

CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO – UNIBRA
CURSO DE GRADUAÇÃO ENFERMAGEM

ANDRIELLE HENRIQUE DE SANTANA BARROS
MAYARA PEDROZA DA CONCEIÇÃO
MAYCON BATISTA DA SILVA

SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA

RECIFE/2025

ANDRIELLE HENRIQUE DE SANTANA BARROS
MAYARA PEDROZA DA CONCEIÇÃO
MAYCON BATISTA DA SILVA

**SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA:
ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DE ERROS EM PROCEDIMENTOS E
MELHORIA NA ASSISTÊNCIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Disciplina TCC do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA, como parte dos requisitos para conclusão do curso.

Orientador(a): Prof. Dr. Ítalo José Batista Durval

ANDRIELLE HENRIQUE DE SANTANA BARROS

MAYARA PEDROZA DA CONCEIÇÃO

MAYCON BATISTA DA SILVA

**SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA:
ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DE ERROS EM PROCEDIMENTOS E
MELHORIA NA ASSISTÊNCIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Disciplina TCC do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA, como parte dos requisitos para conclusão do curso.

Examinadores:

Prof. Dr. Ítalo José Batista Durval – Mestre (UFPE) e Doutor em Biotecnologia Industrial
(Renorbio/UFRPE)

Examinador 1 – Titulação

Examinador 2 - Titulação

Nota: _____

Data: ____/____/____

AGRADECIMENTOS

Ao longo desses anos de graduação, vivenciamos momentos que transcenderam as palavras. A jornada do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) começou ainda no primeiro período, em meio a desafios inesperados, que testou nossa resiliência e união. Em uma simples aula de laboratório, nasceu não apenas um grupo de trabalho, mas uma equipe unida por sonhos, expectativas e, acima de tudo, pelo desejo de superar juntos as incertezas que a vida acadêmica e pessoal nos impuseram.

Agradecemos, em primeiro lugar, a cada membro deste grupo, por transformar os desafios em oportunidades de crescimento, por compartilhar motivação nos momentos de dúvida e por tornar essa trajetória mais leve e significativa. Aos nossos orientadores, em especial ao Prof. Dr. Ítalo José Batista Durval, pela dedicação, sabedoria e orientação que nos guiaram não apenas academicamente, mas também profissionalmente e pessoalmente.

Nossa gratidão se estende à Coordenadora do Curso, representada pela Dra. Wanuska M. Portugal, pelo apoio incondicional e pela disponibilidade em nos auxiliar em todos os momentos necessários. Aos professores que nos inspiraram e compartilharam conhecimentos que vão além das salas de aula, nosso profundo reconhecimento.

Não poderíamos deixar de agradecer às nossas famílias, pilares fundamentais dessa conquista, que nos deram amor, paciência e incentivo em cada etapa dessa caminhada. Vocês foram nossa base e motivação para seguir em frente. Por fim, agradecemos a Deus, por nos conceder força, saúde e oportunidades para alcançarmos mais uma etapa de nossas vidas. Que essa realização seja apenas o início de uma trajetória repleta de conquistas, luz e sucesso para todos nós.

EPÍGRAFE

"Cuidar é mais do que um ato; é uma filosofia de vida. O enfermeiro é aquele que entrelaça conhecimento e humanidade, transformando o sofrimento em dignidade e a dor em alívio."
– Virginia Henderson, 1955.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A segurança do paciente é fundamental para a assistência em saúde. As unidades de emergência são consideradas um dos ambientes mais desafiadores para a prática clínica. Alguns dos problemas mais comuns relatados nesse contexto são erros de medicações, diagnósticos equivocados, falhas na comunicação. Portanto, a busca por estratégias que possam reduzir os riscos, prevenir erros e garantir uma assistência humanizada utilizando técnicas e ética profissional torna-se uma prioridade inegociável. **OBJETIVO:** Discutir as principais estratégias para a redução de erros em procedimentos e a melhoria da assistência em unidades de emergência, com foco na segurança do paciente. **METODOLOGIA:** A pesquisa bibliográfica, com o objetivo de explorar e reunir e analisar artigos científicos assim revisando literaturas científicas e utilizando o Método PRISMA e documentos oficiais. A busca foi realizada nas seguintes bases de dados: PubMed, Biblioteca virtual em Saúde (BVS), Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e LILACS, utilizando os descritores de saúde (DeCS) em português ou inglês “Segurança do Paciente”, “Medidas de segurança”, “serviço hospitalar de emergência” “ , ocorreu o cruzamento com os operadores booleano “AND” e “OR”, resultando em um vasto número de artigos, totalizando 4.710 publicações. **RESULTADOS:** Dentre os 22 artigos selecionados, os estudos identificaram que os principais riscos em unidades de emergência envolvem erros de medicação, falhas de comunicação e sobrecarga de trabalho. Estratégias eficazes incluem protocolos clínicos, uso de checklists, comunicação estruturada e capacitação contínua. **DISCUSSÃO:** A literatura evidencia que a segurança do paciente depende de múltiplos fatores interligados — cultura organizacional, liderança, capacitação profissional e humanização do cuidado. A cultura de segurança sem caráter punitivo, o trabalho em equipe e o protagonismo do paciente são determinantes para reduzir eventos adversos e melhorar a qualidade assistencial. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a integração entre protocolos, tecnologias e humanização é essencial para reduzir erros e aprimorar a qualidade da assistência em unidades de emergência.

