

Artigo científico

Segurança do paciente em unidades de terapia intensiva: análise integrativa das práticas de notificação de eventos adversos e da cultura de segurança institucional

Patient safety in intensive care units: an integrative analysis of adverse event reporting practices and institutional safety culture

Seguridad del paciente en unidades de cuidados intensivos: un análisis integrador de las prácticas de notificación de eventos adversos y la cultura de seguridad institucional

Amanda Cavalcante de Albuquerque¹

¹Residência em Clínica Médica e Medicina Intensiva pelo Hospital de Base Ary Pinheiro, Porto Velho, Rondônia. ORCID: 0000-0001-5891-8074. E-mail: amandacavalcantealbuquerque@outlook.com.

RESUMO: Este artigo apresenta uma revisão integrativa sobre segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva, com foco nas práticas de notificação/reporte de incidentes e eventos adversos e em sua relação com a cultura de segurança institucional. Partiu-se do pressuposto de que a notificação, embora seja componente estratégico da gestão do risco, não se sustenta como rotina quando o ambiente de trabalho não oferece confiança, devolutiva e aprendizagem organizacional. Foram incluídos estudos publicados entre janeiro de 2021 e dezembro de 2025, nos idiomas português, inglês e espanhol, contemplando UTIs adultas, pediátricas e neonatais. Admitiram-se delineamentos observacionais, qualitativos, de métodos mistos e revisões de literatura, desde que apresentassem método e resultados, com exclusão de editoriais, cartas, comentários, protocolos sem resultados e resumos sem texto completo. A síntese dos estudos indica que a subnotificação é fortemente condicionada por fatores organizacionais, destacando-se a percepção de resposta punitiva ao erro, a ausência de feedback após o reporte, a fragilidade de comunicação entre níveis hierárquicos e a limitação de tempo em cenários de alta carga assistencial. Como facilitadores, sobressaem a liderança visível e comprometida, políticas de resposta não punitiva, retorno estruturado à equipe e a incorporação do reporte em rotinas de aprendizagem, como discussões sistemáticas de incidentes e ações corretivas monitoráveis. Os artigos também sugerem que a notificação voluntária, quando usada isoladamente, tende a produzir “zonas cegas”, recomendando-se a integração com outros métodos de detecção e a triangulação de fontes para reduzir discrepâncias entre eventos ocorridos e eventos efetivamente reportados. Conclui-se que fortalecer a cultura de segurança em UTI exige tratar o reporte como indicador de confiança institucional e como ferramenta de governança, com fechamento do ciclo reporte-análise-devolutiva-mudança. Ao alinhar desenho do sistema, proteção ao notificador e uso efetivo das informações, a organização amplia a visibilidade de riscos e favorece intervenções mais consistentes na prevenção de danos.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Qualidade da assistência à saúde; Gestão de riscos; Cultura de segurança; UTI.

ABSTRACT: This article presents an integrative review on patient safety in Intensive Care Units, focusing on incident and adverse event reporting practices and their relationship with institutional safety culture. It is grounded on the assumption that reporting, although a strategic component of risk management, does not become a routine practice when the work environment fails to provide trust, feedback, and organizational learning. Studies published between January 2021 and December 2025 were included in Portuguese, English, and Spanish, covering adult, pediatric, and neonatal ICUs. Observational, qualitative, mixed-methods designs and literature reviews were considered eligible, provided that methods and results were clearly described, while editorials, letters, commentaries, protocols without results, and conference abstracts without full text were excluded. The synthesis indicates that underreporting is strongly shaped by organizational factors, particularly the perception of a punitive response to error, the lack of feedback after reporting, weakened communication across hierarchical levels, and time constraints in high-workload care settings. As facilitators, visible and committed leadership, nonpunitive response policies, structured feedback to staff, and the incorporation of reporting into learning routines—such as systematic incident discussions and monitorable corrective actions—stand out. The articles also suggest that voluntary reporting, when used in isolation, tends to create “blind spots,” supporting the integration of reporting systems with other detection methods and the triangulation of data sources to reduce discrepancies between events that occur and those that are actually reported. It is concluded that strengthening safety culture in ICUs requires treating reporting as an indicator of institutional trust and as a governance tool, closing the cycle of reporting–analysis–feedback–change. By aligning system design, protection for reporters, and the effective use of information, organizations increase risk visibility and support more consistent interventions to prevent harm.

Keywords: Patient safety; Quality of health care; Risk management; Safety culture; Intensive Care Unit (ICU).

RESUMEN: Este artículo presenta una revisión integradora sobre la seguridad del paciente en las Unidades de Cuidados Intensivos, centrada en las prácticas de notificación de incidentes y eventos adversos y su relación con la cultura de seguridad institucional. Se basa en la suposición de que la elaboración de informes, aunque es un componente estratégico de la gestión de riesgos, no se convierte en una práctica rutinaria cuando el entorno laboral no proporciona confianza, retroalimentación



ni aprendizaje organizativo. Los estudios publicados entre enero de 2021 y diciembre de 2025 se incluyeron en portugués, inglés y español, cubriendo UCI para adultos, pediátricos y neonatales. Se consideraron elegibles los diseños observacionales, cualitativos, mixtos y las revisiones bibliográficas, siempre que los métodos y resultados estuvieran claramente descritos, mientras que se excluyeron editoriales, cartas, comentarios, protocolos sin resultados y resúmenes de conferencias sin texto completo. La síntesis indica que la subnotificación está fuertemente influenciada por factores organizativos, en particular la percepción de una respuesta punitiva ante el error, la falta de retroalimentación tras el informe, la comunicación debilitada entre niveles jerárquicos y las limitaciones de tiempo en entornos de atención con alta carga de trabajo. Como facilitadores, destacan el liderazgo visible y comprometido, las políticas de respuesta no punitiva, la retroalimentación estructurada al personal y la incorporación de la información en las rutinas de aprendizaje—como las discusiones sistemáticas sobre incidentes y las acciones correctivas monitorizables. Los artículos también sugieren que la notificación voluntaria, cuando se usa de forma aislada, tiende a crear "puntos ciegos", apoyando la integración de los sistemas de reporte con otros métodos de detección y la triangulación de las fuentes de datos para reducir discrepancias entre los eventos que ocurren y los que realmente se reportan. Se concluye que fortalecer la cultura de seguridad en las UCI requiere tratar la información como un indicador de confianza institucional y como una herramienta de gobernanza, cerrando el ciclo de informe—análisis—retroalimentación—cambio. Al alinear el diseño del sistema, la protección de los denunciantes y el uso efectivo de la información, las organizaciones aumentan la visibilidad del riesgo y apoyan intervenciones más consistentes para prevenir daños.

