

GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

QUALITY MANAGEMENT AND PATIENT SAFETY IN HEALTHCARE SERVICES

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.068-041>

Rydan Ribeiro Simas Jardim

Mestrando em Gestão de Saúde (Master of Science in Healthcare Management) pela MUST University.

E-mail: rydanjardim@gmail.com

Rachel Layne Gomes Campean do Vale

Mestranda em Gestão de Cuidados da Saúde pela MUST University.

E-mail: enfrachelcampean@gmail.com

Maria da Conceição Saraiva da Silva

Graduada em Medicina pela Universidade Nilton Lins e em Odontologia pelo Centro Educacional Christus do Amazonas. Especialista em Ortodontia pela Faculdade do Amazonas – Centro Educacional Christus do Amazonas e em Implantodontia pela Universidade Paulista (UNIP).

E-mail: mariaconceicao.s.da.s@gmail.com

Cintia Cristiana Azarias da Silva

Pós-graduada pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

E-mail: cintia.duda02@gmail.com

Renato Aparecido Luna Silva

Pós-graduado em Gestão de Hospitais pela Faculdade Focus.

E-mail: renatoluna1@gmail.com

Manoela Mendes Sousa

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Pós-graduada em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Central de Materiais pelo Centro Universitário São Camilo.

E-mail: manoela-mendes@outlook.com

Elisângela Ribeiro Soares

Pós-graduada em Atendimento na Unidade Básica de Saúde pela Faculdade Focus.

E-mail: ersoares@unifesp.br

Gisele Paula Carvalho Mourão

Pós-graduada em Estética Avançada pelo ITA Educacional.

E-mail: gisele.paula@unifesp.br

Resumo

A qualidade da assistência e a segurança do paciente constituem dimensões fundamentais da gestão dos serviços de saúde, uma vez que falhas nos processos assistenciais podem produzir danos evitáveis, comprometer resultados clínicos e reduzir a confiança dos usuários nas instituições. Este estudo objetiva analisar a contribuição da gestão da qualidade para a promoção da segurança do paciente, com ênfase na

prevenção de eventos adversos, no gerenciamento de riscos e no desenvolvimento de práticas organizacionais orientadas para a melhoria contínua. Trata-se de pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa e caráter exploratório-descritivo, fundamentada na análise da literatura científica e de documentos normativos relacionados à qualidade assistencial e à segurança do paciente. A literatura evidencia que a ocorrência de incidentes não pode ser compreendida exclusivamente a partir de falhas individuais, pois envolve fatores associados à organização do trabalho, comunicação, protocolos assistenciais, recursos disponíveis, liderança e cultura institucional. Nesse contexto, estratégias como identificação e análise de riscos, notificação e investigação de incidentes, utilização de indicadores, padronização de processos, educação permanente e fortalecimento da cultura de segurança apresentam relevância para a prevenção de danos. Destaca-se que a gestão da qualidade produz resultados mais consistentes quando ultrapassa o cumprimento formal de normas e incorpora a segurança às decisões institucionais e aos processos cotidianos de cuidado. Conclui-se que a redução de eventos adversos exige abordagem sistêmica, participação multiprofissional, aprendizagem organizacional e comprometimento permanente da gestão com práticas assistenciais seguras, efetivas e centradas no paciente.

Palavras-chave: Eventos adversos; Gestão da qualidade; Gestão de riscos; Segurança do paciente.

Abstract

The quality of care and patient safety are fundamental dimensions of healthcare service management, since failures in care processes can lead to preventable harm, compromise clinical outcomes, and reduce users' trust in healthcare institutions. This study aims to analyze the contribution of quality management to the promotion of patient safety, with emphasis on the prevention of adverse events, risk management, and the development of organizational practices focused on continuous improvement. This is a bibliographic study with a qualitative approach and an exploratory-descriptive nature, based on the analysis of scientific literature and regulatory documents related to quality of care and patient safety. The literature indicates that the occurrence of incidents cannot be understood exclusively as the result of individual failures, as it also involves factors associated with work organization, communication, care protocols, available resources, leadership, and institutional culture. In this context, strategies such as risk identification and analysis, incident reporting and investigation, use of indicators, process standardization, continuing education, and strengthening of a safety culture are relevant to harm prevention. It is noteworthy that quality management produces more consistent results when it goes beyond formal compliance with standards and incorporates safety into institutional decision-making and everyday care processes. It is concluded that reducing adverse events requires a systemic approach, multidisciplinary participation, organizational learning, and an ongoing commitment by management to safe, effective, and patient-centered care practices.