Palavras-Chaves: Segurança do Paciente, Unidade de emergência, Melhoria na Assistência.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Patient safety is essential to health care. Emergency units are considered one of the most challenging environments for clinical practice. Some of the most common problems reported in this context are medication errors, misdiagnoses, and communication failures. Therefore, the search for strategies that can reduce risks, prevent errors, and ensure humanized care using professional techniques and ethics becomes a non-negotiable priority. **OBJECTIVE:** To discuss the main strategies for reducing errors in procedures and improving care in emergency units, with a focus on patient safety. **METHODOLOGY:** The bibliographic research aimed to explore, gather, and analyze scientific articles, thus reviewing scientific literature and using the PRISMA Method and official documents. The search was conducted in the following databases: PubMed, Virtual Health Library (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), and LILACS, using the health descriptors (DeCS) in Portuguese or English: "Patient Safety," "Safety Measures," "Emergency Hospital Service," ". Cross-referencing was performed using the Boolean operators "AND" and "OR," resulting in a large number of articles, totaling 4,710 publications. **RESULTS:** Among the 22 articles selected, the studies identified that the main risks in emergency units involve medication errors, communication failures, and work overload. Effective strategies include clinical protocols, the use of checklists, structured communication, and ongoing training. **DISCUSSION:** The literature shows that patient safety depends on multiple interconnected factors—organizational culture, leadership, professional training, and humanization of care. A non-punitive safety culture, teamwork, and patient empowerment are crucial for reducing adverse events and improving the quality of care. **CONCLUSION:** It is concluded that the integration of protocols, technologies, and humanization is essential to reduce errors and improve the quality of care in emergency units.

Keywords: Patient Safety, Emergency Unit, Improvement in Care.

SUMÁRIO

1. Introdução 8

2. Metodologia 9

2.1 Tabelas 10

3. Resultados e Discussões 11

4. Conclusão 15

5. Referências 16

1. Introdução

A segurança do paciente é um dos pilares fundamentais da assistência em saúde, ganhando especial relevância em ambientes de alta complexidade, como as unidades de emergência. Esses locais são caracterizados por um fluxo intenso de pacientes, situações críticas que exigem decisões rápidas e uma dinâmica de trabalho que muitas vezes coloca os profissionais sob pressão constante. Nesse contexto, a ocorrência de erros pode ter consequências graves, desde danos físicos e emocionais aos pacientes até impactos significativos na qualidade do serviço prestado e na confiança da população no sistema de saúde. Portanto, a busca por estratégias que minimizem riscos e promovam a segurança do paciente torna-se uma prioridade inegociável ^(1, 2).

As unidades de emergência são consideradas um dos ambientes mais desafiadores para a prática clínica. A natureza imprevisível dos casos, a necessidade de intervenções imediatas e a alta demanda por atendimento criam um cenário propício para falhas humanas e sistêmicas. Erros de medicação, diagnósticos equivocados, falhas na comunicação entre a equipe e infecções relacionadas à assistência são alguns dos problemas mais comuns relatados nesses contextos. Esses incidentes não apenas comprometem a segurança do paciente, mas também geram custos adicionais para as instituições de saúde e podem levar a desfechos clínicos desfavoráveis, incluindo óbitos evitáveis ^(3, 4).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define segurança do paciente como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de danos desnecessários associados ao cuidado em saúde. Essa definição ressalta a importância de uma abordagem proativa, que identifique e corrija falhas antes que elas resultem em danos aos pacientes. Para tanto, é essencial que as instituições de saúde adotem uma cultura organizacional voltada para a segurança, na qual os profissionais se sintam encorajados a relatar erros e near misses (quase erros) sem medo de punições. Além disso, a implementação de protocolos baseados em evidências e a capacitação contínua da equipe são medidas fundamentais para a prevenção de incidentes ^(5, 6).

A comunicação efetiva entre os membros da equipe multiprofissional é outro fator crítico para a segurança do paciente. Estudos mostram que falhas na comunicação estão entre as principais causas de erros em unidades de emergência. A adoção de ferramentas como o SBAR (Situação, Background, Avaliação, Recomendação) e a realização de briefings e debriefings antes e após procedimentos de alta complexidade são estratégias que têm demonstrado resultados positivos na redução de falhas e na melhoria da coordenação do cuidado ^(7, 8).

Outro aspecto relevante é o uso de tecnologias para aumentar a segurança do paciente. Sistemas de prescrição eletrônica, por exemplo, reduzem significativamente os erros de medicação ao eliminar a necessidade de transcrição manual e ao incluir alertas para interações medicamentosas e dosagens inadequadas. Da mesma forma, checklists têm se mostrado eficazes na prevenção de erros em procedimentos cirúrgicos e na garantia de que todos os passos necessários sejam seguidos durante o atendimento emergencial ^(9, 10).