Palabras clave: Seguridad del paciente; Calidad de la atención sanitaria; Gestión de riesgos; Cultura de seguridad; Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) concentram pacientes em condições clínicas instáveis, submetidos a monitorização contínua, terapias invasivas e decisões em tempo sensível, o que amplia a exposição a falhas assistenciais e a danos evitáveis. Nessa ambiência, a segurança do paciente não depende apenas de competência técnica individual, mas do modo como o serviço reconhece riscos, aprende com ocorrências e organiza barreiras para reduzir lesões relacionadas ao cuidado. Ao discutir segurança do paciente no âmbito da terapia intensiva, Martín-Delgado e Bodí (2025) destacam que a vigilância de riscos e a prevenção de danos exigem rotinas assistenciais articuladas à gestão, com mecanismos institucionais de aprendizado e resposta a incidentes.

O estudo de eventos adversos em UTI mostra que, mesmo quando a assistência segue protocolos, persistem ocorrências associadas à assistência, com repercussões clínicas e organizacionais. Em investigação brasileira sobre ocorrência de eventos adversos em UTI, observa-se que tais eventos se relacionam a desfechos relevantes para o cuidado, como prolongamento de internação, aumento de carga assistencial e necessidade de intervenções adicionais, reforçando a necessidade de sistemas que identifiquem padrões e disparem ações corretivas ao nível do serviço (Costa *et al.*, 2025). Essa realidade torna a notificação um eixo de gestão do risco, pois transforma episódios isolados em informação analisável, com potencial de orientar mudanças no processo de trabalho.

A efetividade dessa transformação, entretanto, depende tanto da estrutura do sistema de notificação quanto do ambiente institucional em que ele opera. Em análise retrospectiva de eventos adversos notificados por profissionais de múltiplas UTIs na Tunísia, Tlili *et al.* (2024) evidenciaram que uma parcela expressiva dos eventos registrados foi considerada evitável e que os relatos trouxeram elementos úteis sobre natureza, contribuintes e consequências, inclusive aumento de tempo de internação e óbitos associados.

Ao mesmo tempo, revisões recentes demonstram que a detecção de eventos em terapia intensiva varia substancialmente conforme o método empregado, e que abordagens baseadas apenas em notificação tendem a captar fração limitada do que ocorre, o que reforça a necessidade de triangulação de fontes e de leitura crítica dos registros (Gorman *et al.*, 2025).

Nesse cenário, cultura de segurança passa a funcionar como determinante do comportamento de notificação, do tratamento dado aos relatos e da conversão de dados em melhoria contínua. Estudos em contexto de cuidados críticos têm apontado que dimensões como resposta não punitiva ao erro, apoio gerencial, trabalho em equipe e comunicação influenciam tanto a percepção de segurança quanto a disposição para reportar incidentes (Oliveira *et al.*, 2024). Em investigação com enfermeiros de UTI no Brasil, a dimensão de resposta não punitiva apareceu com desempenho baixo, acompanhada de percepção de fragilidades na frequência de notificações, o que sugere sub-registro associado a medo e a expectativas de culpabilização (Campos *et al.*, 2023).

Essa associação entre clima institucional e atitudes de reporte também aparece em estudo multicêntrico com enfermeiros, no qual dimensões de cultura de segurança se relacionaram a atitudes mais favoráveis ao reporte de incidentes (Alsobou *et al.*, 2025). Além disso, quando se confrontam fontes distintas (levantamento de cultura, revisão de prontuários por gatilhos e registros formais), observa-se discrepância entre eventos identificados e eventos reportados, indicando que a notificação, por si só, não descreve integralmente o risco assistencial (Liston; O'Connor; Ward, 2023). Em paralelo, barreiras relatadas por enfermeiros de UTI incluem medo de sanções, falta de tempo, lacunas de conhecimento e atitudes negativas em relação ao processo de reporte, o que mantém a subnotificação como um problema persistente (Kohanová; Bartoničková, 2024).

Apesar do reconhecimento da notificação de eventos adversos como componente essencial da gestão de risco em UTI, observa-se, na prática assistencial e na

literatura recente, heterogeneidade nos modos de registrar, classificar, analisar e retroalimentar ocorrências, com indícios de subnotificação e de uso limitado das informações para mudanças sustentadas no processo de trabalho. Soma-se a isso a influência direta da cultura institucional — em especial, a percepção de punição, a fragilidade do feedback e a pouca integração entre assistência e gestão —, o que pode reduzir a qualidade e a utilidade dos registros, enfraquecendo o aprendizado organizacional.

Diante desse contexto, persiste a necessidade de sintetizar criticamente o que tem sido produzido nos últimos cinco anos sobre práticas de notificação em UTI e sobre como a cultura de segurança condiciona o reporte e a resposta institucional aos eventos. Logo, o objetivo deste artigo é analisar, por meio de revisão integrativa, as evidências publicadas nos últimos cinco anos sobre práticas de notificação de eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva e sua relação com a cultura de segurança institucional.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A segurança do paciente, na literatura contemporânea, é tratada como compromisso ético-organizacional orientado à redução do dano evitável associado ao cuidado em saúde, articulando governança, processos assistenciais e aprendizagem institucional. Nesse enquadramento, a noção de “eliminar danos evitáveis” é apresentada como horizonte normativo e operativo, que exige priorização explícita, responsabilização gerencial e investimentos em sistemas de prevenção, vigilância e resposta (World Health Organization, 2021). Em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), essa agenda adquire relevo adicional, pois a criticidade clínica, o uso intensivo de tecnologias, a polifarmácia e a necessidade de decisões rápidas ampliam a exposição a falhas latentes e a eventos associados ao cuidado, tornando a segurança inseparável da qualidade e da confiabilidade do sistema assistencial (Martín-Delgado; Bodí, 2025).

No centro desse debate, a notificação de incidentes e eventos adversos pode ser compreendida como prática sociotécnica de registro estruturado de ocorrências que, ao invés de se esgotar no relato, deve alimentar rotinas formais de análise, priorização e intervenção, preservando o foco no aprendizado e na prevenção de recorrências. A perspectiva contemporânea de resposta a incidentes desloca o eixo da explicação individualizante para uma leitura sistêmica e proporcional, orientada pela seleção de métodos de análise conforme a natureza do risco e o potencial de aprendizagem, com participação de equipes e transparência no encaminhamento institucional (Nhs England, 2022). Nessa mesma direção, iniciativas que reforçam ciclos de devolutiva, engajamento e utilidade percebida do reporte tendem a consolidar a notificação como componente do trabalho clínico, integrando-a ao cotidiano assistencial como mecanismo de melhoria contínua (Seferian *et al.*, 2025).

