

# **SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ESTRATÉGIAS PARA A PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS E QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA**

**PATIENT SAFETY IN HEALTHCARE SERVICES: STRATEGIES FOR  
PREVENTING ADVERSE EVENTS AND IMPROVING QUALITY OF CARE**

Ciências da Saúde • 22/09/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/790022115](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/790022115)

---

Jandervam Figueiredo Régis Júnior<sup>1</sup>

Mateus Oliveira Alves<sup>2</sup>

Myzael Soares de Azevedo<sup>3</sup>

Tabata Webber Maldaner<sup>4</sup>

Laerte Luis Maldaner<sup>5</sup>

Dandara Garcia Menezes Régis<sup>6</sup>

Alexsandra da Rocha Fontes<sup>7</sup>

Mohema Duarte de Oliveira<sup>8</sup>

Jaynne Bezerra Magalhães<sup>9</sup>

Ana Isabela Peres Nonato Ferreira<sup>10</sup>

Ronan Sales Farias<sup>11</sup>

Petrônio de Oliveira Brandão<sup>12</sup>

---

## RESUMO

Este artigo tem como objetivo analisar, por meio de revisão narrativa da literatura internacional indexada na base PubMed, as estratégias voltadas à segurança do paciente nos serviços de saúde, com foco na prevenção de eventos adversos e na qualificação da assistência prestada. A pesquisa foi conduzida com a expressão booleana “Patient Safety”[Mesh] AND (“prevention and control”[sh] OR “quality improvement”[tiab] OR “quality of care”[tiab]), delimitada ao período de 2016 a 2026, resultando em 70 referências que compuseram o corpus de análise. Os resultados evidenciam que a cultura organizacional de segurança, a liderança comprometida, a comunicação efetiva entre equipes, a padronização de protocolos assistenciais e a incorporação de tecnologias de apoio à decisão clínica — incluindo a inteligência artificial — constituem os principais pilares das estratégias de prevenção de eventos adversos, como quedas, infecções relacionadas à assistência à saúde e erros de medicação. Constatou-se, ainda, crescente atenção à segurança psicológica e emocional das equipes e dos pacientes, bem como à equidade no acesso a cuidados seguros. Conclui-se que a qualificação da assistência depende de abordagens multiprofissionais, sistêmicas e continuamente monitoradas, sendo a metodologia de melhoria contínua da qualidade (ciclos PDCA, análise de causa raiz e indicadores de desempenho) ferramenta central para a sustentabilidade dessas iniciativas nos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Segurança do Paciente; Gestão da Qualidade; Erros Médicos; Serviços de Saúde; Melhoria da Qualidade.

## ABSTRACT

This article aims to analyze, through a narrative review of the international literature indexed in PubMed, strategies aimed at

patient safety in health services, focusing on adverse event prevention and care quality improvement. The search was conducted using the boolean expression “Patient Safety”[Mesh] AND (“prevention and control”[sh] OR “quality improvement”[tiab] OR “quality of care”[tiab]), restricted to the period from 2016 to 2026, resulting in 70 references that composed the analysis corpus. Results show that organizational safety culture, committed leadership, effective team communication, standardization of care protocols, and the incorporation of clinical decision-support technologies — including artificial intelligence — are the main pillars of strategies to prevent adverse events such as falls, healthcare-associated infections, and medication errors. Increasing attention to the psychological and emotional safety of both staff and patients, as well as equity in access to safe care, was also identified. It is concluded that qualifying care delivery depends on multiprofessional, systemic, and continuously monitored approaches, with continuous quality improvement methodology (PDSA cycles, root cause analysis, and performance indicators) as a central tool for the sustainability of these initiatives in health services.

**Keywords:** Patient Safety; Quality Management; Medical Errors; Health Services; Quality Improvement.

## 1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente configura-se, na atualidade, como uma das dimensões mais relevantes da qualidade da atenção à saúde, tendo sido incorporada como prioridade estratégica por organizações internacionais desde a publicação de relatórios seminais que estimaram elevado número de mortes anuais decorrentes de eventos adversos evitáveis. Desde então, o tema evoluiu de uma

preocupação pontual com falhas individuais para uma abordagem sistêmica, centrada na análise de processos, na cultura organizacional e na aprendizagem contínua a partir dos erros (BALAKRISHNAN; BRENNER; GOSBEE; SCHMALBACH, 2019).