A liderança também desempenha um papel crucial na promoção da segurança do paciente. Líderes que priorizam a segurança, investem em treinamentos e criam um ambiente de trabalho colaborativo e sem culpa contribuem para a construção de uma cultura organizacional que valoriza a qualidade do cuidado. Além disso, a participação ativa dos pacientes e seus familiares no processo de cuidado pode ser uma ferramenta poderosa para a identificação precoce de falhas e a melhoria contínua dos serviços ^(11, 12).

A segurança do paciente em unidades de emergência não se limita apenas à prevenção de erros, mas também envolve a garantia de que o cuidado prestado seja eficaz, oportuno e centrado nas necessidades do paciente. Nesse sentido, a humanização do atendimento emerge como um componente essencial, especialmente em um ambiente onde o estresse e a ansiedade são frequentemente exacerbados. A capacidade de oferecer um cuidado compassivo, que respeite a dignidade e os direitos dos pacientes, é tão importante quanto a precisão técnica dos procedimentos realizados. Estudos têm demonstrado que a humanização do cuidado não apenas melhora a satisfação do paciente, mas também contribui para melhores desfechos clínicos, reforçando a importância de integrar essa abordagem às práticas de segurança ^(13, 14).

Além disso, a gestão de riscos em unidades de emergência requer uma abordagem sistêmica, que considere tanto os fatores humanos quanto os organizacionais. A análise de eventos adversos e near misses (quase erros) é uma ferramenta valiosa para identificar pontos fracos nos processos de trabalho e implementar melhorias. A utilização de metodologias como a análise de causa raiz (ACR) permite que as instituições compreendam as

causas subjacentes dos erros e desenvolvam planos de ação para prevenir sua recorrência. Essa abordagem proativa é fundamental para criar um ambiente de trabalho mais seguro e confiável ^(15, 16).

Outro desafio significativo nas unidades de emergência é a gestão do tempo e dos recursos. A alta demanda por atendimento, muitas vezes associada à escassez de profissionais e equipamentos, pode levar à sobrecarga de trabalho e ao comprometimento da qualidade do cuidado. Nesse contexto, a otimização dos fluxos de trabalho e a priorização de casos com base na gravidade são estratégias essenciais para garantir que os pacientes recebam o atendimento adequado no momento certo. A implementação de sistemas de triagem eficazes, como o Protocolo de Manchester, tem se mostrado eficiente na organização do fluxo de pacientes e na redução do tempo de espera, contribuindo para a melhoria da segurança e da satisfação dos usuários ^(17, 18).

A educação e a capacitação contínua dos profissionais de saúde também desempenham um papel crucial na promoção da segurança do paciente. A complexidade dos casos atendidos em unidades de emergência exige que os profissionais estejam constantemente atualizados sobre as melhores práticas e as inovações tecnológicas. Programas de treinamento que simulam situações reais, como os treinamentos baseados em simulação, têm se mostrado eficazes no desenvolvimento de habilidades técnicas e não técnicas, como comunicação, trabalho em equipe e tomada de decisão sob pressão. Essas competências são fundamentais para a prevenção de erros e a garantia de um cuidado de alta qualidade ^(19, 20).

Entretanto, é importante destacar o papel da tecnologia como aliada na promoção da segurança do paciente. Além dos sistemas de prescrição eletrônica e checklists, outras inovações, como a inteligência artificial e a análise de dados em tempo real, têm o potencial de transformar a prática clínica em unidades de emergência. Essas ferramentas podem auxiliar na identificação precoce de complicações, na predição de desfechos clínicos e na personalização do cuidado, contribuindo para a redução de erros e a melhoria da eficiência do atendimento ^(21, 22).

Em síntese, a segurança do paciente em unidades de emergência é um desafio multifacetado que requer a integração de diversas estratégias, desde a implementação de protocolos baseados em evidências até a adoção de tecnologias inovadoras e a promoção de uma cultura organizacional voltada para a segurança. Este trabalho busca explorar essas estratégias de forma detalhada, oferecendo insights e recomendações que possam contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado em um dos ambientes mais críticos e desafiadores da saúde.

Este trabalho tem como objetivo discutir as principais estratégias para a redução de erros em procedimentos e a melhoria da assistência em unidades de emergência, com foco na segurança do paciente. Serão abordados temas como a importância da comunicação efetiva, a implementação de protocolos de segurança, o papel da liderança na promoção de uma cultura de segurança e o impacto das tecnologias no cuidado emergencial. A partir de uma revisão bibliográfica atualizada, busca-se contribuir para o debate sobre práticas que possam garantir um atendimento mais seguro e eficaz, beneficiando tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde.

2. Metodologia

A metodologia adotada neste estudo foi a pesquisa bibliográfica, com abordagem qualitativa, com o objetivo de explorar, reunir e analisar produções científicas relacionadas com a segurança do paciente em unidades emergenciais. Foi realizada uma pesquisa aprofundada revisando literaturas científicas e de documentos oficiais de organismos internacionais de saúde como a Organização mundial de saúde (OMS) e a organização Pan-Americana da saúde (OPAS). Essa pesquisa teve como referência a seguinte questão norteadora: Estratégias que podem ser implementadas para reduzir erros em procedimentos e melhorar a assistência ao paciente em unidades de emergência?