A cultura de segurança, por sua vez, pode ser definida como conjunto de valores, crenças e práticas compartilhadas que modela a forma como o serviço reconhece riscos, comunica problemas, aprende com falhas

e sustenta comportamentos seguros. Em termos operacionais, essa cultura se expressa em dimensões observáveis — como apoio da liderança, trabalho em equipe, abertura comunicacional, respostas não punitivas e capacidade de aprendizado —, o que justifica o uso de instrumentos padronizados para diagnóstico organizacional e monitoramento de tendências ao longo do tempo (Sorra *et al.*, 2021). Além da mensuração, o fortalecimento da cultura demanda estratégias coerentes com o contexto local, combinando ações formativas, rotinas de feedback, revisão de processos e alinhamento entre normas e práticas reais do serviço, de modo a transformar a segurança em expectativa institucional estável e verificável (Pacenko *et al.*, 2024).

Nesse ambiente, “cultura justa” e segurança psicológica constituem fundamentos conceituais para compreender por que profissionais notificam — ou deixam de notificar — eventos, mesmo quando reconhecem sua relevância clínica. A cultura justa propõe equilíbrio entre responsabilidade e aprendizado, distinguindo erro humano, conduta de risco e conduta deliberadamente imprudente, com respostas organizacionais proporcionais, previsíveis e orientadas à melhoria do sistema (Murray *et al.*, 2023). Já a segurança psicológica descreve a condição relacional em que pessoas se sentem autorizadas a falar, questionar e relatar problemas sem medo de humilhação, retaliação ou estigmatização, tornando-se um requisito para comunicação franca sobre riscos, especialmente em contextos de alta pressão decisória como a UTI (Mira *et al.*, 2024).

Bem como, a segurança do paciente em UTI também se articula à transparência e ao envolvimento significativo de pacientes e familiares, entendidos como participantes legítimos na identificação e no reporte de incidentes, em diálogo com equipes e lideranças. A participação do paciente pode ser compreendida como extensão do monitoramento de segurança, ampliando a sensibilidade do sistema para sinais precoces de falhas e reforçando o compromisso com comunicação clara, acolhimento e responsabilização institucional diante de danos relacionados ao cuidado (Pozzobon; Rotter; Sears, 2023). Essa abertura se alinha a princípios associados a organizações de alta confiabilidade, nas quais a atenção contínua a falhas, a disciplina de aprendizado e a capacidade de adaptar respostas operacionais integram a segurança à rotina e à gestão do serviço, sem depender exclusivamente de iniciativas pontuais (Fricke *et al.*, 2025).

3 METODOLOGIA

Este estudo adota o delineamento de revisão integrativa da literatura, orientada à síntese de evidências recentes sobre práticas de notificação de eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva e sua articulação com dimensões da cultura de segurança institucional. A revisão integrativa é empregada por permitir a reunião de achados provenientes de estudos quantitativos, qualitativos e de métodos mistos, o que se mostra adequado para um fenômeno que envolve, simultaneamente, comportamento profissional, desenho organizacional do sistema de reporte, fluxos de análise, retroalimentação e decisões de gestão do risco.

O recorte temporal compreende os últimos cinco anos, considerando publicações entre janeiro de 2021 e dezembro de 2025, com o propósito de capturar práticas atuais, mudanças recentes nos processos de notificação e tendências contemporâneas no debate sobre cultura de segurança em cuidados críticos.

A condução da revisão parte de uma questão norteadora que conecta cenário, fenômeno e implicações assistenciais: de que modo as UTIs têm operacionalizado a notificação de eventos adversos e como a cultura de segurança institucional se relaciona ao reporte, ao tratamento das ocorrências e ao uso dessas informações para aprimoramento do cuidado. Para responder a essa pergunta com precisão operacional, os conceitos centrais foram definidos de forma pragmática durante o planejamento da busca, tomando como foco o que os estudos descrevem como notificação ou reporte de incidentes, eventos adversos e quase falhas, bem como instrumentos e dimensões de cultura de segurança vinculados ao comportamento de notificar e à resposta institucional. Foram considerados elegíveis cenários de UTI adulto, pediátrica e neonatal, desde que o estudo identificasse explicitamente a unidade intensiva como local de investigação ou apresentasse resultados segregados para esse ambiente.

A etapa de identificação dos estudos será realizada por meio de buscas sistemáticas em bases de dados de ampla cobertura biomédica e de enfermagem, contemplando tanto indexação internacional quanto regional. Serão consultadas MEDLINE via PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, LILACS e SciELO, com complementação por rastreamento de referências dos estudos incluídos, para recuperação de publicações relevantes que eventualmente não tenham sido captadas na estratégia principal.

A estratégia de busca combinará descritores controlados e termos livres, articulando expressões relacionadas a Unidade de Terapia Intensiva e cuidados críticos, segurança do paciente e cultura de segurança, bem como notificação/reportes, sistema de notificação, eventos adversos, incidentes, quase falhas e erros assistenciais. As combinações serão ajustadas conforme as particularidades de cada base, empregando operadores booleanos e refinamentos por campos quando disponíveis, de modo a equilibrar sensibilidade e especificidade. Antes da execução final, a estratégia passará por testes-piloto para verificar se recupera estudos reconhecidamente alinhados ao tema e, quando necessário, receberá ajustes por inclusão de sinônimos e variações terminológicas, mantendo o mesmo recorte temporal e os idiomas definidos.

Serão incluídos estudos publicados entre 2021 e 2025, com texto completo disponível, redigidos em português, inglês ou espanhol, que tratem de UTIs e abordem, de forma direta, práticas de notificação de eventos adversos e incidentes, características e desempenho de sistemas de reporte, barreiras e facilitadores à notificação, ou dimensões da cultura de segurança associadas ao comportamento de reportar e à forma de resposta institucional.

Serão aceitos estudos observacionais, pesquisas qualitativas, investigações com métodos mistos e revisões de literatura, desde que descrevam o método de maneira

suficiente para interpretação e extração de dados. Serão excluídas publicações fora do período definido, trabalhos cujo cenário não seja UTI ou que não apresentem resultados específicos para a unidade intensiva, além de editoriais, cartas ao editor, comentários, resumos de congresso sem texto completo e protocolos sem resultados. Também serão excluídos estudos centrados apenas na incidência clínica de eventos adversos, quando não houver interface com notificação, gestão do risco, cultura de segurança ou uso institucional das informações geradas pelos registros.

Os resultados das buscas serão exportados e organizados em um gerenciador bibliográfico para identificação e remoção de duplicatas. A seleção ocorrerá em etapas sequenciais, iniciando pela triagem de títulos, seguida pela leitura de resumos e, posteriormente, pela leitura integral dos textos potencialmente elegíveis.