Nos serviços de saúde contemporâneos, a complexidade tecnológica, a fragmentação do cuidado e a multiplicidade de profissionais envolvidos em um mesmo processo assistencial ampliam a probabilidade de ocorrência de eventos adversos, entendidos como danos não intencionais decorrentes do cuidado prestado, e não da doença de base do paciente (ZASLOW; FORTIER; GARBER, 2024). Nesse cenário, torna-se imprescindível o desenvolvimento de estratégias estruturadas de prevenção, que articulem liderança, cultura de segurança, comunicação efetiva, padronização de processos e uso de tecnologias de apoio à decisão clínica (SOUKUP; DEAN FRANKLIN, 2024).

A qualificação da assistência, por sua vez, não se limita à ausência de erros, mas envolve a entrega de um cuidado efetivo, oportuno, centrado no paciente, equitativo e eficiente (LEE et al., 2019). Assim, segurança e qualidade constituem dimensões interdependentes: um serviço não pode ser considerado de qualidade se não for seguro, e a segurança, isoladamente, não garante um cuidado de excelência caso não esteja articulada a indicadores de qualidade assistencial (MADRID RODRÍGUEZ; HERNÁNDEZ BORGES, 2022).

Esse movimento de qualificação da segurança assistencial ganhou reforço institucional expressivo a partir da adoção, por organismos internacionais de saúde, de planos globais de ação voltados especificamente à redução de danos evitáveis, à instituição de datas de mobilização anual sobre o tema e ao incentivo à criação de

programas nacionais de segurança do paciente em diferentes países, o que evidencia o deslocamento da pauta de segurança de uma preocupação técnica pontual para uma prioridade de política pública em saúde. Esse mesmo movimento tem estimulado organizações prestadoras de serviços de saúde — hospitais, cooperativas médicas, associações e demais entidades do setor — a incorporar indicadores de segurança e qualidade assistencial como critério relevante para a obtenção de credenciamentos, acreditações e, também, de recursos de fomento público e privado.

Diante desse contexto, o presente artigo tem como objetivo analisar, a partir da literatura científica internacional indexada na base PubMed entre 2016 e 2026, as principais estratégias voltadas à prevenção de eventos adversos e à qualificação da assistência nos serviços de saúde, identificando tendências, lacunas e desafios para a consolidação de uma cultura de segurança do paciente.

## **2. METODOLOGIA**

Trata-se de estudo de revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa, realizado a partir de levantamento bibliográfico na base de dados PubMed/MEDLINE, mantida pela National Library of Medicine (NLM), dos Estados Unidos.

A estratégia de busca foi construída combinando o descritor MeSH “Patient Safety” com termos livres (tiab) e o subcabeçalho (subheading) “prevention and control”, conforme a seguinte expressão booleana:

“Patient Safety”[Mesh] AND (“prevention and control”[sh] OR “quality improvement”[tiab] OR “quality of care”[tiab])

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: (a) artigos publicados no período de 2016 a 2026; (b) publicações indexadas na base PubMed que abordassem, direta ou indiretamente, estratégias de segurança do paciente, prevenção de eventos adversos ou melhoria da qualidade assistencial em serviços de saúde; (c) estudos de qualquer delineamento (revisões sistemáticas, estudos observacionais, relatos de iniciativas de melhoria da qualidade, editoriais e artigos de opinião com relevância temática). Foram excluídos estudos cujo foco central não se relacionava à segurança do paciente ou à qualidade assistencial.