Keywords: Adverse Events; Patient Safety; Quality Management; Risk Management.

1 INTRODUÇÃO

A qualidade da assistência constitui um dos fundamentos para a organização e avaliação dos serviços de saúde, uma vez que o cuidado não pode ser considerado satisfatório apenas por estar disponível ou por empregar recursos técnico-científicos. A prestação de serviços de qualidade pressupõe capacidade de produzir resultados assistenciais adequados, reduzir riscos evitáveis, utilizar recursos de maneira responsável e responder às necessidades dos pacientes. Nesse contexto, a segurança assume posição central, pois a efetividade de uma intervenção perde parte de seu significado quando o próprio processo destinado a promover saúde expõe o indivíduo a danos que poderiam ser prevenidos. Qualidade e segurança, portanto, não correspondem a agendas institucionais independentes, mas a dimensões inter-relacionadas da organização do cuidado (Santos et al., 2025).

A segurança do paciente adquiriu crescente relevância no debate internacional à medida que se tornou evidente que incidentes associados à assistência representam problema persistente nos diferentes níveis dos sistemas de saúde. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021) reconhece que eventos adversos evitáveis, erros e riscos relacionados ao cuidado permanecem entre os principais desafios para a prestação de assistência segura, razão pela qual o Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 estabeleceu como direção estratégica a eliminação dos danos evitáveis nos serviços de saúde. Essa perspectiva modifica a compreensão tradicional do problema: a segurança deixa de ser entendida exclusivamente como responsabilidade técnica de cada profissional e passa a ser tratada como atributo do próprio sistema assistencial.

No Brasil, esse movimento ganhou expressão institucional com a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria GM/MS nº 529/2013, cuja finalidade é contribuir para a qualificação do cuidado nos estabelecimentos de saúde do território nacional (Brasil, 2013). A RDC nº 36/2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária ampliou essa estrutura ao instituir ações destinadas à segurança do paciente nos serviços de saúde, incluindo a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente, a elaboração do Plano de Segurança do Paciente e mecanismos relacionados à notificação de eventos adversos (ANVISA, 2013). Esse marco regulatório evidencia que prevenir danos exige estruturas institucionais capazes de identificar riscos, monitorar ocorrências e transformar informações sobre falhas em medidas concretas de melhoria.

Diante desse contexto, estabelece-se como problema de pesquisa a seguinte questão: de que maneira a gestão da qualidade contribui para a segurança do paciente e para a prevenção de eventos adversos nos serviços de saúde? A investigação dessa problemática permite analisar a segurança não apenas sob a

perspectiva das práticas clínicas individuais, mas como resultado da interação entre gestão, organização do trabalho, cultura institucional e mecanismos de gerenciamento de riscos.

O objetivo geral deste estudo consiste em analisar a contribuição da gestão da qualidade para a promoção da segurança do paciente e a prevenção de eventos adversos nos serviços de saúde. Como objetivos específicos, pretende-se: identificar os principais fundamentos relacionados à qualidade assistencial e à segurança do paciente; examinar estratégias de gestão utilizadas para prevenção e gerenciamento de eventos adversos; analisar a influência da cultura de segurança e da atuação das lideranças sobre as práticas assistenciais; e avaliar desafios organizacionais que interferem na implementação e sustentabilidade das ações destinadas à redução dos riscos relacionados ao cuidado.

A realização deste estudo justifica-se pela necessidade de compreender a segurança do paciente como componente estrutural da qualidade e não como conjunto isolado de protocolos. O Programa Nacional de Segurança do Paciente estabelece a qualificação do cuidado como finalidade das ações nacionais de segurança (Brasil, 2013), enquanto a WHO (2021) posiciona a eliminação de danos evitáveis como compromisso estratégico dos sistemas e organizações de saúde. Desse modo, aprofundar a relação entre gestão da qualidade, prevenção de eventos adversos e cultura de segurança possui relevância científica ao integrar dimensões assistenciais e organizacionais e relevância prática ao fornecer subsídios para gestores e profissionais aperfeiçoarem processos de trabalho.