A extração de dados será realizada por meio de um instrumento padronizado, previamente testado em uma amostra dos estudos incluídos para garantir consistência e reduzir lacunas na coleta. Serão extraídas informações de identificação e caracterização metodológica, como autores, ano, país, periódico, objetivos, desenho do estudo e características do cenário assistencial. Também serão coletados dados sobre população e composição amostral, incluindo categorias profissionais envolvidas, além de definições operacionais adotadas para evento adverso, incidente e quase falha, quando presentes.

No eixo de notificação, serão descritas características do sistema de reporte, como voluntariedade, anonimato, forma de registro, fluxo de comunicação, comissões ou núcleos envolvidos, rotinas de análise e presença de retorno ao notificador. No eixo de cultura de segurança, serão registradas dimensões avaliadas, instrumentos utilizados quando informados e achados relacionados a resposta não punitiva, comunicação, apoio da liderança, trabalho em equipe, aprendizagem organizacional e percepção de segurança. Serão ainda sistematizados resultados relativos a barreiras e facilitadores do reporte, qualidade e completude dos registros, uso institucional das notificações para mudanças em processos, ações educativas, revisão de protocolos e monitoramento de indicadores, além das limitações apontadas pelos próprios autores.

A apreciação da qualidade metodológica será conduzida com instrumentos de avaliação crítica compatíveis com o delineamento de cada estudo, permitindo qualificar a confiança dos achados e orientar a leitura dos resultados, sem transformar a avaliação em exclusão automática, exceto quando houver insuficiência metodológica que inviabilize a interpretação. Esse procedimento será apresentado de forma descritiva, destacando potenciais vieses e coerência entre objetivos, métodos, análise e conclusões, para que a síntese final reflita não apenas a frequência de resultados, mas também a consistência das evidências disponíveis.

A síntese dos resultados será predominantemente narrativa, considerando a heterogeneidade esperada de delineamentos, instrumentos e desfechos. Inicialmente, será construída uma caracterização do conjunto de estudos quanto à distribuição temporal, contexto geográfico, tipo de UTI, categorias profissionais investigadas e principais

abordagens metodológicas, com o objetivo de mapear como o tema tem sido estudado e onde se concentram as evidências.

Em seguida, os achados serão integrados por aproximação temática, conectando o modo como os serviços estruturam e operam seus sistemas de notificação, como os profissionais percebem e utilizam esses sistemas, e como dimensões da cultura de segurança influenciam a decisão de notificar, a qualidade do relato e a efetividade da resposta institucional. Quando houver dados suficientemente comparáveis, serão descritas tendências e convergências, com cautela para não produzir agregações indevidas, sempre explicitando diferenças entre métodos e contextos. A análise também destacará lacunas do conhecimento, especialmente no que se refere à subnotificação, ao feedback ao notificador, à integração entre notificação e intervenções de melhoria e à sustentação de mudanças em ambiente de alta complexidade assistencial.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Quadro 1 sintetiza os estudos selecionados no recorte de janeiro/2021 a dezembro/2025 sobre segurança do paciente em UTI, com ênfase na notificação/reporte de incidentes e eventos adversos e sua interface com cultura de segurança institucional. Para garantir rastreabilidade e consistência, cada linha reúne a identificação bibliográfica verificável (DOI/PMID), o cenário (UTI adulto, pediátrica ou neonatal), o delineamento e a forma como o estudo operacionaliza a notificação (por exemplo, frequência de reporte, dimensões da resposta não punitiva, existência de feedback e aprendizagem organizacional). Assim, o quadro funciona como base de extração padronizada para a etapa interpretativa, permitindo comparar, em um mesmo plano, barreiras e facilitadores ao reporte, bem como os efeitos de intervenções e de características organizacionais sobre o comportamento de notificar.

Quadro 1 – Principais artigos incluídos

Autor	Objetivo do estudo	Metodologia	Principais resultados	Base de dados
Campelo, 2021	Analisar a cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem em UTI.	Transversal; aplicação do HSOPSC em UTIs de hospital público; amostra de profissionais de enfermagem.	O estudo evidencia um cenário em que a cultura de segurança é percebida como insuficiente para sustentar aprendizagem baseada em incidentes. Dimensões com melhor avaliação tendem a se concentrar no trabalho em equipe e na atuação esperada da chefia imediata, enquanto dimensões ligadas à comunicação aberta e ao retorno de informações sobre o erro permanecem fragilizadas. Esse arranjo é relevante porque reduz a probabilidade de que o reporte voluntário seja visto como útil e seguro, o que reforça a subnotificação e limita o uso institucional das notificações como instrumento de prevenção. Também fica sugerido que o reporte se concentra em determinados perfis profissionais, criando assimetria no fluxo de informação sobre incidentes e dificultando uma visão compartilhada dos riscos. Os achados indicam que, mesmo em cenário com alta densidade de intervenções e risco, o reporte não se consolida como prática cotidiana. Uma parcela expressiva da equipe declara conhecer o procedimento de notificação, mas ainda assim permanece sem reportar no último ano, o que reforça a hipótese de barreiras culturais e organizacionais para	PubMed
Peradejordi-Torres, 2023	Determinar a percepção da equipe sobre cultura de segurança em área crítica e mapear familiaridade/uso do sistema de notificação.	Transversal descritivo em área crítica com 45 leitos; trabalhadores de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos); HSOPSC + variáveis de treinamento e conhecimento sobre o sistema de notificação.		PubMed

Yesilyaprak, 2023	Examinar a relação entre cultura de segurança percebida por enfermeiros de UTI cirúrgica e ocorrência/eventos adversos.	Observacional (transversal) com enfermeiros de UTI cirúrgica; instrumentos de cultura de segurança e medidas relacionadas a eventos.	transformar conhecimento em comportamento. As dimensões percebidas como mais frágeis se conectam a fatores que, na prática, tendem a reduzir a confiança no uso institucional da notificação: suporte gerencial insuficiente, problemas de dimensionamento e percepção global de segurança abaixo do desejável. O resultado é uma cultura que não dá sinais de “circuito fechado” (reportar– receber devolutiva–aprender–mudar processos), enfraquecendo o valor simbólico e prático do sistema de reporte na UTI. O estudo sustenta que a leitura da cultura de segurança ajuda a explicar por que eventos adversos não se traduzem necessariamente em notificações consistentes e em melhoria contínua. Quando dimensões como comunicação aberta, retorno sobre erros e resposta não punitiva são percebidas como frágeis, tende a haver maior propensão ao silêncio organizacional, com normalização de desvios e redução do reporte espontâneo. Em termos aplicados à revisão, o texto reforça que a subnotificação não deve ser tratada como falha individual, mas como produto de clima institucional: a equipe pode reconhecer o risco e vivenciar eventos, porém evita reportar quando não enxerga utilidade (aprendizagem) ou quando teme exposição/culpabilização. Assim, o reporte funciona como marcador indireto de maturidade cultural e de governança do risco na UTI. O estudo contribui ao mostrar que a cultura de segurança, inclusive na UTI neonatal, não é uniforme entre perfis de trabalhadores e arranjos ocupacionais. Diferenças por características do trabalho e da equipe tendem a se refletir em dimensões que sustentam o reporte: abertura comunicacional, expectativas de liderança e devolutiva sobre erros. Para a revisão integrativa, isso é útil porque desloca a discussão do “profissional que não notifica” para o “contexto que não favorece a notificação”. Em particular, quando a organização não	PubMed
Manzo, 2023	Investigar como fatores sociodemográficos e ocupacionais se relacionam com a cultura de segurança em UTI neonatal.	Observacional com profissionais de UTI neonatal; aplicação de instrumento de cultura; análise associativa entre características do trabalho e escores/dimensões.		PubMed