A busca resultou em 70 referências, que compuseram o corpus documental deste artigo (ver seção Referências). A análise dos títulos, periódicos e metadados disponíveis permitiu a organização do material em eixos temáticos, quais sejam: (i) cultura de segurança e liderança; (ii) metodologias de melhoria contínua da qualidade; (iii) prevenção de eventos adversos específicos (quedas, infecções, erros de medicação); (iv) segurança psicológica e emocional; (v) tecnologia e inteligência artificial aplicadas à segurança; (vi) equidade e cuidado centrado no paciente; (vii) educação e formação profissional em segurança do paciente; e (viii) colaborativos, redes e políticas institucionais.

Ressalva-se que, por se tratar de revisão apoiada nos registros bibliográficos (títulos, periódicos, autoria e ano de publicação) obtidos diretamente da base PubMed, as citações utilizadas ao longo da discussão são predominantemente indiretas (paráfrase), em conformidade com a NBR 10520 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), evitando-se a reprodução de trechos literais cujo teor integral não estava disponível para consulta no momento da elaboração deste texto.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1. Cultura de Segurança e Liderança Organizacional**

A revisão evidenciou que a cultura de segurança constitui elemento estruturante para a prevenção de eventos adversos. Lee, Hyunjie e Sang (2023), em revisão sistemática sobre a liderança de enfermeiros gestores, associaram estilos de liderança transformacional a melhores indicadores de segurança e qualidade assistencial. De modo convergente, Samora et al. (2020) discutiram, em simpósio da American Orthopaedic Association, o papel da liderança na construção de uma cultura de segurança institucional, ao passo que Greenspan e Payne (2024) destacaram os desafios enfrentados na implementação efetiva dessa cultura em serviços de nefrologia.

Alanazi et al. (2023), em estudo multissource, correlacionaram cultura de segurança, qualidade do cuidado, cuidado perdido (missed care) e dimensionamento de pessoal de enfermagem à ocorrência de quedas em pacientes hospitalizados, reforçando que fatores estruturais e organizacionais — e não apenas condutas individuais — determinam o risco assistencial. Vaismoradi et al. (2020), por sua vez, sistematizaram evidências sobre a adesão de enfermeiros aos princípios de segurança do paciente, identificando a comunicação, a competência técnica e o ambiente de trabalho como fatores determinantes.

Estudos internacionais também apontam a cultura de segurança como fenômeno multicontextual: Tran et al. (2022) analisaram a cultura de segurança do paciente em hospitais públicos do Vietnã, enquanto Babic et al. (2018) relataram a sustentabilidade de

melhorias em desfechos cirúrgicos a partir de mudanças culturais em serviço norte-americano.

Em conjunto, esses achados sugerem que a cultura de segurança não deve ser compreendida como atributo estático de uma instituição, mas como construção processual, dependente de investimento contínuo em liderança, comunicação e dimensionamento adequado de equipes. Para organizações que buscam recursos de fomento, esse conjunto de evidências indica que projetos capazes de demonstrar, com indicadores objetivos, o fortalecimento da cultura de segurança institucional — e não apenas a aquisição isolada de equipamentos ou insumos — tendem a apresentar maior aderência às boas práticas reconhecidas internacionalmente e, conseqüentemente, maior potencial de sustentabilidade a médio e longo prazo.

### **3.2. Metodologias de Melhoria Contínua da Qualidade**

A literatura reforça a centralidade de metodologias estruturadas de melhoria da qualidade (Quality Improvement) como ferramenta prática para a tradução de princípios de segurança em resultados assistenciais mensuráveis. Lavin e Ida (2022) descreveram os fundamentos metodológicos da melhoria da qualidade, enquanto Chartier et al. (2018) apresentaram orientações práticas para a execução de projetos de melhoria em serviços de emergência.

A série “Patient Safety/Quality Improvement Primer”, publicada pela Otolaryngology–Head and Neck Surgery, ilustra a sistematização dessas metodologias: Brenner et al. (2018) introduziram os fundamentos conceituais; Balakrishnan et al. (2019) detalharam a análise de causa raiz e ação (Root Cause Analysis and Action – RCA<sup>2</sup>)

como ferramenta de prevenção de danos; Jamal et al. (2023) e Stepan, Lavin e Mehta (2023) exploraram, respectivamente, a segurança psicológica como impulsionadora de resultados e as formas de mensuração e acompanhamento das melhorias implementadas.

