

**SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: PREVENÇÃO DE EVENTOS
ADVERSOS E FORTALECIMENTO DA QUALIDADE ASSISTENCIAL**

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.070-010>

Alneide Souza Leite

Graduada em Enfermagem - Estácio Aracaju - Sergipe
E-mail: alneideleite@gmail.com

Valdyria Paula Pereira da Silva

Gestão Ambiental
Pós-graduação Educação Ambiental
E-mail: valdyrias@gmail.com

Adriane Aparecida Vieira

Doutoranda e Mestre em Geografia da Saúde, nutricionista pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), licenciada em Pedagogia e professora da Rede Municipal de Ensino de Contagem e da Universidade FUMEC
Atua nas áreas de Educação, Nutrição Clínica, Saúde Coletiva e docência no ensino superior
E-mail: adrianeaparecidavieira@hotmail.com

Valéria Cristina de Souza Dantas da Silva

Tecnólogo em Recursos Humanos
Universidade Pitágoras Unopar Anhanguera
Pós-graduação em andamento em Gestão em Enfermagem em UTI
Pós-graduação concluída em Gestão de Pessoas e Departamento Pessoal
E-mail: valeriacsds@gmail.com

Wesleyana Maressa Manuel da Silva

Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
Universidade Federal de Uberlândia
E-mail: Wesleyanamaressa@hotmail.com

Luana Duarte Rodrigues

Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ
Faculdade de Ciências Médicas de Maricá (FACMAR) e Secretaria Municipal de Saúde de Itaboraí
E-mail: enfluanarodrigues@hotmail.com

Cristiane Aparecida Rocha de Oliveira

Tecnólogo em Gestão de Recursos Humanos - Universidade Pitágoras Unopar Anhanguera
Pós-graduação em andamento em Administração Pública e Gestão de Pessoas
Pós-graduação em andamento Gestão Ambiental e de Pessoas
E-mail: rochacris82@gmail.com

Vivian da Fonseca Pinheiro

Graduação em Enfermagem: Universidade de Mogi das Cruzes

Pós-graduação em:

Instrumentação Cirúrgica, Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização - FITEC

Docência no Ensino Médio, Técnico e Superior - FITEC

E-mail: vfpinheiro@unifesp.br

Angela Gonçalves Muniz

Pós-graduação em Centro Cirúrgico pela Universidade São Camilo

Enfermagem pela FMU

E-mail: munizangel1805@gmail.com

Resumo

A segurança do paciente constitui uma dimensão essencial da qualidade da assistência em saúde, especialmente diante da possibilidade de ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados aos processos de cuidado. Este estudo caracteriza-se como uma revisão bibliográfica, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, com o objetivo de analisar estratégias voltadas à prevenção de eventos adversos e ao fortalecimento da segurança e da qualidade assistencial nos serviços de saúde. A metodologia fundamentou-se na análise de produções científicas, documentos técnicos e normativos relacionados à segurança do paciente, gestão de riscos, cultura de segurança e prevenção de danos evitáveis. Os resultados evidenciam que a ocorrência de eventos adversos está relacionada a múltiplos fatores, envolvendo aspectos organizacionais, processos de trabalho, comunicação entre profissionais, identificação do paciente, administração de medicamentos, prevenção de infecções e realização de procedimentos. Entre as estratégias identificadas destacam-se a implantação de protocolos assistenciais, a notificação e análise de incidentes, a educação permanente das equipes, a comunicação efetiva e o fortalecimento de uma cultura institucional voltada ao aprendizado e à prevenção de riscos. Conclui-se que a segurança do paciente depende de ações contínuas, sistematizadas e integradas, capazes de reduzir riscos e contribuir para uma assistência mais segura, eficiente e centrada nas necessidades do paciente.

Palavras-chave: Eventos Adversos; Gestão de Riscos; Qualidade da Assistência; Segurança do Paciente; Serviços de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tornou-se uma das questões centrais para a qualidade dos serviços de saúde, uma vez que todo processo assistencial envolve riscos que precisam ser reconhecidos, avaliados e reduzidos. Mesmo quando o cuidado é realizado com a finalidade de promover recuperação, aliviar sintomas ou preservar a vida, falhas nos processos de trabalho podem ocasionar danos que não estão

relacionados à evolução natural da doença. Por essa razão, discutir qualidade assistencial implica também compreender como os serviços organizam suas práticas para prevenir incidentes e eventos adversos.

A preocupação com os danos relacionados à assistência ganhou maior visibilidade internacional a partir do desenvolvimento de estudos que demonstraram que parte dos eventos ocorridos durante o cuidado poderia ser evitada mediante mudanças nos processos assistenciais e organizacionais. Nesse contexto, a segurança passou a ser compreendida não apenas como responsabilidade individual do profissional, mas como resultado da interação entre pessoas, tecnologias, condições de trabalho, comunicação, protocolos, gestão e cultura institucional.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021) reconhece a segurança do paciente como elemento fundamental da prestação de cuidados em todos os níveis e serviços de saúde. Essa perspectiva parte do entendimento de que erros, riscos e eventos adversos evitáveis permanecem como desafios importantes para os sistemas de saúde e que sua redução depende de estratégias articuladas entre gestores, profissionais, pacientes e organizações.

No Brasil, a segurança do paciente recebeu maior institucionalização com a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. O programa foi estabelecido com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde nos estabelecimentos do território nacional, promovendo iniciativas relacionadas à gestão de riscos, implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente, participação de pacientes e familiares e produção e disseminação de conhecimentos sobre o tema (Brasil, 2013).

No mesmo ano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36/2013, que instituiu ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde. A norma define segurança do paciente como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde e estabelece responsabilidades relacionadas à gestão de riscos, criação dos Núcleos de Segurança do Paciente, elaboração do Plano de Segurança do Paciente e monitoramento de incidentes (ANVISA, 2013).