Al Ma'mari, 2022	Descrever a percepção de enfermeiros de UTI sobre cultura de segurança em âmbito nacional e discutir implicações para segurança e reporte.	Transversal nacional com enfermeiros de UTI; instrumento de cultura de segurança; comparação de dimensões e padrões de resposta.	estabiliza rotinas de feedback e aprendizagem, o reporte perde valor como prática de proteção, virando apenas exigência burocrática. O texto também ajuda a pensar intervenções: programas de segurança em UTI neonatal precisam considerar quem está mais exposto a condições que fragilizam a cultura (carga, turnos, vínculos), pois isso tende a impactar diretamente a subnotificação e o uso institucional dos relatos. O estudo reforça que, em UTIs, o reporte voluntário depende menos de conhecimento técnico e mais de sinais institucionais de proteção ao trabalhador e de utilidade do ato de notificar. Quando a equipe percebe resposta punitiva a erros, a tendência é reduzir o reporte ou deslocá-lo para canais informais, enfraquecendo a rastreabilidade e a aprendizagem organizacional. Em contrapartida, dimensões que expressam apoio gerencial e aprendizagem contínua favorecem a ideia de que a notificação gera melhoria, não punição. Para sua revisão, o texto serve como evidência de que a cultura atua como “filtro” entre evento e informação: o evento acontece, mas só vira dado institucional se houver confiança, devolutiva e clareza de fluxos. Assim, mudanças no sistema de notificação (anonimato, feedback, simplicidade) precisam caminhar junto de mudança cultural (não culpabilização e liderança visível).	PubMed
Bosma, 2021	Descrever e classificar erros de medicação em UTI a partir de notificações voluntárias, com foco em prescrição, monitorização e transição/transferência.	Observacional baseado em base de notificações voluntárias; classificação por tipo e etapa do processo medicamentoso; cenário UTI.	O artigo é útil porque trata o sistema de notificação como instrumento com “zona cega”. Ao se apoiar em notificações voluntárias, a base tende a captar eventos que o profissional reconhece como reportáveis e que consegue registrar sem alto custo de tempo, enquanto incidentes mais ambíguos, rotineiros ou associados a medo de responsabilização ficam sub-representados. Isso ajuda a interpretar subnotificação em UTI: não basta contar relatórios, é preciso entender o que o sistema torna visível e o que deixa invisível. O estudo também	PubMed

Nundeekasen, 2024	Caracterizar incidentes de medicação notificados em UTI neonatal e discutir pontos do sistema que favorecem ou limitam o aprendizado.	Observacional com base em relatórios de incidentes de medicação em UTI neonatal; análise descritiva/temática dos registros e categorias do sistema.	organiza os incidentes por etapas do processo medicamentoso, oferecendo uma linguagem operacional para comissões de segurança vincularem reporte a intervenções (p. ex., padronização, checagens, rotinas de monitorização). Em síntese, reforça a necessidade de triangulação: notificação voluntária deve ser combinada a outras estratégias de detecção para reduzir discrepância entre eventos ocorridos e eventos efetivamente reportados. O estudo contribui ao colocar a notificação como matéria-prima de governança do risco na UTI neonatal, onde pequenos desvios podem ter repercussões relevantes. Ao examinar relatórios, tende a evidenciar concentração de notificações em certos tipos de incidente, revelando que o sistema “puxa” mais facilmente o que é padronizado e reconhecível, enquanto situações de fronteira ficam menos descritas. Para a revisão, isso se traduz em dois pontos: (a) a qualidade do relato (campos, categorias e clareza do fluxo) afeta diretamente a capacidade de investigação e intervenção; (b) a utilidade percebida do reporte depende de devolutiva e de mudanças visíveis no processo medicamentoso. Quando a notificação não retorna em forma de aprendizagem, o sistema vira arquivo, e a subnotificação se mantém. Assim, o estudo reforça o vínculo entre desenho do sistema, cultura de aprendizagem e sustentabilidade do reporte. Para a sua revisão, o estudo é valioso por mostrar que sistemas de notificação podem capturar mais do que “erro técnico”: eles também registram dilemas e falhas de processo com dimensão ética, frequentemente ligados a comunicação, decisões, prioridades e coordenação do cuidado na UTI. Isso amplia a compreensão do que deve ser considerado “reportável” e ajuda a interpretar subnotificação: se a organização só reconhece como reportável o evento clínico	PubMed
Hiltunen, 2025	Descrever como questões éticas são reportadas e geridas em UTI a partir de um sistema institucional de incidentes (HaiPro).	Observacional/qualitativo baseado em registros (e possivelmente análise de conteúdo) de relatos inseridos no HaiPro em contexto de terapia intensiva.		PubMed

Laaksonen, 2025	Explorar como equipes de UTI descrevem cultura de segurança medicamentosa e práticas de aprendizagem, incluindo reporte de incidentes.	Qualitativo (grupos focais) em UTIs europeias; análise temática; participantes multiprofissionais (conforme registro).	clássico, parte importante do risco e do sofrimento moral da equipe fica fora do radar. Ao mesmo tempo, o texto tende a explicitar o papel da resposta institucional: quando o sistema é usado para gerir (com devolutiva, encaminhamento e discussão), ele reforça cultura de aprendizagem; quando vira repositório sem ação, pode reforçar cinismo e reduzir reporte. O estudo oferece densidade explicativa para o fenômeno da subnotificação: em UTIs, o reporte é atravessado por microdecisões cotidianas (vale a pena registrar? vai dar em algo? alguém será culpado?). A discussão qualitativa costuma revelar que a cultura de segurança medicamentosa se materializa em rotinas de comunicação (passagens de plantão, checagens, coordenação) e na forma como a liderança reage a relatos. Quando há retorno e mudanças visíveis, a notificação ganha valor e tende a se manter; quando há silêncio gerencial, a equipe aprende que reportar consome tempo sem efeito. Para a revisão integrativa, isso ajuda a articular “sistema” e “cultura”: melhorias técnicas (formular, anonimato, categorias) têm pouco alcance se não vierem acompanhadas de processos de aprendizagem e de resposta não punitiva.	PubMed
Griffeth, 2023	Avaliar se uma intervenção multifacetada aumenta ou qualifica o reporte de incidentes em UTIs e melhora o uso institucional das notificações.	Estudo de melhoria da qualidade (antes-depois/implementação), com intervenção em UTI(s); monitoramento de indicadores de reporte e processos de segurança.	O estudo converge com a literatura ao tratar subnotificação como problema de sistema e de cultura, não como falha moral do trabalhador. Intervenções multifacetadas costumam combinar simplificação do ato de notificar (redução de barreiras práticas), devolutiva estruturada (mostrar que reportar gera ação) e alinhamento com liderança (sinal de proteção e de prioridade institucional). Para sua revisão, o valor está em identificar quais componentes têm maior plausibilidade de impacto: feedback rápido e visível, rotinas de discussão de incidentes, e reforço de resposta não punitiva tendem a sustentar a mudança. A implicação é direta: se a UTI quer	PubMed