Metodologicamente, o estudo caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa e caráter exploratório-descritivo, desenvolvida por meio de revisão integrativa da literatura. O levantamento bibliográfico contempla produções científicas relacionadas à gestão da qualidade, segurança do paciente, eventos adversos, gerenciamento de riscos e cultura de segurança, considerando artigos disponíveis em bases reconhecidas da área da saúde, como Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS, SciELO e MEDLINE/PubMed. A seleção das publicações considera a pertinência em relação à questão norteadora e aos objetivos propostos, priorizando estudos diretamente relacionados à prevenção de eventos adversos, gestão de riscos, qualidade assistencial e práticas organizacionais voltadas à segurança do paciente. Após a seleção, os estudos são analisados qualitativamente, buscando identificar convergências, divergências e recorrências capazes de subsidiar a compreensão das contribuições da gestão da qualidade para a promoção de práticas assistenciais mais seguras.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

A gestão da qualidade em saúde constitui um processo sistemático de planejamento, monitoramento, avaliação e aperfeiçoamento das práticas assistenciais, orientado para a produção de cuidados efetivos, seguros e compatíveis com as necessidades dos usuários. Sua compreensão ultrapassa a verificação do

cumprimento de normas, uma vez que envolve a capacidade institucional de analisar estruturas, processos e resultados, identificar variações indesejáveis e implementar mudanças sustentáveis. Em serviços caracterizados por elevada complexidade técnica e intensa interdependência entre profissionais, setores e tecnologias, qualidade não corresponde a uma condição definitivamente alcançada, mas a um processo permanente de avaliação e melhoria.

A formulação clássica de Donabedian (1988) permanece relevante para compreender esse processo ao organizar a avaliação da qualidade em três dimensões articuladas: estrutura, processo e resultado. A estrutura compreende recursos humanos, físicos, tecnológicos e organizacionais disponíveis para a assistência; o processo corresponde às ações efetivamente realizadas na prestação do cuidado; e os resultados expressam as consequências produzidas sobre a saúde e o bem-estar dos indivíduos e populações. Embora essas dimensões não devam ser interpretadas isoladamente, sua articulação possibilita reconhecer que resultados inadequados podem decorrer tanto de práticas profissionais quanto de condições estruturais ou de processos assistenciais mal desenhados.

Sob essa perspectiva, a gestão da qualidade requer indicadores capazes de produzir informações úteis à tomada de decisão. Taxas de infecções relacionadas à assistência, quedas, lesões por pressão, erros de medicação, reinternações e outros indicadores podem revelar áreas vulneráveis, mas seu significado depende da interpretação contextual. O indicador não constitui melhoria por si mesmo; funciona como instrumento para reconhecer tendências, estabelecer prioridades, investigar causas e acompanhar os efeitos das intervenções realizadas. A gestão baseada exclusivamente na produção de números, sem mecanismos que os reconduzam aos processos assistenciais, tende a transformar avaliação em atividade burocrática.

A RDC nº 36/2013 relaciona diretamente segurança do paciente e melhoria da qualidade nos serviços de saúde e define garantia da qualidade como o conjunto de ações sistemáticas necessárias para assegurar que os serviços atendam aos padrões requeridos (ANVISA, 2013). A mesma normativa determina que os Núcleos de Segurança do Paciente atuem segundo princípios como melhoria contínua dos processos de cuidado, disseminação da cultura de segurança, integração da gestão de riscos e garantia das boas práticas. Dessa forma, no marco regulatório brasileiro, segurança e qualidade não aparecem como campos paralelos: a prevenção do dano constitui dimensão intrínseca da qualidade assistencial.

Essa articulação exige que a melhoria da qualidade seja incorporada à governança institucional. Protocolos, auditorias e indicadores apresentam alcance limitado quando permanecem desconectados das decisões gerenciais e das práticas cotidianas. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2024a) reforça essa perspectiva ao situar políticas, liderança, sistemas de aprendizagem, qualificação dos trabalhadores e participação de pacientes entre os componentes necessários ao avanço da segurança. Consequentemente,

qualidade assistencial depende da capacidade da organização de transformar evidências e informações sobre seu próprio desempenho em intervenções concretas.