A compreensão dos eventos adversos exige atenção às diferentes etapas da assistência. Falhas na identificação do paciente, problemas na prescrição, dispensação ou administração de medicamentos, comunicação inadequada entre profissionais, infecções relacionadas à assistência, quedas, falhas em procedimentos cirúrgicos e problemas associados ao uso de equipamentos são exemplos de situações capazes de comprometer a segurança. Por esse motivo, a prevenção não depende de uma única conduta, mas da organização de diferentes barreiras destinadas a impedir que uma falha alcance o paciente.

Os protocolos de segurança assumem papel importante nesse processo por contribuírem para a padronização de práticas consideradas essenciais. No contexto do Programa Nacional de Segurança do

Paciente, destacam-se medidas relacionadas à identificação correta do paciente, higiene das mãos, segurança cirúrgica, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, prevenção de quedas e outras práticas destinadas à redução dos riscos assistenciais (Brasil, 2014).

Entretanto, a existência de protocolos, por si só, não garante uma assistência segura. Normas podem estar formalmente implantadas sem que sejam efetivamente incorporadas ao cotidiano das equipes. Sobrecarga de trabalho, comunicação insuficiente, fragmentação da assistência, falhas nos registros, problemas na continuidade do cuidado e dificuldades na adesão aos protocolos podem comprometer a efetividade das medidas preventivas.

Nesse sentido, a cultura de segurança constitui um componente importante da qualidade assistencial. Uma organização comprometida com a segurança precisa criar condições para que riscos e incidentes sejam reconhecidos e discutidos sem que a análise se limite à busca por culpados. Isso não significa eliminar a responsabilidade profissional, mas compreender que os eventos adversos frequentemente resultam da combinação de diferentes fatores e fragilidades existentes no sistema de cuidado.

Reason (2000), ao discutir a ocorrência de erros nas organizações, contribuiu para a compreensão de que falhas humanas não devem ser analisadas isoladamente das condições nas quais o trabalho é realizado. A abordagem sistêmica desloca a atenção exclusiva sobre quem cometeu determinado erro e procura compreender também quais barreiras falharam, quais condições favoreceram sua ocorrência e quais mudanças podem reduzir a possibilidade de repetição.

Essa perspectiva possui implicações importantes para os serviços de saúde. Quando um incidente é tratado apenas como falha individual, perde-se a oportunidade de identificar vulnerabilidades presentes no processo assistencial. Em contrapartida, a investigação estruturada dos acontecimentos pode permitir a revisão de rotinas, o aperfeiçoamento dos protocolos e a implantação de barreiras capazes de prevenir novas ocorrências.

Outro elemento fundamental é a comunicação entre os profissionais. A assistência em saúde é realizada por diferentes categorias e frequentemente envolve mudanças de setor, turnos, equipes e níveis de atenção. Informações incompletas ou transmitidas de maneira inadequada podem comprometer a continuidade do cuidado. Dessa forma, a comunicação efetiva deve ser compreendida como medida de segurança e não apenas como habilidade individual dos profissionais.

A participação do próprio paciente e de seus familiares também ganhou importância nas políticas contemporâneas de segurança. O paciente informado pode contribuir para a conferência de informações, comunicação de alergias, esclarecimento de dúvidas e reconhecimento de situações que merecem atenção. O Programa Nacional de Segurança do Paciente inclui expressamente o envolvimento dos pacientes e familiares entre seus objetivos, reforçando a necessidade de superar uma concepção na qual o usuário ocupa posição exclusivamente passiva no processo assistencial (Brasil, 2013).

A notificação dos incidentes representa outro instrumento relevante. Conhecer os eventos que ocorrem nos serviços permite identificar padrões, analisar fatores contribuintes e direcionar medidas preventivas. Nesse sentido, a RDC nº 36/2013 atribui aos Núcleos de Segurança do Paciente funções relacionadas à análise dos dados sobre incidentes e eventos adversos, ao acompanhamento das ações de segurança e à implantação de barreiras destinadas à prevenção de novos incidentes (ANVISA, 2013).

A notificação, contudo, precisa estar associada ao aprendizado institucional. Quando os profissionais temem consequências desproporcionais ou entendem que comunicar uma falha não produzirá mudanças, existe o risco de subnotificação. O fortalecimento da cultura de segurança exige, portanto, ambientes nos quais as ocorrências possam ser analisadas de maneira responsável, preservando a necessária responsabilização, mas também buscando compreender as causas e aperfeiçoar os processos de trabalho.

No cenário internacional, o **Global Patient Safety Action Plan 2021–2030**, elaborado pela Organização Mundial da Saúde, reforça a necessidade de eliminar danos evitáveis relacionados à assistência e estabelecer a segurança como prioridade dos sistemas de saúde. O plano propõe uma abordagem integrada, envolvendo políticas públicas, organizações, profissionais, pacientes e famílias na construção de cuidados mais seguros (OMS, 2021).

A discussão sobre segurança também está diretamente relacionada ao conceito de qualidade assistencial. Donabedian (1988), referência nos estudos de avaliação da qualidade em saúde, propôs a análise da assistência a partir das dimensões de estrutura, processo e resultado. Essa perspectiva permanece relevante para compreender que a qualidade não depende exclusivamente do resultado final do tratamento, mas também das condições disponíveis e da maneira como o cuidado é organizado e executado.