Kazamer, 2023	Descrever cultura de segurança em departamentos de anestesia e terapia intensiva e discutir implicações para reporte e gestão de eventos.	Observacional (transversal) com profissionais de anestesia/UTI; instrumento de cultura de segurança; análise por dimensões.	aumentar reporte útil, precisa garantir que o relato entre em circuito de aprendizagem e que a equipe perceba benefícios concretos no cuidado. O estudo se encaixa no eixo cultura–reporte por mostrar que departamentos com alta criticidade (anestesia/UTI) dependem de comunicação franca e de confiança institucional para transformar falhas em melhoria. Quando a equipe percebe barreiras culturais, tende a reduzir reporte formal e a adotar soluções locais e informais, que não alimentam aprendizado organizacional. Para sua revisão, a utilidade está em comparar dimensões: fragilidades em feedback sobre erro e em suporte de liderança geralmente se associam a menor visibilidade de incidentes, o que compromete priorização de ações. O texto também ajuda a defender que sistemas de notificação precisam ser integrados à governança do serviço, com comitês e rotinas de discussão que devolvam à equipe mudanças tangíveis. O estudo é central para sua revisão porque coloca a UTI como cenário com barreiras específicas: alta carga de trabalho, prioridade clínica imediata e exposição a eventos em alta frequência podem normalizar desvios e reduzir o ímpeto de registrar formalmente. Quando isso se soma a resposta institucional pouco protetiva, o reporte passa a ser visto como risco e não como instrumento de segurança. A comparação com outros setores tende a revelar que a subnotificação não é homogênea: em UTI, a pressão do tempo e a percepção de que “não há retorno” costumam pesar mais, enquanto em outros setores podem predominar fatores distintos. Em termos práticos, o estudo sustenta intervenções direcionadas: simplificar o registro, garantir anonimato quando aplicável, e instituir devolutiva sistemática com aprendizado compartilhado.	PubMed
Kohanová, 2024	Identificar barreiras à notificação de eventos adversos, comparando a perspectiva de enfermeiros de UTI com a de outros setores.	Observacional (provável transversal) com enfermeiros; comparação entre grupos; instrumento/roteiro sobre barreiras ao reporte.	aumentar reporte útil, precisa garantir que o relato entre em circuito de aprendizagem e que a equipe perceba benefícios concretos no cuidado. O estudo se encaixa no eixo cultura–reporte por mostrar que departamentos com alta criticidade (anestesia/UTI) dependem de comunicação franca e de confiança institucional para transformar falhas em melhoria. Quando a equipe percebe barreiras culturais, tende a reduzir reporte formal e a adotar soluções locais e informais, que não alimentam aprendizado organizacional. Para sua revisão, a utilidade está em comparar dimensões: fragilidades em feedback sobre erro e em suporte de liderança geralmente se associam a menor visibilidade de incidentes, o que compromete priorização de ações. O texto também ajuda a defender que sistemas de notificação precisam ser integrados à governança do serviço, com comitês e rotinas de discussão que devolvam à equipe mudanças tangíveis. O estudo é central para sua revisão porque coloca a UTI como cenário com barreiras específicas: alta carga de trabalho, prioridade clínica imediata e exposição a eventos em alta frequência podem normalizar desvios e reduzir o ímpeto de registrar formalmente. Quando isso se soma a resposta institucional pouco protetiva, o reporte passa a ser visto como risco e não como instrumento de segurança. A comparação com outros setores tende a revelar que a subnotificação não é homogênea: em UTI, a pressão do tempo e a percepção de que “não há retorno” costumam pesar mais, enquanto em outros setores podem predominar fatores distintos. Em termos práticos, o estudo sustenta intervenções direcionadas: simplificar o registro, garantir anonimato quando aplicável, e instituir devolutiva sistemática com aprendizado compartilhado.	PubMed

Fonte: elaborado pelo autor (2025).

Ao reunir evidências recentes em diferentes modalidades de UTI, os estudos convergem na ideia de que o reporte de incidentes não é apenas um procedimento técnico, mas um comportamento organizacional



condicionado por normas implícitas, expectativas de equipe e sinais emitidos pela liderança. Em trabalhos que mensuram cultura de segurança com instrumentos estruturados, a dimensão relacionada à notificação tende a aparecer com desempenho inferior quando comparada a aspectos como trabalho em equipe ou percepção geral de segurança, o que sugere que “saber que é importante notificar” não se transforma automaticamente em “notificar de fato”.

Essa dissociação aparece em contextos distintos — UTI adulto, neonatal e áreas críticas — quando se observa a coexistência de avaliações moderadas/positivas de clima de segurança e baixa frequência de reportes formais, indicando espaço para intervenções focadas na resposta institucional ao erro, e não apenas em sensibilização individual (Campelo *et al.*, 2021; Manzo *et al.*, 2023; Oliveira *et al.*, 2024).

Em termos explicativos, uma parte expressiva da literatura aponta que o principal bloqueio ao reporte está menos ligado à “dificuldade de identificar” o evento e mais ao risco social percebido por quem reporta. Um estudo de métodos mistos com enfermeiros de UTI descreve, de modo consistente, que medo de responsabilização, sanções e desdobramentos legais se associa à decisão de não reportar; na etapa qualitativa, esse medo se articula com a escassez de tempo, lacunas de conhecimento sobre como notificar e uma atitude negativa construída ao longo da experiência institucional, quando o reporte não resulta em aprendizagem visível (Kohanová; Bartoníčková, 2024).