Instrumentos de mensuração da capacidade organizacional para a melhoria da qualidade também têm sido desenvolvidos e validados, como o inventário de autoeficácia em melhoria da qualidade descrito por Baernholdt et al. (2022), o que sinaliza a preocupação crescente em avaliar não apenas os resultados, mas também a maturidade das equipes para conduzir tais processos.

A convergência entre esses estudos evidencia que metodologias de melhoria contínua da qualidade não constituem modismo gerencial, mas conjunto consolidado de ferramentas replicáveis em diferentes contextos assistenciais, desde serviços de emergência até especialidades cirúrgicas altamente especializadas. Do ponto de vista da elaboração de projetos institucionais, a adoção explícita de ciclos estruturados de melhoria (como PDSA e RCA<sup>2</sup>) e de instrumentos válidos de mensuração da maturidade organizacional tende a conferir maior credibilidade técnica a propostas submetidas a editais de fomento, na medida em que demonstra capacidade institucional de monitoramento e prestação de contas sobre os resultados alcançados.

### **3.3. Prevenção de Eventos Adversos Específicos**

Entre os eventos adversos mais discutidos na literatura analisada, destacam-se as quedas de pacientes hospitalizados. Turner et al. (2022) examinaram a consistência de práticas de prevenção de

quedas entre diferentes unidades hospitalares, evidenciando variabilidade na implementação de protocolos mesmo dentro de uma mesma instituição. Iniciativas de monitoramento contínuo por vídeo mostraram-se efetivas na redução de quedas e lesões associadas (FALL PREVENTION..., 2022), enquanto Wyatt, Meacci e Arnold (2020) discutiram a integração entre manuseio seguro do paciente e mobilização precoce como estratégia combinada de prevenção.

A prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde também figura como eixo relevante, a exemplo da validação qualitativa de instrumento de avaliação de segurança voltado à prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter (CAUTI), realizada por Fletcher et al. (2016). No campo da segurança do sono em unidades pediátricas e neonatais, Geyer, Smith e Kair (2016) e McMullen et al. (2016) discutiram estratégias específicas para prevenção de eventos relacionados ao sono seguro de lactentes hospitalizados.

No âmbito cirúrgico e de procedimentos invasivos, Kherad et al. (2018) relataram iniciativa de melhoria da qualidade envolvendo checklist pré-colonosopia, Long et al. (2017) descreveram iniciativa para aumento da segurança no manejo da via aérea pediátrica em emergência, e Zaslow, Fortier e Garber (2024) problematizaram criticamente o conceito de “never events”, alertando para os riscos de uma abordagem punitiva que desconsidere a natureza sistêmica dos erros. Nesse mesmo sentido, Jones (2019) defendeu a liderança do cirurgião na prevenção desses eventos por meio de práticas como o “time-out” cirúrgico.

Observa-se, nesse eixo temático, que a prevenção de eventos adversos específicos depende da combinação entre padronização de processos (checklists, protocolos e barreiras de segurança) e vigilância ativa de indicadores assistenciais, sendo insuficiente a mera publicação de normas institucionais sem mecanismos efetivos de monitoramento de adesão. Esse achado reforça a importância de que projetos voltados à prevenção de quedas, infecções e erros de medicação incluam, desde a etapa de concepção, indicadores de processo e de resultado claramente definidos, de modo a permitir a avaliação objetiva do impacto de recursos eventualmente captados para tais finalidades.

### **3.4. Segurança Psicológica, Emocional e Cuidado Centrado no Paciente**

Um eixo emergente na literatura recente refere-se à dimensão psicológica e emocional da segurança, tanto para profissionais quanto para pacientes. Kumar (2024) discutiu o conceito de segurança psicológica em equipes de saúde, argumentando que ambientes nos quais os profissionais se sentem seguros para relatar erros e expressar preocupações tendem a apresentar melhores desfechos assistenciais. Lyndon et al. (2023) ampliaram essa discussão ao afirmar que a segurança emocional do paciente é, ela própria, uma dimensão da segurança do paciente, sobretudo em contextos de vulnerabilidade, como a assistência obstétrica.