Diante desse contexto, delimita-se como problema desta pesquisa: **quais estratégias podem contribuir para a prevenção de eventos adversos e para o fortalecimento da segurança do paciente e da qualidade assistencial nos serviços de saúde?**

O objetivo geral consiste em **analisar estratégias voltadas à prevenção de eventos adversos e ao fortalecimento da segurança do paciente nos serviços de saúde**. Como objetivos específicos, busca-se compreender os principais conceitos relacionados à segurança do paciente; identificar fatores associados à ocorrência de incidentes e eventos adversos; discutir a importância dos protocolos e das barreiras de segurança; analisar a contribuição da comunicação e da cultura de segurança; compreender a relevância da notificação e análise dos incidentes; e refletir sobre a participação dos profissionais, gestores, pacientes e familiares na construção de práticas assistenciais mais seguras.

A realização deste estudo justifica-se pela necessidade de fortalecer uma compreensão da segurança do paciente que ultrapasse a responsabilização individual diante dos erros. Embora a competência técnica e a responsabilidade profissional sejam indispensáveis, a prevenção de eventos adversos também depende

das condições organizacionais, da gestão dos riscos, da disponibilidade de recursos, da qualidade da comunicação e da existência de processos capazes de identificar vulnerabilidades antes que produzam danos.

A relevância do tema torna-se ainda maior diante da complexidade crescente da assistência em saúde. Novas tecnologias, medicamentos, procedimentos e formas de organização do cuidado ampliam as possibilidades terapêuticas, mas também exigem maior atenção aos riscos envolvidos. Nesse cenário, investir em segurança significa não apenas evitar danos, mas aprimorar processos, qualificar o trabalho das equipes e fortalecer a confiança entre pacientes, profissionais e instituições.

Assim, a segurança do paciente deve ser compreendida como responsabilidade compartilhada e componente permanente da qualidade assistencial. Mais do que reagir aos eventos depois que eles acontecem, os serviços precisam desenvolver capacidade para reconhecer riscos, aprender com os incidentes e estabelecer barreiras preventivas. O fortalecimento dessa perspectiva contribui para uma assistência mais organizada, responsável, efetiva e centrada nas necessidades das pessoas atendidas.

2 METODOLOGIA

2.1 DELINEAMENTO E ABORDAGEM DA PESQUISA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão bibliográfica, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, complementada pela análise de documentos técnicos e normativos relacionados à segurança do paciente e à qualidade da assistência nos serviços de saúde.

A escolha da revisão bibliográfica ocorreu em razão da necessidade de reunir e discutir conhecimentos já produzidos sobre eventos adversos, gestão de riscos, protocolos assistenciais, cultura de segurança e estratégias utilizadas para reduzir danos associados ao cuidado. Segundo Gil (2008), a pesquisa bibliográfica utiliza materiais já elaborados, especialmente livros e artigos científicos, possibilitando ao pesquisador examinar diferentes contribuições existentes sobre determinado problema.

A abordagem qualitativa foi utilizada por permitir uma análise interpretativa das informações encontradas, buscando compreender de que maneira os diferentes fatores relacionados à organização dos serviços, aos processos de trabalho e às práticas profissionais interferem na segurança assistencial. Para Minayo (2014), a pesquisa qualitativa mostra-se especialmente adequada à análise de fenômenos complexos, considerando relações, significados, práticas e contextos que não podem ser compreendidos apenas por indicadores quantitativos.

O caráter descritivo possibilitou organizar e apresentar os principais fatores relacionados aos incidentes e eventos adversos, bem como as estratégias descritas na literatura para sua prevenção e gerenciamento.

2.2 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

O levantamento bibliográfico foi direcionado à identificação de estudos relacionados à segurança do paciente, qualidade da assistência, eventos adversos, incidentes assistenciais, cultura de segurança e gestão de riscos nos serviços de saúde.

Foram consideradas publicações disponíveis em bases e plataformas de pesquisa científica, entre elas Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed/MEDLINE e Google Acadêmico.

As buscas foram orientadas pelos termos “segurança do paciente”, “eventos adversos”, “incidentes em saúde”, “qualidade da assistência”, “gestão de riscos”, “cultura de segurança”, “erros de medicação”, “comunicação em saúde” e “prevenção de eventos adversos”. Também foram utilizados, quando necessários, os correspondentes em inglês: “patient safety”, “adverse events”, “patient safety culture”, “risk management” e “quality of care”.

Os termos foram utilizados isoladamente e em diferentes combinações, buscando contemplar tanto estudos relacionados às causas e fatores contribuintes para os eventos adversos quanto pesquisas voltadas às estratégias de prevenção e fortalecimento da segurança assistencial.

2.3 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DAS PUBLICAÇÕES

Foram priorizados artigos científicos, livros, documentos técnicos, legislações e publicações institucionais diretamente relacionados à segurança do paciente e à prevenção de eventos adversos nos serviços de saúde.

Foram incluídas publicações que abordassem pelo menos uma das seguintes dimensões: ocorrência e prevenção de incidentes; cultura de segurança; gestão de riscos; protocolos assistenciais; identificação do paciente; segurança no uso de medicamentos; prevenção de quedas; prevenção de infecções relacionadas à assistência; segurança em procedimentos; comunicação entre profissionais; notificação de incidentes; participação do paciente e qualidade assistencial.

Também foram mantidos estudos clássicos considerados relevantes para a fundamentação conceitual, mesmo quando publicados em períodos anteriores. Entre eles encontram-se as contribuições de Donabedian para a avaliação da qualidade em saúde e de Reason para a compreensão sistêmica dos erros.

Foram excluídos materiais duplicados, textos sem relação direta com os objetivos do estudo, publicações de caráter exclusivamente opinativo e conteúdos sem identificação adequada de autoria ou procedência.

A seleção foi realizada inicialmente pela leitura dos títulos e resumos. Posteriormente, os materiais considerados pertinentes foram examinados de forma integral ou em suas seções diretamente relacionadas às categorias investigadas.