A busca foi realizada nas seguintes bases de dados: PubMed, Biblioteca virtual em Saúde (BVS), Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e LILACS, utilizando os descritores de saúde (DeCS) em português ou inglês “Segurança do Paciente”, “Medidas de segurança”, “serviço hospitalar de emergência” “, ocorreu o cruzamento com os operadores booleano “AND” e “OR”, como descrito na tabela 1. Resultando em um vasto número de artigos, totalizando 4.710 publicações.

Os critérios de inclusão utilizados foram artigos dos últimos 5 anos (2020-2025), em texto completo, gratuito, em idiomas como inglês e português, com relevância e abordagem clara do tema. Os critérios de exclusão foram artigos duplicados, indisponíveis na íntegra e irrelevantes ao tema. Após a aplicação dos critérios, foram selecionados 22 artigos para compor a amostra final deste artigo. A figura 1 descreve o processo de seleção dos artigos conforme as recomendações do método PRISMA 2020.

O método PICOT [P – população; I – Intervenção e C – Comparação; O – Desfecho e T – tipo de estudo], sendo estruturado da seguinte forma : P- referindo -se a pacientes atendidos, I- Estratégias e procedimento de segurança do paciente, C- comparação entre unidades de emergência com e sem estratégias de segurança, O- Redução de erros e melhoria na assistência ao paciente, T- Revisões Sistemáticas, Estudos originais, ensaios clínicos e randomizados, de acordo com a tabela 2.

2.1 Tabelas

Tabela 1 - Estratégias de busca

Table 1 - Search strategies

Bases de dados	Estratégias de Busca
PubMed	“Patient Safety” or “ Safety Measures “, “Emergency Hospital Service” and “ Nurse”
SciELO	“Serviço hospitalar de emergência” and “Medidas de segurança” or “ segurança do paciente “
LILACS	“ Medidas de segurança” or “segurança do paciente” and “Serviço hospitalar de emergência “
BVS	“ Medidas de segurança” or “segurança do paciente” and “Serviço hospitalar de emergência “

Fonte: Autores (2025)