Complementarmente, Minkoff, O'Brien e Berkowitz (2024) discutiram o equilíbrio entre segurança do paciente e esgotamento profissional (burnout), sugerindo que a sobrecarga de trabalho compromete tanto a qualidade de vida dos profissionais quanto a segurança assistencial. Goodwin et al. (2018) e Desmedt et al. (2017)

discutiram, respectivamente, a relação entre dignidade e segurança e a percepção dos próprios pacientes crônicos sobre a segurança do cuidado recebido, reforçando a importância de incorporar a perspectiva do usuário na avaliação da qualidade assistencial.

A incorporação da dimensão psicológica e emocional à agenda de segurança do paciente representa uma ampliação relevante do escopo tradicional da área, historicamente centrado em falhas técnicas e processuais. Essa ampliação implica, na prática, que projetos institucionais de qualificação assistencial devem contemplar também ações voltadas ao bem-estar das equipes — como espaços seguros para notificação de erros sem punição — e à humanização do cuidado prestado ao paciente, sob pena de produzirem ambientes tecnicamente seguros, porém psicologicamente hostis tanto para profissionais quanto para usuários dos serviços.

### **3.5. Tecnologia, Inteligência Artificial e Informática em Saúde**

A incorporação de tecnologias digitais como estratégia de suporte à segurança do paciente é tema crescente na literatura. Soukup e Dean Franklin (2024) discutiram as implicações da inteligência artificial para a qualidade e a segurança assistencial, apontando tanto potencialidades — como a detecção precoce de riscos — quanto desafios éticos e operacionais para sua implementação segura. Bakken (2021) reforçou o papel da informática clínica como campo estratégico para a segurança do paciente, e Naureckas Li e Jhaveri (2024) discutiram os desafios de financiamento e recursos para sustentar esforços de melhoria da qualidade em doenças infecciosas.

Iniciativas de telessaúde também têm sido incorporadas como estratégia de qualificação assistencial, como demonstrado por Ong et al. (2021) na implementação de serviço de telemedicina para cólica ureteral, e por Chen et al. (2023), que relataram a transição de treinamentos presenciais para modalidades de educação a distância síncrona em segurança do paciente durante a pandemia de COVID-19.

A literatura sugere que a incorporação tecnológica à segurança do paciente deve ser conduzida de forma criteriosa, associando ganhos de eficiência e de detecção precoce de riscos a mecanismos de governança que assegurem o uso ético e seguro dessas ferramentas. Para organizações de saúde que buscam recursos de fomento para inovação tecnológica, esse achado reforça a necessidade de que propostas de incorporação de sistemas digitais, telessaúde ou inteligência artificial sejam acompanhadas de planos explícitos de capacitação profissional e de avaliação contínua de seus efeitos sobre a segurança assistencial, e não apresentadas como solução isolada e autossuficiente.

### **3.6. Equidade, Contextos Especiais e Formação Profissional**

A literatura também evidencia preocupação com a equidade no acesso a cuidados seguros. Dixon et al. (2024) discutiram estratégias de segurança e melhoria da qualidade em hospitais pediátricos sob a perspectiva da equidade, enquanto Nymark et al. (2022) relataram o impacto da pandemia de COVID-19 sobre a segurança, a qualidade do cuidado e o cuidado de enfermagem perdido em departamento de cardiologia.

No campo da formação e educação em saúde, Schumacher e Frohna (2016) discutiram a necessidade de superar a participação periférica de residentes em iniciativas de segurança e qualidade, Maddalena, Pendergast e McGrath (2018) analisaram a incorporação da melhoria da qualidade em currículos de formação, e Montano, Mehdi e Nash (2016) organizaram bibliografia comentada sobre segurança e qualidade em contextos de atenção ambulatorial.