Outro aspecto essencial consiste em compreender qualidade a partir da experiência do paciente. Resultados tecnicamente satisfatórios não eliminam a necessidade de comunicação adequada, respeito, informação e participação nas decisões. A Carta dos Direitos de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde estabelece, entre outros elementos, o direito a processos assistenciais seguros, profissionais qualificados, informação e participação do paciente e da família (WHO, 2024b). A qualidade assume, portanto, caráter simultaneamente técnico, organizacional e relacional, exigindo que eficiência institucional não seja alcançada em detrimento da segurança, dignidade ou participação do usuário.

2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE E CULTURA DE SEGURANÇA

A segurança do paciente constitui uma dimensão fundamental da qualidade porque se ocupa da prevenção e redução dos danos desnecessários associados ao cuidado. A Organização Mundial da Saúde compreende segurança como um conjunto organizado de atividades que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes destinados a reduzir riscos, tornar erros menos prováveis e minimizar seus impactos quando ocorrem (WHO, 2023). No Brasil, a RDC nº 36/2013 define segurança do paciente como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde (ANVISA, 2013). Ambas as perspectivas afastam a segurança de uma concepção restrita à ausência de erro e a inserem na própria organização do sistema assistencial.

Essa compreensão torna-se particularmente relevante porque o cuidado em saúde ocorre em ambientes de elevada complexidade. Diferentes profissionais intervêm sobre o mesmo paciente, informações precisam circular entre setores, medicamentos e equipamentos apresentam riscos próprios e decisões são frequentemente tomadas sob pressão temporal. A ocorrência de incidentes, portanto, não pode ser atribuída automaticamente à incapacidade de um indivíduo. A WHO (2023) destaca que muitos erros relacionados a danos estão associados a falhas de sistemas e processos, recomendando a substituição de abordagens exclusivamente culpabilizadoras por uma perspectiva sistêmica, sem que isso implique eliminar a responsabilização diante de negligência ou condutas inadequadas.

Essa distinção aparece de maneira consistente na literatura internacional. Ree e Wiig (2020), ao analisarem a relação entre cultura de segurança e qualidade percebida em instituições de saúde, identificaram associação entre dimensões da cultura organizacional e resultados relacionados à qualidade do cuidado. Embora relações observacionais não permitam atribuir causalidade direta, os achados reforçam que práticas seguras são influenciadas pelo contexto no qual os profissionais trabalham. Segurança não se restringe, assim, à competência técnica individual; depende de condições que permitam executar

corretamente os processos, comunicar problemas e responder às situações de risco. A gestão da qualidade precisa considerar simultaneamente desempenho profissional e desenho do sistema assistencial.

Nesse contexto, a cultura de segurança constitui uma dimensão organizacional decisiva. A Portaria nº 529/2013 caracteriza essa cultura por elementos como responsabilidade compartilhada entre trabalhadores e gestores, prioridade da segurança em relação a metas financeiras e operacionais, incentivo à identificação e notificação dos problemas, aprendizagem a partir dos incidentes e disponibilização de recursos para manutenção das ações de segurança (Brasil, 2013). A definição evidencia que cultura não se limita à percepção subjetiva dos profissionais; manifesta-se concretamente nas prioridades, comportamentos, decisões e respostas organizacionais diante dos riscos (Mata et al., 2025).

Dessa forma, a cultura de segurança constitui elemento mediador entre os instrumentos formais de gestão e sua aplicação cotidiana. A revisão sistemática de Lee et al. (2019), que examinou associações entre cultura de segurança, resultados para pacientes e bem-estar dos profissionais, encontrou evidências de relações entre percepções mais positivas da cultura de segurança e diferentes resultados assistenciais e ocupacionais. Os autores também identificaram heterogeneidade metodológica entre os estudos, aspecto que recomenda prudência na generalização. Ainda assim, a convergência dos resultados sustenta a compreensão de que valores, comportamentos e práticas organizacionais interferem na capacidade das equipes de reconhecer e enfrentar riscos.

Uma cultura orientada predominantemente pela culpa pode reduzir a disposição dos profissionais para comunicar incidentes e condições inseguras. Em contrapartida, uma abordagem de aprendizagem procura compreender os fatores que permitiram a ocorrência da falha, identificando oportunidades de redesenho dos processos. A RDC nº 36/2013 explicita essa orientação ao associar cultura de segurança à substituição da culpa e da punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção (ANVISA, 2013). Isso não significa tolerar condutas deliberadamente inseguras, mas diferenciar erro humano, fragilidades sistêmicas e comportamentos incompatíveis com padrões profissionais responsáveis.