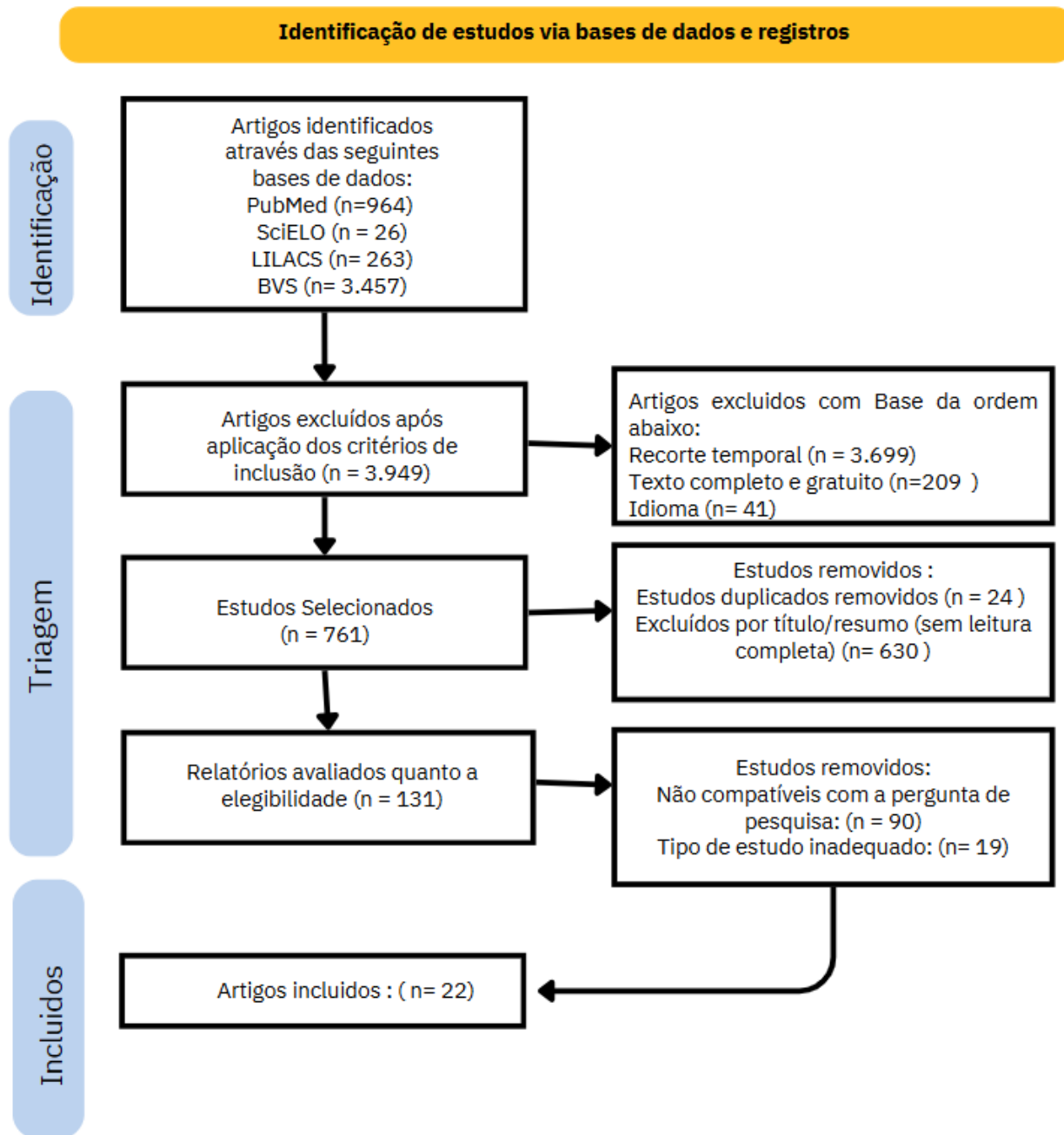
Tabela 2 - Método PICOT

Table 2 - PICOT Method

PACIENTE (P)	Paciente atendidos nas unidades de emergência
INTERVENÇÃO (I)	Estratégias e procedimentos de segurança do paciente
COMPARAÇÃO (C)	comparação entre unidades de emergência com e sem estratégias de segurança
DESECHO (O)	Redução de erros e melhoria na assistência ao paciente
TIPO DE ESTUDO (T)	Revisões Sistemáticas, Estudos originais, ensaios clínicos

Fonte: Método PICOT

Tabela 3 - Método Prisma
Table 3 - Prisma Method



Fonte: Método Prisma (2020)

3. Resultados e Discussões

A análise da literatura selecionada evidenciou que a segurança do paciente em unidades de emergência permanece como um dos maiores desafios para a prática da enfermagem, considerando a complexidade do ambiente, a alta demanda de atendimentos e a necessidade de decisões rápidas. Dos 4.710 artigos inicialmente encontrados, 22 atenderam aos critérios de inclusão e demonstraram convergência em relação às estratégias mais eficazes para a redução de erros e a melhoria da assistência.

Os resultados dos 22 artigos incluídos na revisão foram organizados em tabelas, de modo a evidenciar os principais achados sobre estratégias de segurança do paciente em unidades de emergência.

As tabelas apresentadas sintetizam os principais achados da literatura selecionada, destacando tanto os resultados individuais de cada estudo quanto a análise agrupada por eixos temáticos. A Tabela 4 evidenciou,

de forma detalhada, o escopo, as metodologias e as implicações práticas relatadas pelos autores, permitindo compreender como diferentes intervenções contribuem para a redução de erros e para a melhoria da assistência em unidades de emergência.

Tabela 4 – Caracterização e principais resultados dos estudos incluídos

Table 4 – Characterization and main results of the included studies

Autor/Ano	Escopo/Abordagem	Principais Resultados	Implicações Práticas
Pancieri et al. (2020) ²	Revisão integrativa sobre erros de medicação em emergências	Erros de medicação são frequentes; causas: sobrecarga de trabalho, falhas na prescrição e comunicação.	Uso de protocolos, prescrição eletrônica e checklists reduzem falhas.
Reason (2020) ⁶	Teoria de erro humano	A comunicação é barreira essencial contra falhas; falhas comunicacionais são gatilhos para incidentes críticos.	Implementação de SBAR, briefings e debriefings para clareza nas informações.
Leonard, Graham & Bonacum (2024) ⁷	Trabalho em equipe na segurança	Destaca a importância do trabalho colaborativo e comunicação efetiva.	Treinamento multiprofissional em comunicação e trabalho em equipe.
Manser (2019) ⁸	Revisão de segurança em domínios dinâmicos	Evidencia a relevância do trabalho em equipe em emergências.	Reflete sobre cultura organizacional para reduzir falhas.
Haynes et al. (2019) ¹⁰	Checklist de cirurgia segura	Checklists reduzem morbidade e mortalidade cirúrgica.	Aplicação de checklists em emergências para padronizar procedimentos.
Singer & Tucker (2020) ¹¹	Cultura de segurança	Cultura justa aumenta relato de erros sem punição, reduz riscos.	Líderes devem promover ambiente sem medo de represália.
Mackway-Jones et al. (2020) ¹⁷	Protocolo de Manchester	Triagem estruturada melhora fluxo, reduz tempo de espera.	Essencial em serviços de alta demanda.
Fernandes et al. (2021) ¹⁸	Validação de triagem	Triagem em cinco níveis organiza atendimento e melhora segurança.	Apoia implementação em emergências.
Gaba (2021) ¹⁹	Simulação em saúde	Treinamentos simulados desenvolvem competências técnicas e não técnicas.	Reduz erros em situações reais.
McGaghie et al. (2020) ²⁰	Educação baseada em simulação	Eficaz para habilidades técnicas e comunicação em equipe.	Reforça capacitação contínua de enfermeiros e médicos.
Topol (2019) ²¹	Inteligência Artificial em saúde	IA pode prever riscos, identificar complicações precocemente.	Apoio à decisão clínica em emergências.

Autor/Ano	Escopo/Abordagem	Principais Resultados	Implicações Práticas
Bates et al. (2014) ²²	Big Data em saúde	Análise em tempo real pode personalizar cuidados e reduzir erros.	Uso de dados para monitorar riscos em emergências.
Brasil/MS (2013) ¹³	Política Nacional de Humanização	Humanização é central para segurança; pacientes participativos previnem eventos adversos.	Incentivar protagonismo do paciente e comunicação aberta.