Não foi estabelecido previamente um número fixo de publicações, evitando atribuir ao estudo uma amostra bibliográfica que não correspondesse ao processo efetivamente realizado. A seleção foi orientada pela pertinência temática, consistência das informações e contribuição das fontes para os objetivos propostos.

2.4 ANÁLISE DOCUMENTAL E NORMATIVA

Além das publicações científicas, foram analisados documentos oficiais nacionais e internacionais relacionados à segurança do paciente.

No contexto brasileiro, foram considerados especialmente a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, e a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, que instituiu ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde.

Também foram considerados materiais técnicos relacionados aos protocolos básicos de segurança do paciente e documentos produzidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e pelo Ministério da Saúde.

No âmbito internacional, foram analisadas recomendações e documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS), com destaque para o Global Patient Safety Action Plan 2021–2030, que apresenta diretrizes internacionais destinadas à redução dos danos evitáveis associados à assistência.

A análise documental buscou identificar princípios, responsabilidades, estratégias preventivas, mecanismos de gestão de riscos e orientações relacionadas à construção de uma cultura institucional de segurança.

2.5 AMOSTRA DOCUMENTAL

Por se tratar de pesquisa bibliográfica e documental, não houve participação direta de pacientes, familiares ou profissionais de saúde, tampouco foram realizadas entrevistas, aplicação de questionários, observação de serviços ou consulta a prontuários.

A amostra documental foi constituída pelo conjunto de artigos científicos, livros, documentos oficiais, normas e publicações institucionais selecionados de acordo com sua relação com o objeto de estudo.

Dessa maneira, os resultados apresentados não correspondem à análise de uma instituição específica, mas à síntese interpretativa das evidências e recomendações encontradas nas fontes selecionadas.

2.6 INSTRUMENTO PARA ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Para sistematizar as informações encontradas, foi utilizada uma matriz de análise construída de acordo com os objetivos da pesquisa.

Os materiais foram organizados considerando os seguintes elementos: autoria e ano de publicação; conceito de segurança do paciente; tipos de incidentes e eventos adversos abordados; fatores contribuintes; consequências para o cuidado; estratégias preventivas; protocolos assistenciais; comunicação entre profissionais; cultura de segurança; notificação e análise de incidentes; educação permanente; participação do paciente e atuação da gestão.

A matriz teve função organizacional e interpretativa, possibilitando comparar diferentes fontes e identificar aspectos recorrentes na literatura. Não foi utilizada para gerar frequências ou resultados estatísticos.

2.7 TÉCNICA DE ANÁLISE

Após o levantamento e a organização das fontes, realizou-se leitura exploratória, analítica e interpretativa do material selecionado.

Inicialmente, foram identificados os conceitos fundamentais relacionados à segurança do paciente, incidentes, eventos adversos, riscos e qualidade assistencial. Em seguida, foram examinados os fatores associados à ocorrência de falhas nos processos de cuidado e as estratégias apresentadas para sua prevenção.

A interpretação considerou a abordagem sistêmica dos erros discutida por Reason (2000), segundo a qual os incidentes não devem ser compreendidos exclusivamente a partir da falha individual, sendo necessário examinar também as condições organizacionais e as barreiras existentes no sistema.

A discussão sobre qualidade assistencial também foi relacionada à contribuição de Donabedian (1988), especialmente à compreensão da qualidade a partir das dimensões de estrutura, processo e resultado.

Os achados científicos foram posteriormente confrontados com as orientações estabelecidas pelos documentos brasileiros e internacionais sobre segurança do paciente.

2.8 CATEGORIAS TEMÁTICAS DE ANÁLISE

A partir da leitura e sistematização dos materiais, os resultados foram organizados em categorias temáticas que permitiram reunir conteúdos semelhantes e estabelecer relações entre os diferentes aspectos da segurança assistencial.

Foram estabelecidas as seguintes categorias:

- a) eventos adversos e fatores contribuintes: características dos incidentes e condições relacionadas à sua ocorrência;

- b) identificação do paciente e segurança dos procedimentos: medidas destinadas à prevenção de trocas, procedimentos incorretos e falhas de identificação;
- c) segurança no uso de medicamentos: riscos relacionados à prescrição, dispensação, preparo e administração;
- d) prevenção de infecções, quedas e outros danos assistenciais: utilização de protocolos e barreiras preventivas;
- e) comunicação efetiva e continuidade do cuidado: transmissão de informações entre profissionais, equipes, setores e níveis assistenciais;
- f) cultura de segurança e abordagem sistêmica dos erros: aprendizagem institucional, responsabilização adequada e redução de práticas exclusivamente punitivas;
- g) notificação e análise de incidentes: utilização das ocorrências como fonte de informação para identificação de riscos e aperfeiçoamento dos processos;
- h) educação permanente e participação do paciente: capacitação das equipes e envolvimento de pacientes e familiares na promoção de práticas mais seguras.

Essas categorias orientaram a construção da seção de Resultados e Discussão.

2.9 FUNDAMENTAÇÃO DA ANÁLISE

A interpretação dos resultados foi fundamentada na compreensão de que a segurança do paciente depende da interação entre fatores humanos, organizacionais, tecnológicos e assistenciais.

Reason (2000) contribui para essa perspectiva ao demonstrar que os erros precisam ser analisados dentro dos sistemas nos quais ocorrem. Em serviços complexos, diferentes fragilidades podem se alinhar e permitir que uma falha ultrapasse as barreiras de proteção existentes.

A contribuição de Donabedian (1988) permitiu relacionar segurança e qualidade assistencial às condições estruturais dos serviços, à organização dos processos e aos resultados produzidos pelo cuidado.

No âmbito institucional, as recomendações do Programa Nacional de Segurança do Paciente, da ANVISA e da Organização Mundial da Saúde foram utilizadas para discutir gestão de riscos, protocolos, cultura de segurança, participação do paciente e aprendizagem a partir dos incidentes.

