionadas à segurança do paciente em serviços de urgência e emergência, oferecendo

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

subsídios para profissionais de saúde, gestores, educadores e instituições na reflexão e no planejamento de ações voltadas à prevenção de incidentes e à melhoria da qualidade assistencial.

Entre as limitações, destaca-se a heterogeneidade dos delineamentos metodológicos, objetivos e contextos dos estudos incluídos, o que limita comparações diretas entre os achados. A predominância de estudos internacionais também deve ser considerada na interpretação dos resultados, uma vez que as características dos serviços, dos processos de trabalho e dos sistemas de saúde podem diferir da realidade brasileira.

Recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas que investiguem a implementação e a aplicabilidade de estratégias de segurança em diferentes cenários de urgência e emergência, especialmente no contexto brasileiro. Também são necessários estudos que avaliem estratégias educativas, comunicacionais e tecnológicas voltadas ao fortalecimento do trabalho interprofissional, da tomada de decisão e da cultura de segurança.

REFERÊNCIAS

AARONSON, E. L. *et al*. Incident reporting in emergency medicine: a thematic analysis of events. Journal of Patient Safety, Philadelphia, v. 15, n. 4, p. e60-e63, 2019.

ALSABRI, M. *et al*. Impact of teamwork and communication training interventions on safety culture and patient safety in emergency departments: a systematic review. Journal of Patient Safety, Philadelphia, v. 18, n. 1, p. e351-e361, 2022.

AMANIYAN, S. *et al*. Learning from patient safety incidents in the emergency department: a systematic review. Journal of Emergency Medicine, Philadelphia, v. 58, n. 2, p. 234-244, 2020.

DAVIES, N. *et al*. A cross-sectional survey of patient safety culture in an emergency medicine division. Contemporary Nurse, v. 61, n. 5, p. 432-441, 2025.

DIZ, A. B. M.; BERNARDES LUCAS, P. R. M. Hospital patient safety at the emergency department: a systematic review. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1803-1812, 2022.

HALINEN, M. et al. Root causes behind patient safety incidents in the emergency department and suggestions for improving patient safety: an analysis in a Finnish teaching hospital. BMC Emergency Medicine, London, v. 24, 2024.

KIM, M. J.; WOO, M. W. J. Healthcare workers' perceptions of patient safety culture in emergency departments: a scoping review. BMJ Open, London, v. 15, 2025.

MANOJLOVICH, M. *et al.* Refining a framework to enhance communication in the emergency department during the diagnostic process: an eDelphi approach. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, Oakbrook Terrace, v. 50, n. 5, p. 348-356, 2024.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

MEDFORD-DAVIS, L. *et al.* Diagnostic errors related to acute abdominal pain in the emergency department. Emergency Medicine Journal, London, v. 33, n. 4, p. 253-259, 2016.

NEWMAN-TOKER, D. E. *et al*. Diagnostic errors in the emergency department: a systematic review. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2022. (Comparative Effectiveness Review, n. 258).

NGUYEN, P. T. L. *et al*. Medication errors in emergency departments: a systematic review and meta-analysis of prevalence and severity. International Journal of Clinical Pharmacy, Cham, v. 46, 2024.

OKAFOR, N. *et al.* Using voluntary reports from physicians to learn from diagnostic errors in emergency medicine. Emergency Medicine Journal, London, v. 33, n. 4, p. 245-252, 2016.

RAMLAKHAN, S. *et al*. The safety of emergency medicine. Emergency Medicine Journal, London, v. 33, n. 4, p. 293-299, 2016.

ROVATI, L. *et al.* Development of an Emergency Department Safety Checklist through a global consensus process. Internal and Emergency Medicine, Cham, v. 20, p. 1203-1213, 2025.

VAGHANI, V. *et al.* Implementation of electronic triggers to identify diagnostic errors in emergency departments. JAMA Internal Medicine, Chicago, v. 185, n. 2, p. 14

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.