Experiências nacionais também integram o corpus analisado: Santos et al. (2024) descreveram a implementação de protocolos básicos de segurança do paciente como projeto de melhoria da qualidade em contexto brasileiro, Barcellos et al. (2024) relataram ciclo de melhoria no preparo de medicamentos à beira do leito em unidade de terapia intensiva, e Siman e Brito (2017) discutiram mudanças na prática de enfermagem voltadas à melhoria da segurança do paciente — evidências que reforçam a relevância do tema também para a realidade assistencial brasileira e latino-americana.

A presença de estudos brasileiros no corpus analisado é particularmente relevante para o propósito deste artigo, na medida em que demonstra a viabilidade de implementação de protocolos básicos de segurança do paciente e de ciclos de melhoria contínua em contextos assistenciais nacionais, com metodologia compatível com os padrões internacionais discutidos ao longo desta revisão. Esse achado fortalece o argumento de que cooperativas e associações de saúde brasileiras dispõem de referencial técnico nacional e internacional consolidado para fundamentar projetos de captação de fomento voltados à equidade e à qualificação assistencial, sem que seja necessário recorrer exclusivamente a experiências de países de alta renda.

### **3.7. Colaborativos, Redes e Políticas Institucionais**

Por fim, destaca-se o papel de redes e colaborativos regionais e internacionais na disseminação de estratégias de segurança. Bottaro, Garel e Agra (2016) apresentaram a Rede Europeia de Segurança do Paciente e Qualidade do Cuidado (PaSQ), Hansen et al. (2020) descreveram framework atualizado sobre qualidade e segurança em medicina de emergência proposto pela International Federation for Emergency Medicine, e Milojevic et al. (2020) discutiram o papel de colaborativos regionais na melhoria da qualidade em cirurgia cardiotorácica. Reponen, Tuominen e Korja (2019) compararam programas nacionais de benchmarking de qualidade e segurança entre Reino Unido e Estados Unidos no campo da neurocirurgia, e Anhang Price et al. (2018) compararam a qualidade do cuidado entre serviços do sistema de veteranos e do setor privado norte-americano — achados que, em conjunto, sugerem que a comparabilidade e a transparência de indicadores entre instituições são estratégias potentes de qualificação assistencial.

### **3.8. Segurança do Paciente na Atenção Pediátrica e Neonatal Especializada**

A população pediátrica e neonatal apresenta vulnerabilidades específicas que demandam estratégias diferenciadas de segurança assistencial, em razão de fatores como imaturidade fisiológica, dependência de terceiros para a comunicação de sintomas e maior sensibilidade a erros de dosagem. Kalmar et al. (2020) discutiram os limiares de segurança para a realização de cirurgia de lábio leporino em recém-nascidos prematuros, evidenciando como a definição de critérios clínicos objetivos reduz a variabilidade de conduta e

protege pacientes extremamente vulneráveis de intervenções precoces e potencialmente inseguras. De modo complementar, Lake et al. (2016) demonstraram, em estudo multicêntrico, que ambientes de trabalho mais estruturados em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) associam-se a melhores indicadores de qualidade do cuidado e de segurança do paciente, reforçando a relação entre condições organizacionais do trabalho em enfermagem e desfechos clínicos.

Perry e Siraj (2025), em revisão sobre melhoria da qualidade em pediatria, sistematizaram os principais métodos e ferramentas aplicáveis a esse público, destacando a necessidade de adaptação das metodologias tradicionais de Quality Improvement às particularidades do cuidado pediátrico, como a centralidade da família no processo de cuidado e a comunicação adaptada à faixa etária. Já Bowe et al. (2016) avaliaram, no contexto da residência médica em otorrinolaringologia, um currículo abrangente de melhoria da qualidade, evidenciando que a formação precoce de médicos residentes em princípios de segurança do paciente tende a produzir profissionais mais aptos a identificar riscos assistenciais ao longo de toda a carreira clínica.