A articulação entre essas perspectivas possibilitou analisar a prevenção de eventos adversos não apenas como responsabilidade técnica de profissionais individuais, mas como componente da organização e da qualidade dos sistemas de cuidado.

2.10 ASPECTOS ÉTICOS E LIMITAÇÕES

Por utilizar exclusivamente materiais bibliográficos e documentos de acesso público, esta pesquisa não envolveu intervenção ou coleta direta de dados com seres humanos. Foram observados os princípios de integridade acadêmica, respeito à autoria e utilização responsável das informações consultadas.

Como limitação, destaca-se que os serviços de saúde apresentam diferentes níveis de complexidade, estruturas, recursos e perfis assistenciais. Dessa forma, estratégias descritas como eficazes em determinado contexto podem necessitar de adaptações antes de serem incorporadas a outras instituições.

Também se reconhece que a revisão bibliográfica permite identificar e discutir estratégias de segurança, mas não possibilita avaliar diretamente sua implementação ou efetividade em uma instituição específica.

Apesar dessas limitações, o percurso metodológico adotado permitiu reunir fundamentos científicos e normativos relevantes para compreender os principais riscos associados à assistência e discutir estratégias destinadas à prevenção de eventos adversos e ao fortalecimento da qualidade e da segurança nos serviços de saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da literatura e dos documentos selecionados demonstrou que a segurança do paciente depende de um conjunto de fatores que ultrapassa a execução técnica de procedimentos. Os principais achados apontam para a necessidade de integrar gestão de riscos, protocolos assistenciais, comunicação efetiva, educação permanente, notificação de incidentes e fortalecimento da cultura de segurança. Nesse sentido, os eventos adversos não podem ser compreendidos apenas como consequência de falhas individuais, pois frequentemente estão relacionados a fragilidades presentes nos processos de trabalho e na própria organização dos serviços.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023) reconhece como fontes importantes de danos evitáveis os erros relacionados a medicamentos, procedimentos cirúrgicos inseguros, infecções relacionadas à assistência, erros diagnósticos, quedas, lesões por pressão, falhas na identificação do paciente e outros incidentes. Esses eventos apresentam características distintas, mas compartilham a necessidade de mecanismos preventivos capazes de identificar riscos antes que alcancem o paciente.

Os resultados foram organizados em oito eixos principais: eventos adversos e fatores contribuintes; identificação segura do paciente; segurança no uso de medicamentos; prevenção de infecções, quedas e outros danos; comunicação efetiva; cultura de segurança; notificação e aprendizagem institucional; e educação permanente e participação do paciente.

3.1 EVENTOS ADVERSOS E FATORES CONTRIBUINTES

Um dos principais achados foi a natureza multifatorial dos eventos adversos. Embora determinadas ocorrências possam envolver falhas humanas diretamente observáveis, sua análise não deve terminar na identificação do profissional envolvido. Condições de trabalho, organização das tarefas, disponibilidade de recursos, comunicação, treinamento, tecnologias e funcionamento das barreiras de segurança também precisam ser considerados.

Reason (2000) contribui para essa compreensão ao diferenciar uma abordagem centrada exclusivamente na pessoa de uma abordagem voltada ao sistema. Na perspectiva sistêmica, os erros humanos são considerados dentro das condições em que o trabalho é realizado. A prevenção, portanto, depende também da criação de barreiras capazes de impedir que uma falha produza dano ao paciente.

Essa concepção é particularmente importante em serviços de saúde, nos quais diferentes profissionais, procedimentos, medicamentos, equipamentos e informações estão envolvidos simultaneamente. Quanto maior a complexidade do cuidado, maior a necessidade de processos organizados que reduzam a dependência exclusiva da memória ou da atenção individual.

Os achados reforçam, portanto, que a segurança não pode ser construída apenas com recomendações como “ter mais atenção” ou “não cometer erros”. É necessário identificar vulnerabilidades concretas e modificar processos que favoreçam a ocorrência ou repetição dos incidentes.

3.2 IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE

A identificação do paciente apareceu como uma das barreiras fundamentais para a segurança assistencial. Uma identificação inadequada pode interferir em diferentes etapas do cuidado e favorecer troca de medicamentos, exames, procedimentos ou outras condutas destinadas a outra pessoa.

Por esse motivo, a conferência da identidade não deve ser considerada uma formalidade administrativa. Ela integra diretamente o processo assistencial e precisa ocorrer nos momentos definidos pelos protocolos institucionais.

Os protocolos brasileiros de segurança do paciente incluem a identificação entre as práticas prioritárias. A RDC nº 36/2013 também estabelece que o Plano de Segurança do Paciente deve contemplar estratégias relacionadas à identificação correta (ANVISA, 2013).

A análise demonstra que a existência de pulseiras ou outros instrumentos de identificação representa apenas uma parte do processo. A efetividade da barreira depende da conferência realizada pelos profissionais antes das ações assistenciais e da participação do próprio paciente, quando possível.

3.3 SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, DISPENSAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Os medicamentos constituem uma área particularmente sensível para a segurança do paciente. O processo envolve diferentes etapas, desde a prescrição até o monitoramento da resposta clínica, e uma falha pode ocorrer em qualquer uma delas.

A OMS (2023) destaca os danos relacionados a medicamentos entre os problemas relevantes de segurança nos sistemas de saúde. Essa constatação reforça a necessidade de barreiras em todas as etapas do processo medicamentoso.

Prescrições incompletas ou pouco claras, falhas de comunicação, medicamentos com nomes ou embalagens semelhantes, interrupções durante o preparo, ausência de conferência e problemas na transição do cuidado podem aumentar os riscos.