A comunicação constitui componente central dessa cultura. Informações incompletas, ambiguidades na passagem de plantão, dificuldades de comunicação entre categorias profissionais e ausência de espaços seguros para questionamento podem comprometer barreiras destinadas a prevenir incidentes. A Anvisa reconhece trabalho em equipe, abertura à comunicação e aprendizagem contínua diante de erros e riscos como comportamentos necessários à consolidação da cultura de segurança (ANVISA, 2021). Assim, organizações seguras precisam criar condições para que profissionais comuniquem preocupações antes que uma vulnerabilidade se converta em dano (Mata et al., 2025).

A participação dos pacientes e familiares amplia essa concepção. A Carta dos Direitos de Segurança do Paciente da WHO (2024b) reconhece o direito do usuário de participar do próprio cuidado, obter

informações e comunicar preocupações relacionadas à segurança. Essa participação não substitui a responsabilidade profissional, mas acrescenta uma barreira potencial de proteção, uma vez que pacientes e familiares podem identificar discrepâncias em medicamentos, procedimentos, identificação ou informações clínicas. Uma cultura madura de segurança, portanto, não considera o paciente mero destinatário do cuidado, mas participante legítimo dos processos destinados a torná-lo mais seguro.

2.3 GESTÃO DE RISCOS E PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

A gestão de riscos representa a dimensão operacional por meio da qual princípios de qualidade e segurança são convertidos em ações preventivas. A RDC nº 36/2013 a define como aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos destinados à identificação, análise, avaliação, comunicação e controle dos riscos e eventos adversos (ANVISA, 2013). O caráter contínuo dessa definição é fundamental: gerenciar riscos não significa atuar exclusivamente depois de um dano, mas construir mecanismos capazes de reconhecer vulnerabilidades antes que elas produzam consequências ao paciente.

A distinção entre incidente e evento adverso auxilia essa compreensão. Segundo a regulamentação brasileira, incidente corresponde ao evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário, enquanto evento adverso é o incidente que efetivamente resulta em dano à saúde (ANVISA, 2013). Essa diferenciação amplia o campo da aprendizagem organizacional, pois situações que não provocaram dano também podem revelar fragilidades relevantes. Ignorar incidentes sem dano ou quase falhas significa perder oportunidades de identificar condições perigosas antes que produzam consequências mais graves.

A prevenção exige, portanto, articulação entre estratégias reativas e proativas. A análise de um evento ocorrido permite reconstruir processos, reconhecer fatores contribuintes e estabelecer ações para reduzir recorrências. Paralelamente, avaliações prospectivas procuram antecipar pontos críticos antes que incidentes ocorram. Essa complementaridade é indispensável porque sistemas seguros não podem depender apenas da experiência acumulada após o dano; precisam desenvolver capacidade de antecipação. A WHO (2023) enfatiza liderança, ambientes de trabalho seguros, qualificação profissional, comunicação, participação dos pacientes e sistemas de notificação e aprendizagem como componentes de uma abordagem sistêmica de segurança.

No contexto brasileiro, o Plano de Segurança do Paciente deve contemplar identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação sistemática dos riscos, além de integrar diferentes processos de gestão e implementar ações relacionadas a identificação correta do paciente, higiene das mãos, cirurgia segura, medicamentos, equipamentos, quedas e outras áreas assistenciais (ANVISA, 2013). Esses componentes demonstram que a prevenção de eventos adversos requer múltiplas barreiras e não pode ser reduzida à aplicação isolada de um protocolo.

Os sistemas de notificação ocupam papel relevante nesse processo, desde que as informações produzidas sejam efetivamente utilizadas. Notificar permite reconhecer padrões, áreas de maior vulnerabilidade e circunstâncias recorrentes; contudo, acumular registros sem análise e devolutiva às equipes reduz substancialmente seu valor preventivo. O Relatório Global de Segurança do Paciente 2024 destaca sistemas de notificação e aprendizagem entre as áreas estratégicas avaliadas internacionalmente, evidenciando a importância de converter dados sobre incidentes em conhecimento para melhoria dos sistemas (WHO, 2024a).