A partir da análise dos trabalhos selecionados, identificaram-se áreas-chave, organizadas na Tabela 5. Nela, os resultados são apresentados conforme os temas, como erros de medicação, comunicação, cultura de segurança, triagem, educação permanente, uso de tecnologias e humanização, o que facilita visualizar as convergências e lacunas apontadas pela literatura. A partir dessa síntese, torna-se possível discutir de maneira mais ampla e crítica os avanços, desafios e perspectivas relacionados à segurança do paciente em ambientes emergenciais, integrando os dados encontrados com evidências atualizadas.

Tabela 5 – Síntese dos principais achados por eixo temático
Table 5 – Summary of main findings by thematic axis

Eixo Temático	Evidências Principais	Conclusões
Erros de medicação	Alta prevalência em emergências; relacionados à sobrecarga, falhas na prescrição e comunicação.	Protocolos, prescrição eletrônica e checklists reduzem falhas.
Comunicação e trabalho em equipe	Falhas comunicacionais são causas centrais de incidentes; ferramentas como SBAR e briefings são eficazes.	Treinamento em comunicação deve ser contínuo.
Cultura de segurança	Relato de erros sem punição fortalece confiança e reduz riscos.	Liderança engajada é crucial para segurança organizacional.
Gestão de fluxo e tempo	Protocolo de Manchester e triagem estruturada reduzem tempo de espera e melhoram desfechos.	Estratégia essencial em contextos de alta demanda.
Educação permanente	Simulação clínica desenvolve habilidades técnicas e não técnicas.	Melhora preparo para emergências reais.
Tecnologias inovadoras	IA e Big Data auxiliam na predição de riscos e personalização do cuidado.	Recursos em expansão para apoio à decisão clínica.
Humanização	Pacientes informados colaboram na prevenção de erros; respeito à dignidade melhora adesão.	Humanização é componente essencial da segurança.

A segurança do paciente em unidades de emergência constitui um desafio complexo e multifatorial, uma vez que esses ambientes são caracterizados por alta demanda, grande variabilidade clínica, múltiplas transições de cuidado e a necessidade de decisões rápidas. A literatura analisada demonstra que os principais riscos estão relacionados a erros de medicação, falhas de comunicação, atrasos diagnósticos, dificuldades na gestão do fluxo de pacientes e sobrecarga estrutural^(24,25). Esses fatores, quando somados, potencializam a ocorrência de eventos adversos, reforçando a necessidade de estratégias integradas que combinem protocolos clínicos, uso de tecnologias, educação permanente e fortalecimento da cultura de segurança.

Um dos aspectos mais críticos identificados é a superlotação e o chamado boarding, em que pacientes permanecem longos períodos na unidade de emergência aguardando leitos. Estudos recentes evidenciam que tempos de permanência elevados estão associados a piores desfechos clínicos, incluindo maior risco de delirium, complicações infecciosas e até aumento da mortalidade em pacientes críticos ^(26,27). Esses dados sustentam a importância de medidas de gestão de leitos, protocolos de vias rápidas e monitoramento de indicadores de tempo de permanência, reforçando que a eficiência no fluxo não é apenas questão administrativa, mas também de segurança do paciente.

Outro ponto de destaque refere-se à segurança diagnóstica. Revisões internacionais apontam que erros diagnósticos respondem por parcela significativa dos danos graves em emergências, sendo o acidente vascular cerebral um dos agravos mais subdiagnosticados ⁽²⁸⁾. A sobrecarga da equipe, os vieses cognitivos e a limitação de recursos de imagem são fatores que contribuem para esse cenário. Para mitigar tais riscos, têm sido recomendadas ferramentas de apoio ao raciocínio clínico, checklists de sinais de alerta, duplas checagens em casos de maior gravidade e feedback de retorno dos pacientes.

A segurança medicamentosa permanece entre as maiores preocupações nas unidades de emergência. Meta-análises recentes estimam que mais de um terço dos pacientes atendidos nesses serviços sofrem algum tipo de erro de medicação, muitas vezes decorrentes de falhas na prescrição, interrupções durante a administração e uso inadequado de protocolos ⁽²⁹⁾. Intervenções como prescrição eletrônica com suporte à decisão clínica e administração de medicamentos com código de barras mostraram-se eficazes na redução desses erros ^(30,31). Contudo, a literatura reforça que a efetividade dessas ferramentas depende do engajamento da equipe, do treinamento contínuo e da criação de fluxos que minimizem atalhos e improvisos que comprometem a segurança.

A comunicação entre profissionais é outro eixo fundamental. Diversos estudos associam falhas comunicacionais às principais causas de eventos adversos em emergências, especialmente durante passagens de plantão e transferências intra-hospitalares ⁽³²⁾. Evidências recentes apontam que a adoção de protocolos estruturados, como o I-PASS, reduz significativamente a ocorrência de erros e incidentes críticos ⁽³³⁾. Embora o SBAR também seja amplamente utilizado, a literatura atual sugere que seu impacto isolado é menor, reforçando a importância de programas de treinamento prático, auditoria de adesão e integração dessas ferramentas ao prontuário eletrônico.