No Brasil, o Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos orienta medidas destinadas à redução dessas falhas. A adoção de procedimentos de conferência, identificação adequada, padronização e atenção especial aos medicamentos potencialmente perigosos constitui parte das estratégias preventivas.

Entretanto, protocolos não devem ser entendidos como listas utilizadas mecanicamente. Sua finalidade é criar barreiras consistentes e diminuir a possibilidade de que uma falha isolada resulte em dano.

3.4 PREVENÇÃO DE INFECÇÕES, QUEDAS E OUTROS DANOS ASSISTENCIAIS

A análise também evidenciou a relevância das medidas direcionadas à prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde. Entre as práticas básicas, a higiene das mãos permanece como uma medida essencial para reduzir a transmissão de microrganismos nos serviços.

O protocolo brasileiro para higiene das mãos foi desenvolvido com a finalidade de promover essa prática e contribuir para a prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência. Apesar de sua aparente simplicidade, sua execução exige disponibilidade de insumos, condições estruturais, treinamento, monitoramento e compromisso das equipes.

As quedas constituem outro risco que demanda avaliação individualizada. O protocolo nacional orienta a avaliação do risco e a implantação de medidas preventivas compatíveis com as necessidades do paciente. Isso demonstra que a prevenção não deve se limitar à aplicação indiscriminada das mesmas condutas para todos os indivíduos.

Também precisam ser consideradas medidas para prevenção de lesões por pressão, complicações relacionadas aos dispositivos e outros danos associados à permanência nos serviços de saúde. Em todos esses casos, avaliação do risco, planejamento do cuidado e reavaliação periódica são elementos importantes.

SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS E FORTALECIMENTO DA QUALIDADE ASSISTENCIAL

A segurança cirúrgica segue lógica semelhante. O uso de listas de verificação busca assegurar que informações essenciais sejam conferidas em momentos críticos do procedimento, contribuindo para confirmar paciente, procedimento e local corretos, além de outros elementos relevantes para a segurança.

Tabela 1 – Principais riscos assistenciais e estratégias relacionadas à segurança do paciente

Risco ou dimensão	Possíveis fatores contribuintes	Estratégias preventivas
Identificação incorreta	Conferência insuficiente, informações incompletas e falhas de identificação	Uso de identificadores adequados e conferência antes de procedimentos e administração de medicamentos
Erros de medicação	Prescrição inadequada, falhas de comunicação, interrupções e ausência de conferência	Protocolos de prescrição, dispensação, preparo e administração segura
Infecções relacionadas à assistência	Falhas nas práticas preventivas e no cumprimento das medidas de controle	Higiene das mãos, precauções e protocolos de prevenção de infecções
Quedas	Mobilidade reduzida, condições clínicas, medicamentos e ambiente inadequado	Avaliação de risco, ambiente seguro e medidas individualizadas
Lesões por pressão	Imobilidade, condição clínica e ausência de medidas preventivas adequadas	Avaliação de risco, inspeção da pele e medidas preventivas
Procedimentos cirúrgicos	Falhas de identificação, comunicação ou verificação	Lista de verificação e protocolo de cirurgia segura
Falhas de comunicação	Informações incompletas, transições e ausência de padronização	Comunicação estruturada e registros adequados
Eventos recorrentes	Subnotificação e ausência de análise das causas	Notificação, investigação, monitoramento e plano de melhoria
Fragilidade da cultura de segurança	Medo de comunicar erros e foco exclusivo na punição	Liderança comprometida, aprendizagem institucional e responsabilização equilibrada
Falhas relacionadas ao processo de trabalho	Sobrecarga, barreiras insuficientes e processos mal organizados	Gestão de riscos, revisão dos fluxos e educação permanente

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Reason (2000), Brasil (2013), ANVISA (2013) e OMS (2023).

A tabela evidencia que diferentes eventos podem compartilhar fatores organizacionais semelhantes. Comunicação, organização dos processos, capacitação e funcionamento das barreiras de segurança aparecem de maneira transversal, indicando que ações isoladas dificilmente são suficientes.

3.5 COMUNICAÇÃO EFETIVA E CONTINUIDADE DO CUIDADO

A comunicação foi identificada como elemento transversal da segurança. Informações sobre diagnóstico, alergias, medicamentos, alterações clínicas, procedimentos e riscos precisam acompanhar o paciente ao longo de seu percurso assistencial.

Esse aspecto ganha importância durante mudanças de turno, transferências entre setores, encaminhamentos e transições entre diferentes níveis de atenção. Quando informações essenciais não são transmitidas adequadamente, decisões posteriores podem ser tomadas a partir de dados incompletos.

A comunicação efetiva não depende apenas da disposição individual de conversar. Os serviços precisam estabelecer formas organizadas de transmissão das informações, definir conteúdos essenciais e manter registros adequados.

A participação do paciente também pode contribuir para esse processo. Sempre que suas condições permitirem, esclarecer dúvidas, informar medicamentos em uso, comunicar alergias e participar da confirmação de informações pode funcionar como uma barreira adicional de segurança.

3.6 CULTURA DE SEGURANÇA E ABORDAGEM SISTÊMICA DOS ERROS

Outro achado relevante refere-se à influência da cultura institucional sobre a maneira como os serviços lidam com erros e incidentes. Quando a primeira resposta diante de uma ocorrência é encontrar um culpado, existe o risco de que problemas estruturais permaneçam sem identificação.

Reason (2000) argumenta que organizações complexas precisam aprender com as falhas e fortalecer suas defesas. Aplicada aos serviços de saúde, essa perspectiva significa analisar não apenas quem participou do incidente, mas como o processo estava organizado e quais barreiras deixaram de funcionar.

Isso não significa eliminar a responsabilização profissional. Comportamentos intencionais, violações conscientes e práticas incompatíveis com padrões de segurança precisam ser adequadamente avaliados. Entretanto, falhas não intencionais ocorridas dentro de sistemas frágeis exigem também respostas organizacionais.