Esse achado dialoga diretamente com dimensões clássicas de cultura de segurança, como resposta não punitiva e apoio gerencial, pois, quando a equipe antecipa que o reporte será recebido como falha individual, o sistema passa a “selecionar” poucos relatos, geralmente os menos sensíveis, empobrecendo a capacidade de vigilância da organização (Peradejordi-Torres *et al.*, 2023; Lotici *et al.*, 2022).

Ainda nesse ponto, os estudos sugerem que subnotificação não se resolve apenas com a existência de um canal de reporte. O que parece diferenciar ambientes com maior aderência é a presença de um ciclo completo: notificar → analisar → devolver à equipe → modificar processos. Quando esse ciclo não se fecha, a notificação perde credibilidade como ferramenta de gestão de risco e vira obrigação burocrática. A percepção de falta de devolutiva e de mudanças concretas após reportes aparece como elemento que rebaixa o engajamento, porque a equipe não reconhece valor prático na ação de registrar. Em outras palavras, a cultura de segurança se expressa na forma como a instituição “responde” ao reporte, e não apenas na forma como ela “pede” que se reporte (Campelo *et al.*, 2021; Peradejordi-Torres *et al.*, 2023; Campos *et al.*, 2023).

Nessa linha, um dos resultados mais úteis para a revisão é a evidência de que intervenções desenhadas para facilitar o reporte e fortalecer a aprendizagem podem aumentar notificações sem degradar a percepção de cultura. Em um estudo quase-experimental em UTIs, a implementação de uma intervenção multifacetada elevou o número de relatos e, ao mesmo tempo, melhorou dimensões ligadas a aprendizagem organizacional e suporte gerencial; a interpretação mais relevante aqui é que o aumento de reportes não deve ser lido como “piora” do cuidado, mas

como maior visibilidade de riscos e maior confiança no sistema (Griffeth *et al.*, 2023).

A implicação prática é direta: programas institucionais precisam combinar facilitação do fluxo (acesso, tempo, clareza de critérios) com proteção simbólica e explícita ao notificador, além de feedback regular sobre o que mudou após os relatos.

Outra contribuição importante dos artigos está em mostrar que o conteúdo do que se reporta revela áreas frágeis do processo de trabalho em UTI, sobretudo quando o sistema de notificação é usado como fonte de análise institucional. Estudos baseados em bancos de relatos voluntários evidenciam padrões de incidentes ligados a medicamentos e transições de cuidado, chamando atenção para problemas de prescrição, monitoramento e transferências internas/externas como situações propensas a falhas detectadas no cotidiano da terapia intensiva (Bosma *et al.*, 2021). Em paralelo, análises longitudinais de incidentes em UTIs indicam que a distribuição dos tipos de eventos reportados muda conforme o tempo e conforme a maturidade do serviço em registrar e discutir ocorrências, o que reforça a necessidade de acompanhar tendências e não apenas “contar incidentes” em um período curto (Danielis *et al.*, 2021).

Para a sua revisão, esse conjunto sustenta a discussão sobre discrepância entre eventos que acontecem, eventos detectados por outros métodos e eventos formalmente notificados — e como essa discrepância se mantém quando o reporte não é percebido como instrumento de melhoria (Bosma *et al.*, 2021; Danielis *et al.*, 2021).

Nos cenários neonatais, a literatura adiciona uma camada interpretativa relevante: características sociodemográficas e ocupacionais podem influenciar a forma como profissionais percebem a cultura de segurança, o que tende a repercutir na disposição para notificar. Em UTIs neonatais brasileiras, associações entre variáveis profissionais (como formação e tempo de experiência) e dimensões de cultura sugerem que estratégias institucionais precisam ser moduladas por perfis de equipe; um mesmo “treinamento padrão” pode não ter o mesmo efeito em grupos com trajetórias distintas de socialização profissional (Manzo *et al.*, 2023).

Esse ponto se conecta ao que estudos em áreas críticas indicam sobre comunicação, coordenação multiprofissional e apoio do nível gerencial como condicionantes do reporte, com implicação prática para desenho de ações educativas e de governança clínica (Oliveira *et al.*, 2024; Lotici *et al.*, 2022).

Um desdobramento menos discutido, mas metodologicamente útil, aparece quando sistemas de notificação são empregados para registrar também dilemas éticos vividos na UTI. Ao analisar relatos em um sistema de incidentes, um estudo mostra que questões éticas conseguem ser formalizadas e geridas de forma institucional quando há um canal reconhecido, critérios de registro e estrutura de análise. Para além do conteúdo ético em si, a contribuição para sua revisão está em evidenciar que o reporte pode ser ampliado para capturar problemas “silenciosos” do trabalho intensivo — muitas vezes subnotificados por receio de julgamento —, desde que a instituição sinalize acolhimento

e uso não punitivo do registro (Hiltunen *et al.*, 2025). Isso reforça a tese de que o reporte é um indicador sensível de confiança organizacional: quando a equipe confia no tratamento dado ao registro, ela expõe temas difíceis; quando não confia, ela se cala.

Em síntese interpretativa, os artigos sustentam que barreiras ao reporte em UTI giram, com frequência, em torno de medo (punição, responsabilização, exposição), tempo insuficiente e baixa devolutiva pós-reportes, enquanto facilitadores se ligam a apoio visível da liderança, retorno estruturado e aprendizagem institucional produzida a partir dos registros (Kohanová; Bartoníčková, 2024; Griffeth *et al.*, 2023).

Ao mesmo tempo, permanece como lacuna a integração mais sistemática entre o que é notificado e o que é efetivamente transformado em intervenção monitorável, com avaliação posterior de impacto; além disso, ainda são poucos os estudos que triangulam, de forma rotineira, relatos voluntários com métodos de detecção (prontuário, triggers, auditorias) para estimar subnotificação e orientar prioridades de melhoria (Bosma *et al.*, 2021; Danielis *et al.*, 2021). Essa leitura já permite sustentar, na sua discussão, que fortalecer cultura de segurança em UTI passa por redesenhar a resposta institucional ao reporte, tornando o processo mais simples, protegido e útil para quem notifica — e verificável em mudanças concretas no cuidado (Campelo *et al.*, 2021; Peradejordi-Torres *et al.*, 2023).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta revisão integrativa indicam que a notificação de incidentes e eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva depende menos da existência formal de um sistema de reporte e mais da forma como a instituição organiza, interpreta e devolve essas informações à equipe. Quando predominam respostas punitivas, baixa previsibilidade de encaminhamento, ausência de feedback e fragilidades de comunicação, a notificação tende a se tornar esporádica, seletiva e pouco útil para aprendizagem.

Em contrapartida, ambientes que combinam liderança visível, proteção ao notificador, rotinas de análise e retorno estruturado conseguem fortalecer a cultura de segurança e ampliar a visibilidade dos riscos, favorecendo intervenções mais consistentes no processo de trabalho. Assim, a subnotificação se apresenta como expressão de um arranjo institucional que não transforma o relato em melhoria verificável, e não como falha individual isolada.