Essa lógica exige cautela na interpretação dos indicadores. O aumento de notificações não representa necessariamente deterioração da segurança, pois pode decorrer de maior confiança dos profissionais no sistema e fortalecimento da cultura de reporte. Da mesma forma, baixa quantidade de registros não comprova ausência de incidentes. Avaliar segurança exige relacionar dados quantitativos a características da cultura institucional, qualidade das notificações, capacidade investigativa e mudanças implantadas. A maturidade da gestão de riscos manifesta-se menos na pretensão de eliminar qualquer possibilidade de erro e mais na capacidade de reconhecer vulnerabilidades, construir barreiras e aprender sistematicamente.

A prevenção de eventos adversos configura, assim, responsabilidade coletiva e institucional. Protocolos seguros precisam ser viáveis nas condições reais de trabalho, profissionais necessitam de recursos adequados para cumpri-los e gestores devem acompanhar os resultados das intervenções. Quando uma organização prescreve práticas seguras sem oferecer pessoal, tempo, materiais ou sistemas compatíveis, estabelece-se uma contradição entre segurança formal e segurança efetivamente praticável. A gestão de riscos deve alcançar, portanto, tanto o comportamento profissional quanto as condições estruturais que moldam esse comportamento (Machado et al., 2025).

2.4 LIDERANÇA E EDUCAÇÃO PERMANENTE

A liderança exerce influência transversal sobre qualidade e segurança porque determina prioridades, distribui recursos e estabelece condições para que profissionais expressem preocupações, comuniquem incidentes e participem de processos de melhoria. A WHO (2023) inclui explicitamente o comprometimento da liderança e a construção de uma cultura na qual a segurança seja priorizada entre os componentes de um sistema seguro. No Brasil, a RDC nº 36/2013 atribui à direção dos serviços responsabilidade pela constituição do Núcleo de Segurança do Paciente e pela disponibilização de recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais necessários ao seu funcionamento (ANVISA, 2013). A segurança, dessa maneira, não pode ser delegada exclusivamente ao NSP ou às equipes assistenciais.

A atuação da liderança precisa ser percebida no cotidiano institucional. Quando gestores tratam notificações como instrumentos punitivos, relativizam protocolos diante de pressões produtivas ou não respondem às vulnerabilidades apontadas pelas equipes, produzem mensagens organizacionais que podem contrariar políticas formais de segurança. Em sentido oposto, lideranças que analisam indicadores, escutam trabalhadores, garantem recursos e acompanham planos de melhoria favorecem a transformação da segurança em valor institucional. Estudos sobre liderança e segurança do paciente indicam relações entre práticas de liderança, trabalho em equipe, aprendizagem organizacional, feedback e comunicação, reforçando que o comportamento gerencial interfere na forma como a segurança é incorporada pelas equipes (Boamah et al., 2018; Murray; Sundin; Cope, 2018).

A educação permanente constitui uma das estratégias necessárias para sustentar esse processo. Mudanças nos conhecimentos científicos, tecnologias, protocolos e perfis epidemiológicos tornam insuficiente uma formação profissional encerrada na graduação ou em treinamentos esporádicos. Na segurança do paciente, educação permanente deve aproximar aprendizagem e problemas concretos do trabalho, permitindo que incidentes, indicadores e situações de risco sejam utilizados como objetos de reflexão e transformação das práticas. A capacitação adquire maior potencial quando deixa de ser atividade desconectada do cotidiano e passa a responder às vulnerabilidades identificadas no próprio serviço.

Entretanto, treinamento não deve ser utilizado como resposta automática a qualquer incidente. Se determinada falha decorre de equipamento inadequado, sobrecarga de trabalho, interface tecnológica confusa ou processo mal desenhado, oferecer nova capacitação sem modificar essas condições tende a individualizar um problema sistêmico. A educação permanente precisa ser precedida por análise das causas e combinada com intervenções estruturais quando necessárias. Essa distinção é essencial para evitar que “capacitar a equipe” se transforme em solução genérica para problemas cuja origem ultrapassa o conhecimento individual.