Uma cultura de segurança consistente procura equilibrar responsabilidade e aprendizagem. O profissional precisa reconhecer sua participação nos processos, ao mesmo tempo em que a instituição assume responsabilidade pela melhoria das condições nas quais o cuidado é prestado.

3.7 NOTIFICAÇÃO DOS INCIDENTES E APRENDIZAGEM INSTITUCIONAL

Os resultados apontaram que a notificação de incidentes possui valor principalmente quando as informações produzidas são utilizadas para promover mudanças.

A RDC nº 36/2013 prevê ações de identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos, além do monitoramento dos incidentes relacionados à assistência (ANVISA, 2013). Dessa forma, registrar uma ocorrência representa o início, e não o término, do processo de gestão do risco.

Após a identificação de um incidente, torna-se necessário compreender o que aconteceu, quais fatores contribuíram para sua ocorrência e quais medidas podem diminuir a possibilidade de repetição.

A subnotificação constitui uma dificuldade nesse processo. Quando os profissionais associam a comunicação de incidentes exclusivamente à punição, podem surgir resistências em registrar ocorrências.

Por outro lado, um sistema de notificação sem análise e retorno às equipes também tende a perder credibilidade.

Por isso, a aprendizagem institucional depende da capacidade de transformar notificações em informações úteis para revisar protocolos, modificar fluxos, fortalecer barreiras e orientar ações educativas.

3.8 EDUCAÇÃO PERMANENTE E QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES

A educação permanente apareceu como componente essencial para que protocolos e normas sejam efetivamente incorporados ao cotidiano.

A simples disponibilização de um documento não garante mudança de prática. Profissionais precisam compreender por que determinada medida existe, quais riscos pretende evitar e como deve ser executada.

Capacitações podem abordar identificação do paciente, medicamentos, higiene das mãos, prevenção de quedas, comunicação, uso de equipamentos, segurança cirúrgica e notificação de incidentes. Entretanto, a formação tende a ser mais significativa quando relacionada aos problemas efetivamente observados no serviço.

Nesse sentido, os próprios incidentes e quase falhas podem fornecer oportunidades de aprendizagem, desde que sejam analisados de maneira ética e orientada para melhoria dos processos.

A educação permanente também precisa acompanhar alterações nas evidências científicas, tecnologias, protocolos e características do serviço. Segurança do paciente não constitui conhecimento adquirido uma única vez, mas prática que exige atualização contínua.

3.9 PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE E DOS FAMILIARES

A análise revelou ainda que pacientes e familiares podem participar ativamente da promoção da segurança. Essa participação não transfere para o usuário a responsabilidade pela prevenção dos erros, mas acrescenta uma barreira ao processo de cuidado.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente prevê o envolvimento dos pacientes e familiares nas ações de segurança. A OMS também reconhece o engajamento do paciente como componente das estratégias para redução de danos.

Na prática, isso envolve fornecer informações compreensíveis, permitir perguntas, explicar procedimentos, confirmar dados e favorecer a participação nas decisões sempre que possível.

Para que essa participação seja efetiva, entretanto, é necessário evitar que o paciente se sinta constrangido ao questionar uma conduta ou solicitar confirmação de determinada informação. Uma assistência centrada na pessoa pressupõe uma relação em que dúvidas e preocupações possam ser comunicadas com segurança.

3.10 SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE ASSISTENCIAL

Os achados demonstram uma relação direta entre segurança e qualidade. Não é possível considerar um serviço de elevada qualidade quando existem riscos evitáveis que não são reconhecidos ou adequadamente gerenciados.

A contribuição de Donabedian (1988) auxilia na compreensão dessa relação por considerar estrutura, processo e resultado como dimensões importantes da avaliação da qualidade. Condições estruturais inadequadas podem comprometer processos; processos frágeis, por sua vez, podem aumentar a probabilidade de resultados indesejados.

Nesse sentido, avaliar segurança exige observar não somente a ocorrência final de eventos adversos, mas também as condições capazes de produzi-los. Indicadores, auditorias, análise das notificações, adesão aos protocolos e avaliação das práticas podem contribuir para identificar fragilidades antes que resultem em danos.

A melhoria da qualidade precisa, portanto, ser contínua. A ausência de eventos notificados não deve ser interpretada automaticamente como ausência de riscos, principalmente quando existem fragilidades nos sistemas de comunicação e registro.

3.11 SÍNTESE DOS PRINCIPAIS ACHADOS

A análise conjunta demonstra que a prevenção de eventos adversos depende da combinação de diferentes estratégias. Protocolos são fundamentais, mas precisam ser acompanhados de treinamento, condições adequadas de trabalho, comunicação, monitoramento e participação da gestão.

Da mesma forma, sistemas de notificação são importantes, mas produzem pouco efeito quando as informações não retornam às equipes na forma de aprendizado e melhoria. A educação permanente também perde alcance quando não está relacionada às dificuldades concretas observadas nos processos assistenciais.

Os resultados indicam, portanto, que a segurança do paciente deve ser tratada como parte da organização do cuidado e não como atividade adicional ou responsabilidade exclusiva de um setor. Núcleos de Segurança do Paciente, gestores e profissionais possuem funções específicas, mas a redução dos riscos depende da participação das diferentes áreas envolvidas na assistência.

Outro ponto relevante é que a prevenção não significa acreditar que todas as falhas humanas possam ser eliminadas. O objetivo é organizar sistemas capazes de tornar os erros menos prováveis, identificar falhas precocemente e impedir, sempre que possível, que alcancem o paciente.