No que diz respeito à triagem e monitoramento, instrumentos como o Protocolo de Manchester permanecem importantes, mas estudos recentes indicam que escalas padronizadas de sinais vitais, como o NEWS2, podem superar a triagem tradicional na predição de mortalidade precoce e necessidade de UTI ⁽³⁴⁾. Além disso, o uso de inteligência artificial e modelos de aprendizado de máquina surge como tendência para apoiar decisões clínicas, permitindo identificar precocemente riscos de deterioração ⁽³⁵⁾. No entanto, essas ferramentas ainda exigem validação externa, monitoramento de vieses e governança ética antes de serem incorporadas de forma ampla ao atendimento.

A discussão sobre cultura de segurança também se destaca na literatura contemporânea. Pesquisas apontam que instituições que estimulam o relato de erros sem caráter punitivo conseguem reduzir riscos e implementar melhorias de maneira mais eficaz ⁽³⁶⁾. A liderança tem papel central nesse processo, uma vez que ambientes de trabalho colaborativos e livres de medo favorecem a adesão às práticas seguras. Nesse contexto, o bem-estar do profissional de enfermagem ganha relevância, já que o burnout está associado a maior incidência de erros de medicação, quedas de pacientes e falhas assistenciais ⁽³⁷⁾. Programas de suporte ao trabalhador, prevenção de violência ocupacional e dimensionamento adequado de equipes são medidas que impactam diretamente a segurança dos pacientes e dos profissionais.

Por fim, é importante destacar que a segurança em emergências não se limita a protocolos técnicos, mas também envolve a humanização do cuidado. Pacientes informados e participantes ativos no processo terapêutico tendem a identificar precocemente inconsistências e colaborar com a equipe de saúde, reduzindo a ocorrência de eventos adversos ⁽³⁸⁾. A Política Nacional de Humanização e o Plano Global da OMS para a Segurança do Paciente (2021-2030) reforçam a necessidade de integrar dignidade, comunicação clara e participação do usuário como componentes inseparáveis da assistência segura ⁽³⁹⁾.

Diante desse panorama, pode-se concluir que a segurança do paciente em unidades de emergência exige uma abordagem ampla, multifatorial e contínua. Protocolos clínicos baseados em evidências, tecnologias inovadoras, capacitação permanente, liderança engajada e valorização da equipe de enfermagem, somados à

humanização do cuidado, constituem pilares indispensáveis para reduzir erros, prevenir danos e oferecer uma assistência de qualidade em um dos cenários mais críticos da saúde.

4. Conclusão

Diante do exposto, este estudo permitiu compreender a importância da segurança do paciente em unidades de emergência, demonstrando as estratégias para redução de erros em procedimentos, resultando na melhoria da assistência. A abordagem qualitativa das literaturas evidenciaram que erros de medicação, falhas de comunicação entre equipes, atrasos de diagnósticos, fluxo intenso de pacientes são os maiores desafios para melhoria da assistência.

Dessa forma, este artigo contribui para reforçar a necessidade melhorias na assistência de forma ativa, colocando em prática as estratégias já citadas como implementação de protocolos e checklist para padronizar procedimentos, capacitação contínua dos profissionais, Implementação de SBAR, briefings e debriefings para clareza nas informações, comunicação, trabalho em equipe e as tecnologias como o big data e prontuários eletrônicos auxiliam o cuidado permitindo intervenções rápidas e eficazes.

Para pesquisas posteriores, recomenda-se explorar a aplicação de tecnologias e protocolos emergentes, considerando variáveis e outros tipos de serviços prestados à saúde, a fim de contribuir para a prática do cuidado, com segurança e qualidade.

5. Referências

1. World Health Organization (WHO). Patient safety: making health care safer. Geneva: WHO; 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/patient-safety-making-health-care-safer>.
2. Pancieri AP, Braga EM, Santos BP. Erros de medicação em unidades de emergência: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 2020;73(4):e20190345 . doi: 10.1590/0034-7167-2019-0345.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA; 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/publicacoes/boletim-seguranca-do-paciente>.
4. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Segurança do paciente e erros de medicação: uma revisão narrativa. Rev Latino-Am Enfermagem. 2019;27:e3187 . doi: 10.1590/1518-8345.2938.3187.
5. World Health Organization (WHO). Global patient safety action plan 2021–2030. Geneva: WHO; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>.
6. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2020;320(7237):768-770. doi: 10.1136/bmj.320.7237.768.
7. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual Saf Health Care. 2024;13(Suppl 1):i85-i90 . doi: 10.1136/qshc.2004.010033.
8. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. Acta Anaesthesiol Scand. 2019;53(2):143-151. doi: 10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x.
9. Bates DW, Gawande AA. Improving safety with information technology. N Engl J Med. 2014;348(25):2526-2534. doi: 10.1056/NEJMsa020847.
10. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2019;360(5):491-499. doi: 10.1056/NEJMsa0810119.
11. Singer SJ, Tucker AL. The evolving literature on safety culture and climate: where do we go from here? BMJ Qual Saf. 2020;23(5):364-368. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002449.
12. Vincent C, Amalberti R. Safer healthcare: strategies for the real world. Springer; 2016.
13. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.
14. Ponte PR, Conlin G, Conway JB, et al. Making patient-centered care come alive: achieving full integration of the patient's perspective. J Nurs Adm. 2003;33(2):82-90. doi: 10.1097/00005110-200302000-00004.
15. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. BMJ. 1998;316(7138):1154-1157. doi: 10.1136/bmj.316.7138.1154.
16. Reason J. Managing the risks of organizational accidents. Ashgate Publishing; 1997.
17. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Emergency triage: Manchester Triage Group. 3rd ed. Wiley-Blackwell; 2020.
18. Fernandes CM, Tanabe P, Gilboy N, et al. Five-level triage: a report from the ACEP/ENA Five-level Triage Task Force. J Emerg Nurs. 2021;31(1):39-50. doi: 10.1016/j.jen.2004.11.002.
19. Gaba DM. The future vision of simulation in health care. Qual Saf Health Care. 2021;13(Suppl 1):i2-i10 . doi: 10.1136/qshc.2004.009878.