A aprendizagem baseada em incidentes constitui uma aplicação particularmente relevante. Discussões de casos, análise de fatores contribuintes, simulações, auditorias com devolutiva e revisão coletiva de protocolos podem transformar acontecimentos adversos em conhecimento institucional. A Portaria nº 529/2013 associa cultura de segurança justamente à capacidade de promover aprendizagem organizacional a partir dos incidentes (Brasil, 2013). Para que isso ocorra, entretanto, os profissionais precisam perceber que comunicar vulnerabilidades produz respostas concretas; sistemas que recebem notificações sem fornecer retorno tendem a enfraquecer progressivamente o engajamento das equipes.

Também cabe à liderança criar condições para participação multiprofissional. A segurança é produzida na interface entre diferentes categorias, setores e níveis hierárquicos; consequentemente, programas educacionais excessivamente segmentados podem não alcançar falhas decorrentes das transições do cuidado. Aprender em equipe favorece compreensão das responsabilidades compartilhadas,

comunicação interprofissional e reconhecimento de interdependências. A segurança deixa, assim, de ser responsabilidade atribuída a uma categoria específica e passa a integrar o trabalho coletivo.

O Global Patient Safety Report 2024 demonstra que políticas, educação, sistemas de aprendizagem e participação de diferentes atores permanecem áreas fundamentais para o avanço mundial da segurança do paciente (WHO, 2024a). A própria Carta dos Direitos de Segurança do Paciente reforça o direito a profissionais qualificados e competentes, vinculando desenvolvimento da força de trabalho à prestação de cuidados seguros (WHO, 2024b). Esses referenciais permitem compreender educação permanente não como atividade acessória, mas como componente da capacidade institucional de responder a riscos emergentes e incorporar práticas baseadas em evidências.

Desse modo, liderança e educação permanente estabelecem uma relação de reciprocidade com a cultura de segurança. Lideranças comprometidas criam condições para aprendizagem; processos educativos qualificados ampliam a capacidade das equipes de reconhecer e enfrentar riscos; e profissionais que participam das decisões fornecem informações indispensáveis ao aperfeiçoamento dos processos. A gestão da qualidade torna-se mais consistente quando essas dimensões operam de maneira integrada. A segurança do paciente deixa, então, de depender apenas da vigilância sobre erros individuais e passa a constituir uma propriedade organizacional construída continuamente por meio de gestão de riscos, aprendizagem, liderança responsável, participação dos trabalhadores e envolvimento dos próprios pacientes.

3 CONCLUSÃO

A análise desenvolvida permitiu compreender que a gestão da qualidade constitui componente essencial para a promoção da segurança do paciente, uma vez que possibilita organizar processos, identificar vulnerabilidades, monitorar resultados e estabelecer intervenções destinadas à redução dos riscos relacionados à assistência. Os achados evidenciaram que a segurança não pode ser compreendida exclusivamente como responsabilidade individual dos profissionais, pois a ocorrência de incidentes e eventos adversos está relacionada à interação entre condições estruturais, processos de trabalho, comunicação, cultura institucional, disponibilidade de recursos e decisões gerenciais. Desse modo, qualificar a assistência pressupõe construir sistemas capazes não apenas de responder aos danos ocorridos, mas também de antecipar riscos e fortalecer continuamente as barreiras de prevenção.

Em resposta ao problema de pesquisa, constatou-se que a gestão da qualidade contribui para a segurança do paciente e para a prevenção de eventos adversos ao integrar mecanismos de gerenciamento de riscos, utilização de indicadores, notificação e análise de incidentes, padronização de processos, educação permanente e desenvolvimento de uma cultura organizacional orientada para a aprendizagem. Entretanto, a presença formal desses instrumentos não assegura, isoladamente, resultados assistenciais mais

seguros. Sua efetividade depende da capacidade das instituições de incorporar as informações produzidas ao processo decisório e transformar vulnerabilidades identificadas em mudanças concretas nas práticas e condições de trabalho.

As limitações deste estudo estão relacionadas principalmente ao seu caráter bibliográfico e à heterogeneidade das produções analisadas. Diferenças entre contextos institucionais, categorias profissionais, métodos de avaliação, indicadores e concepções de cultura de segurança dificultam comparações diretas e restringem a generalização dos resultados para todos os serviços de saúde. Além disso, a revisão integrativa depende dos critérios de busca e seleção estabelecidos, podendo não contemplar a totalidade das evidências disponíveis. Estudos futuros poderão aprofundar a análise mediante pesquisas de campo, avaliações longitudinais e investigações sobre os efeitos de intervenções gerenciais específicas nos indicadores de segurança e nos resultados assistenciais.