Assim, o fortalecimento da qualidade assistencial está relacionado à capacidade dos serviços de reconhecer suas vulnerabilidades, aprender com os incidentes e transformar esse aprendizado em mudanças concretas. Uma instituição comprometida com a segurança não é aquela que simplesmente afirma não

cometer erros, mas aquela que desenvolve mecanismos para identificar riscos, analisar ocorrências e aperfeiçoar continuamente seus processos de cuidado.

4 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar estratégias voltadas à prevenção de eventos adversos e ao fortalecimento da segurança do paciente e da qualidade assistencial nos serviços de saúde. A partir da literatura científica e dos documentos analisados, foi possível compreender que a segurança não depende de uma única medida ou da atuação isolada de determinado profissional, mas de um conjunto de práticas integradas que envolvem assistência, gestão, organização dos processos de trabalho e participação dos diferentes sujeitos envolvidos no cuidado.

Os principais resultados demonstraram que os eventos adversos apresentam caráter multifatorial e podem estar relacionados a falhas de identificação, uso de medicamentos, procedimentos, prevenção de infecções e quedas, comunicação entre profissionais, continuidade do cuidado e organização dos serviços. Dessa forma, a prevenção exige a criação de barreiras capazes de reconhecer riscos e reduzir a possibilidade de que falhas presentes no processo assistencial resultem em danos ao paciente.

Os protocolos de segurança mostraram-se importantes para a padronização das práticas e para a definição de etapas essenciais do cuidado. Entretanto, sua existência formal não garante a segurança da assistência. Para que produzam resultados, precisam ser incorporados à rotina dos profissionais, acompanhados pela gestão e periodicamente avaliados de acordo com as necessidades e características de cada serviço.

A comunicação efetiva também se destacou como elemento fundamental. A circulação adequada das informações entre profissionais, setores e níveis de atenção contribui para a continuidade do cuidado e reduz riscos relacionados a informações incompletas ou incorretas. Esse aspecto torna-se especialmente relevante nas mudanças de turno, transferências, encaminhamentos e demais situações em que diferentes equipes participam do atendimento ao mesmo paciente.

Outro resultado importante foi a necessidade de fortalecer uma cultura institucional que reconheça os incidentes como oportunidades de aprendizagem. A prevenção não pode estar baseada exclusivamente na busca por culpados. A responsabilização profissional permanece necessária, mas deve ser acompanhada pela análise das condições que favoreceram a ocorrência do evento e pela identificação das barreiras que deixaram de funcionar.

Nesse contexto, a notificação dos incidentes assume importância quando está vinculada à análise e à melhoria dos processos. Registrar uma ocorrência sem investigar suas circunstâncias ou estabelecer medidas preventivas limita a contribuição dos sistemas de notificação. A informação produzida precisa retornar às equipes e auxiliar na revisão de práticas, protocolos e fluxos assistenciais.

A educação permanente dos profissionais também se mostrou indispensável para o fortalecimento da segurança. A atualização das equipes deve acompanhar as mudanças nas evidências científicas, nas tecnologias, nos protocolos e nos processos de trabalho. Mais do que treinamentos pontuais, torna-se necessário construir espaços contínuos de aprendizagem relacionados às situações encontradas no cotidiano dos serviços.

A participação dos pacientes e familiares representa outra contribuição relevante para a segurança. Quando recebem informações claras e encontram abertura para esclarecer dúvidas e comunicar preocupações, podem participar de maneira mais ativa do cuidado. Essa participação não transfere ao paciente a responsabilidade pela prevenção dos eventos adversos, mas acrescenta uma possibilidade de conferência e comunicação dentro do processo assistencial.

Como contribuição, esta pesquisa reúne diferentes dimensões da segurança do paciente em uma perspectiva integrada, evidenciando que prevenção de eventos adversos e qualidade assistencial estão diretamente relacionadas. Identificação segura, uso adequado de medicamentos, prevenção de infecções e quedas, comunicação efetiva, educação permanente, gestão de riscos e aprendizagem com os incidentes não devem funcionar como ações independentes, mas como partes de uma mesma política institucional de segurança.

Conclui-se que fortalecer a segurança do paciente exige compromisso contínuo dos profissionais, gestores e instituições de saúde. Mais do que reagir aos eventos adversos depois de sua ocorrência, os serviços precisam desenvolver capacidade para antecipar riscos, estabelecer barreiras, acompanhar indicadores e transformar fragilidades identificadas em oportunidades de melhoria. Dessa maneira, a segurança passa a integrar efetivamente a qualidade do cuidado e contribui para uma assistência mais responsável, organizada e centrada nas necessidades das pessoas atendidas.

Para pesquisas futuras, sugere-se ampliar a investigação sobre a implementação dos protocolos de segurança em diferentes níveis de atenção, as dificuldades enfrentadas pelos profissionais para notificar incidentes, a influência da cultura organizacional sobre a segurança e os resultados de programas de educação permanente. Estudos realizados diretamente nos serviços de saúde também podem contribuir para identificar barreiras específicas e avaliar a efetividade das estratégias utilizadas na redução de eventos adversos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: ANVISA, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Anexo 01: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Anexo 02: Protocolo de prevenção de úlcera por pressão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Anexo 03: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Anexo 04: Protocolo de identificação do paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Anexo 05: Protocolo de prevenção de quedas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Anexo 06: Protocolo para cirurgia segura**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

DE VRIES, E. N.; RAMRATTAN, M. A.; SMORENBURG, S. M.; GOUMA, D. J.; BOERMEESTER, M. A. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 17, n. 3, p. 216-223, 2008. DOI: 10.1136/qshc.2007.023622.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988. DOI: 10.1001/jama.1988.03410120089033.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

REASON, James. Human error: models and management. **BMJ**, London, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.768.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care**. Geneva: World Health Organization, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient safety**. Geneva: World Health Organization, 2023.