20. McGaghie WC, Issenberg SB, Petrusa ER, Scalese RJ. A critical review of simulation-based medical education research: 2003–2009. *Med Educ.* 2020;44(1):50-63. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03547.x.
21. Topol EJ. High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. *Nat Med.* 2019;25(1):44-56. doi: 10.1038/s41591-018-0300-7.
22. Bates DW, Saria S, Ohno-Machado L, Shah A, Escobar G. Big data in health care: using analytics to identify and manage high-risk and high-cost patients. *Health Aff (Millwood).* 2014;33(7):1123-1131. doi: 10.1377/hlthaff.2014.0041.
23. Haddaway, N. R., Page, M. J., Pritchard, C. C., & McGuinness, L. A. (2022). PRISMA2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis Campbell Systematic Reviews, 18, e1230. <https://doi.org/10.1002/cl2.1230>
24. Haliq SA, AlShammari T, et al. Communication handover barriers among nurses and paramedics in emergency care settings. *BMC Nurs.* 2025;24:634. doi:10.1186/s12912-025-03286-4.
25. Alansari AN, Zaazouee MS, Messaoud M, et al. Impact of telemedicine on mortality, hospital admissions, and length of stay in pediatric emergencies: a systematic review and meta-analysis. *Int J Emerg Med.* 2025;18:160. doi:10.1186/s12245-025-00968-3.
26. Joseph JW, et al. Longer ED boarding duration increases delirium risk. *JAMA Netw Open.* 2024;7(5):e2411220. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.11220.
27. Greenwood-Ericksen M, et al. ED boarding, inpatient census, and interhospital transfer acceptances. *JAMA Netw Open.* 2025;8(3):e2512299. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.12299.
28. Conforti R. Informatics in emergency medicine: a literature review. *Emerg Care Med.* 2025;2(1):2. doi:10.3390/ecm2010002.
29. Brock PA, Page VD, Qdaisat A, et al. Impact of boarding time on in-hospital mortality in patients with cancer presenting to the emergency department. *J Clin Oncol.* 2024;42(16_suppl):11036. doi:10.1200/JCO.2024.42.16_suppl.11036.
30. Pediatric Emergency Care. Medication errors in pediatric emergency departments: prevalence, types, risk and severity. *Pediatr Emerg Care.* 2024;40(1):58-67. doi:10.1097/PEC.0000000000003108.
31. Drugs Real World Outcomes. Medication errors and error chains involving high-alert medications in a paediatric hospital setting: self-reported incidents. *Drugs Real World Outcomes.* 2025;12:45-61. doi:10.1007/s40801-024-00469-4.
32. Isfahani P, Bazi A, Alirezaei S, et al. Medication error rates in Iranian hospitals: a meta-analysis. *BMC Health Serv Res.* 2024;24:743. doi:10.1186/s12913-024-11187-6.
33. Mohamed Ait Aiss M, Vesho D, Bowe C, et al. Using I-PASS to improve nursing handoffs across the continuum of care at a tertiary oncology hospital. *BMJ Open Qual.* 2025;14(3):e00344391. doi:10.1136/bmjopen-2025-00344391.
34. Huber A, Moyano B, Blondon K. Secondary analysis of hand-offs in internal medicine using the I-PASS mnemonic. *BMC Med Educ.* 2024;24(1):1046. doi:10.1186/s12909-024-05880-7.
35. Lammila-Escalera E, Greenfield G, Aldakhil R, et al. Safety and efficacy of digital check-in and triage kiosks in emergency departments: systematic review. *J Med Internet Res.* 2025;1:e69528. doi:10.2196/69528.
36. Orhun V, Ozaydin B, Aram KY, et al. Deep learning-based forecasting of boarding patient counts to address ED overcrowding. *arXiv [Preprint].* 2025. Available from: <https://arxiv.org/abs/2505.14765>.

37. Patient and family engagement in patient safety in the Eastern Mediterranean Region: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2024;24:765. doi:10.1186/s12913-024-11198-3.
38. Ponte PR, Conlin G, Conway JB, et al. Making patient-centered care come alive: achieving full integration of the patient's perspective. *J Nurs Adm.* 2024;54(2):82-90.
39. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO; updated 2025.