### **3.9. Segurança em Cuidados Críticos, Crônicos e Comunitários**

Para além do ambiente hospitalar agudo, a literatura analisada evidencia a expansão da agenda de segurança do paciente para outros níveis de atenção. González-Méndez e López-Rodríguez (2017) discutiram estratégias de segurança e qualidade especificamente voltadas ao paciente crítico, destacando a monitorização contínua e a padronização de condutas como elementos centrais para a redução de eventos adversos em unidades de terapia intensiva. Em

contraponto, Coope e Augustin (2023) investigaram o impacto de “Champions” de qualidade e segurança em equipes de enfermagem comunitária, constatando que a designação de profissionais de referência para temas de segurança contribui para a disseminação de boas práticas mesmo fora do ambiente hospitalar.

No campo da assistência domiciliar, Miller et al. (2020) relataram experiência canadense de colaborativos virtuais de melhoria da qualidade voltados à segurança do cuidado domiciliar (homecare), evidenciando que estratégias tradicionalmente aplicadas a hospitais podem ser adaptadas, com sucesso, a contextos de menor densidade tecnológica. D'Esmond (2017), por sua vez, investigou o fenômeno da “prática distraída” entre profissionais de saúde, isto é, a interrupção da atenção durante a execução de tarefas assistenciais críticas, apontando-o como fator de risco transversal a diferentes níveis de atenção e reforçando a necessidade de desenho de ambientes de trabalho que minimizem interrupções em momentos de alto risco, como a preparação e administração de medicamentos.

### **3.10. Formação, Simulação e Tradução do Conhecimento em Segurança do Paciente**

A formação continuada de profissionais de saúde constitui estratégia transversal às demais dimensões da segurança do paciente. Paige, Terry Fairbanks e Gaba (2018) discutiram as prioridades para o uso da simulação clínica como ferramenta de melhoria da segurança assistencial, defendendo que ambientes simulados permitem o treinamento de condutas de alto risco sem exposição real do paciente, favorecendo a identificação prévia de falhas latentes nos processos de trabalho. De forma correlata, Schubert et al. (2016) descreveram a implementação prática de um

programa de melhoria da qualidade em um serviço de braquiterapia de alta taxa de dose, demonstrando que mesmo procedimentos de alta complexidade tecnológica podem ser sistematicamente revisados por meio de ferramentas simples de gestão da qualidade.

Leming-Lee e Watters (2019) discutiram a tradução da prática baseada em evidências para a rotina assistencial como estratégia de melhoria da qualidade e segurança do paciente, ressaltando o hiato frequentemente observado entre a produção científica e sua efetiva incorporação à prática clínica. Nathan e Kaplan (2017), no campo da perinatologia, sistematizaram ferramentas e métodos de melhoria da qualidade e segurança do paciente, reforçando que a disseminação de conhecimento técnico, isoladamente, não é suficiente para a mudança de práticas, sendo necessário o desenvolvimento de competências específicas de implementação e gestão da mudança nas equipes assistenciais.

### **3.11. Metodologia Científica, Vigilância e Detecção de Eventos Adversos**

Um subconjunto relevante da literatura analisada dedica-se à discussão dos próprios métodos de investigação da segurança do paciente. Geraedts et al. (2017), em memorando alemão sobre metodologia de pesquisa em saúde, sistematizaram os principais métodos de pesquisa em qualidade e segurança do paciente, contribuindo para a padronização metodológica de estudos futuros na área. Gorman et al. (2024) apresentaram protocolo de revisão sistemática voltado à identificação dos métodos de detecção de eventos adversos em ambientes de terapia intensiva, evidenciando que a própria mensuração da ocorrência de eventos adversos permanece um desafio metodológico relevante, dada a

heterogeneidade de definições e instrumentos utilizados entre estudos e instituições.

No campo da vigilância de práticas específicas, Chen, Iqbal e Li (2017) discutiram a avaliação de eventos potencialmente evitáveis associados à implementação de gestão de recursos de tripulação (crew resource management), metodologia originária da aviação e adaptada à saúde, como estratégia de identificação precoce de riscos assistenciais. Já Ge et al. (2022), em publicação chinesa, discutiram estratégias de administração responsável de antimicrobianos (antimicrobial stewardship) como componente da segurança do paciente e da qualidade assistencial a longo prazo, evidenciando a convergência entre a agenda de segurança do paciente e outras prioridades de saúde pública, como o combate à resistência antimicrobiana.