Como implicação prática, torna-se necessário consolidar estratégias que fechem o ciclo reporte–aprendizagem–mudança, com fluxos claros, devolutiva tempestiva e integração do sistema de notificação à governança do serviço, incluindo comissões atuantes, discussão sistemática de incidentes e monitoramento de ações corretivas.

Também se evidencia a necessidade de qualificar metodologias de vigilância em UTI, reduzindo dependência exclusiva do reporte voluntário e ampliando a capacidade de detecção por meio de triangulação de fontes, sem perder o vínculo com a cultura de segurança. Ao orientar políticas internas e planos de melhoria, recomenda-se que a

notificação seja tratada como indicador de confiança organizacional e de maturidade institucional, com investimentos simultâneos em capacitação, gestão do trabalho e mecanismos de accountability que priorizem aprendizagem e prevenção.

REFERÊNCIAS

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (US). **Making healthcare safer IV: a continuous updating of patient safety harms and practices**. Rockville: AHRQ, 2023. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/research/findings/making-healthcare-safer/mhs4/index.html>. Acesso em: 23 dez. 2025.
- AL MA'MARI, H. *et al.* Intensive care nurses' perceptions of patient safety culture in Oman: a national cross-sectional study. **Journal of Patient Safety**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 28–36, 2022.
- ALSOBOU, S. A. *et al.* The relationship between patient safety culture and attitudes toward incident reporting among registered nurses. **BMC Health Services Research**, [S. l.], v. 25, 2025.
- BOSMA, B. E. *et al.* Voluntarily reported prescribing, monitoring and medication transfer errors in intensive care units. **International Journal of Clinical Pharmacy**, [S. l.], v. 43, n. 1, p. 62–71, 2021.
- CAMPELO, C. L. *et al.* Patient safety culture among nursing professionals in the intensive care environment. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, e03754, 2021.
- CAMPOS, L. P. S. *et al.* Cultura de segurança: percepção dos enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 36, eAPE008532, 2023.
- COSTA, A. S. *et al.* Occurrence of adverse events in intensive care unit in south Bahia, Brazil. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 24, e72437, 2025.
- FRICKE, J. *et al.* Examining the impact of implementing high-reliability organization principles on patient safety outcomes. In: AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (US). **Making healthcare safer IV: a continuous updating of patient safety harms and practices**. Rockville: AHRQ, 2025.
- GORMAN, C. *et al.* Methods of adverse event detection in intensive care: a systematic review. **Critical Care Explorations**, [S. l.], v. 7, n. 4, e1119, 2025.
- GRIFFETH, E. M. *et al.* Multifaceted intervention to improve patient safety incident reporting in intensive care units. **Journal of Patient Safety**, [S. l.], v. 19, n. 7, p. 422–428, 2023.

HILTUNEN, T. *et al.* Reporting and managing ethical issues in intensive care using the critical incident reporting system. **Nursing Ethics**, [S. l.], v. 32, n. 1, p. 306-320, 2025.

KAZAMER, A. *et al.* A brief assessment of patient safety culture in anesthesia and intensive care departments. **Healthcare**, [S. l.], v. 11, p. 429, 2023.

KOHANOVÁ, D.; BARTONÍČKOVÁ, D. Barriers to reporting adverse events from the perspective of ICU nurses: a mixed-method study. **Enfermería Intensiva**, [S. l.], v. 35, n. 4, p. 287-298, 2024.

LAAKSONEN, R. *et al.* Patient safety culture and medication safety in European intensive care units: a focus group study. **European Journal of Hospital Pharmacy**, [S. l.], v. 32, n. 3, p. 209-219, 2025.

LISTON, E.; O'CONNOR, E.; WARD, M. E. Exploring safety culture in the ICU of a large acute teaching hospital through triangulating different data sources. **Healthcare**, [S. l.], v. 11, n. 23, 3095, 2023.

MANZO, B. F. *et al.* Influence of sociodemographic and occupational factors on safety culture in neonatal intensive care in Brazil. **Journal of Nursing Care Quality**, [S. l.], v. 38, n. 1, p. E1-E8, 2023.

MARTÍN-DELGADO, M. C.; BODÍ, M. Patient safety in the intensive care department. **Medicina Intensiva**, [S. l.], v. 49, n. 1, p. 25-31, 2025.

MIRA, J. *et al.* Editorial: Psychological safety in healthcare settings. **International Journal of Public Health**, [S. l.], v. 69, art. 1608073, 2024.

MURRAY, J. S. *et al.* Requirements for implementing a “just culture” within healthcare organisations: an integrative review. **BMJ Open Quality**, [S. l.], v. 12, n. 2, e002237, 2023.

NHS ENGLAND. **Patient safety incident response framework (PSIRF) and supporting guidance**. [London]: NHS, 2022. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/publication/patient-safety-incident-response-framework-and-supporting-guidance/>. Acesso em: 23 dez. 2025.

OLIVEIRA, I. *et al.* Patient safety culture in the context of critical care: an observational study. **Nursing Reports**, [S. l.], v. 14, n. 3, p. 1792-1806, 2024.

PACENKO, C. L. *et al.* Mapping strategies for strengthening safety culture: a scoping review. **Healthcare**, Basel, v. 12, n. 12, art. 1194, 2024.

PERADEJORDI-TORRES, R. M.; VALLS-MATARÍN, J. Perception of the safety culture in a critical area. **Enfermería Intensiva**, [S. l.], v. 34, n. 3, p. 148-155, 2023. English Edition.

POZZOBON, L. D.; ROTTER, T.; SEARS, K. The benefits and opportunities: engaging patients in identifying and reporting patient safety incidents. **Healthcare Management Forum**, [S. l.], v. 36, p. 1-6, 2023.

SEFERIAN, E. *et al.* The Safety Action Feedback and Engagement (SAFE) Loop: initial testing and refinement of a novel intervention to enhance hospital incident reporting and patient safety. **medRxiv**, [S. l.], 2025. Preprint.
SORRA, J. *et al.* **AHRQ hospital survey on patient safety culture: version 2.0: user's guide**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2021. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/AHRQ-Hospital-Survey-2.0-Users-Guide-5.26.2021.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2025.

TLILI, M. A. *et al.* A retrospective analysis of adverse events reported by Tunisian intensive care units' professionals. **BMC Health Services Research**, [S. l.], v. 24, art. 77, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>. Acesso em: 23 dez. 2025.

YESILYAPRAK, T.; KORKMAZ, F. D. The relationship between surgical intensive care unit nurses' patient safety culture and adverse events. **Nursing in Critical Care**, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 63-71, 2023.