Como contribuição para a gestão do cuidado, este estudo reforça que qualidade e segurança precisam integrar a governança cotidiana dos serviços de saúde. A prevenção de eventos adversos exige articulação entre gestão de riscos, cultura institucional, liderança, qualificação profissional e participação dos pacientes, evitando intervenções fragmentadas e predominantemente reativas. Informações provenientes de indicadores, auditorias e notificações devem retornar às equipes e subsidiar decisões, constituindo ciclos permanentes de aprendizagem e melhoria.

Conclui-se, portanto, que a gestão da qualidade contribui para a segurança do paciente quando transforma a prevenção do dano em responsabilidade institucional compartilhada e incorpora a aprendizagem aos processos de trabalho. Serviços seguros não são aqueles em que se presume inexistência de falhas, mas aqueles capazes de identificá-las, analisá-las criticamente e utilizar esse conhecimento para reduzir sua recorrência. Nesse sentido, fortalecer qualidade e segurança significa desenvolver organizações mais responsivas, capazes de aprender continuamente e de converter evidências, experiências e riscos identificados em práticas assistenciais mais seguras, efetivas e centradas nas necessidades dos pacientes.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Relatório da avaliação nacional das práticas de segurança do paciente em serviços de saúde – 2020**. Brasília, DF: Anvisa, 2021.

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.

BOAMAH, Sheila A.; LASCHINGER, Heather K. Spence; WONG, Carol; CLARKE, Sean. Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. **Nursing Outlook**, v. 66, n. 2, p. 180–189, 2018. DOI: 10.1016/j.outlook.2017.10.004.

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.

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

LEE, Seung Eun; SCOTT, Linda D.; DAHINTEN, V. Susan; VINCENT, Catherine; LOPEZ, Karen Dunn; PARK, Chang Gi. Safety culture, patient safety, and quality of care outcomes: a literature review. **Western Journal of Nursing Research**, v. 41, n. 2, p. 279–304, 2019. DOI: 10.1177/0193945917747416.

MACHADO, Cynthia Fernanda Teles; AKRA, Nur Mohamad Ali El; TESTON, Elen Ferraz; ABREU, Ingrid Moura de; COSTA, Maria Antônia Ramos Oliveira; SOUZA, João Lucas Campos de; SOARES, Verusca. Jornada laboral e carga de trabalho percebida interferem na cultura de segurança da atenção primária. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 50, e21, 2025. DOI: 10.1590/2317-6369/22324pt2025v50e21.

MATA, Luciana Regina Ferreira da; HOFFMANN, Marília Alves; MENEZES, Aline Carrilho; RODRIGUES, Tatiana Aparecida; FIGUEIREDO, Larissa Assis Caputo; CORDEIRO, Aldenora Laísa Paiva de Carvalho; RIBEIRO, Helen Cristiny Teodoro Couto. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em serviços de diálise: revisão de escopo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 59, e20240319, 2025. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0319pt.

MURRAY, Melanie; SUNDIN, Deborah; COPE, Vicki. The nexus of nursing leadership and a culture of safer patient care. **Journal of Clinical Nursing**, v. 27, n. 5-6, p. 1287–1293, 2018. DOI: 10.1111/jocn.13980.

REE, Eline; WIIG, Siri. Linking transformational leadership, patient safety culture and work engagement in home care services. **Nursing Open**, v. 7, n. 1, p. 256–264, 2020. DOI: 10.1002/nop2.386.

SANTOS, Saulo Barreto Cunha dos; NASCIMENTO, B. C.; QUEIROZ, C. N. S. A.; PONTES, A. N. B.; AZEVEDO, A. A.; PEREIRA, C. C. B.; MOREIRA, C. M. de O.; PINTO, A. P. da S. T.; GOMES, W. F. Inovações e práticas na gestão da qualidade e segurança do paciente sob uma abordagem multiprofissional. **Revista Foco**, v. 18, n. 12, e10893, 2025. DOI: 10.54751/revistafoco.v18n12-067.

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. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>. Acesso em: 2 out. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global patient safety report 2024**. Geneva: World Health Organization, 2024a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient safety rights charter**. Geneva: World Health Organization, 2024b.