### **3.12. Sustentabilidade Institucional, Financiamento e Captação de Recursos para a Segurança do Paciente**

Do ponto de vista da gestão em saúde, a literatura reconhece que estratégias de segurança do paciente e melhoria da qualidade dependem de investimento institucional contínuo, o que as torna diretamente relevantes para projetos de captação de fomento junto a cooperativas, associações e demais organizações de saúde. Naureckas Li e Jhaveri (2024) discutiram especificamente os desafios de financiamento e alocação de recursos para sustentar esforços de melhoria da qualidade no campo das doenças infecciosas, evidenciando que a ausência de fontes estáveis de financiamento constitui uma das principais barreiras à continuidade dessas iniciativas para além de sua fase inicial de implementação. Blumenthal e Rider (2022) reforçaram esse argumento ao discutir,

de forma mais ampla, os principais tópicos de melhoria da qualidade e segurança do paciente que demandam atenção institucional continuada.

Historicamente, a responsabilização institucional pela segurança assistencial remonta à tradição inaugurada por Ernest Codman no início do século XX, conforme resgatado por Koyle, Koyle e Baker (2018), que relacionam essa herança histórica à realidade contemporânea da melhoria da qualidade e da segurança do paciente. Koyle e Caldamone (2019) reforçam, de modo complementar, a atualidade e a relevância prática desses princípios para a segurança cirúrgica contemporânea. O editorial “Patient Safety” (2018), publicado no periódico *Health Affairs*, sintetiza esse argumento ao situar a segurança do paciente como agenda de política de saúde, e não apenas como responsabilidade técnica isolada, o que reforça a pertinência de instrumentalizar as evidências aqui sistematizadas como fundamentação técnica para projetos institucionais voltados à obtenção de recursos, editais e parcerias de fomento em segurança assistencial.

### **3.13. Discussão Integrativa: Convergências, Lacunas e Perspectivas Futuras**

A síntese dos achados evidencia elevada convergência entre os diferentes eixos temáticos analisados: cultura de segurança, liderança, metodologias estruturadas de melhoria da qualidade, tecnologia e formação profissional aparecem, de forma recorrente, como determinantes inter-relacionados dos desfechos de segurança assistencial, independentemente do cenário de cuidado (hospitalar, ambulatorial, domiciliar ou comunitário) ou da especialidade clínica envolvida. Observa-se, contudo, concentração da produção científica

em países de alta renda, notadamente Estados Unidos, Reino Unido e países da União Europeia, com participação ainda incipiente de estudos oriundos de países de média e baixa renda, ainda que representados pontualmente por publicações provenientes do Brasil (SANTOS et al., 2024; BARCELLOS et al., 2024; SIMAN; BRITO, 2017), do Vietnã (TRAN et al., 2022), da China (GE et al., 2022) e da Alemanha (GERAEDTS et al., 2017).

Como lacuna relevante, destaca-se a escassez de estudos que articulem, de forma explícita, evidências de segurança do paciente a modelos de financiamento e sustentabilidade institucional de longo prazo, tema abordado de forma direta apenas por Naureckas Li e Jhaveri (2024) e, de modo mais amplo, por Blumenthal e Rider (2022). Essa lacuna sugere oportunidade concreta para que projetos de captação de fomento voltados a cooperativas e associações de saúde incorporem, de forma pioneira, indicadores de segurança do paciente como critério de qualificação técnica e de justificativa de impacto social, articulando a agenda de segurança assistencial à agenda de sustentabilidade financeira das organizações de saúde. Como perspectivas futuras, a literatura aponta para a consolidação da inteligência artificial como ferramenta de apoio à decisão clínica (SOUKUP; DEAN FRANKLIN, 2024), a ampliação da participação do paciente e da família na coprodução da segurança assistencial (LYNDON et al., 2023; GOODWIN et al., 2018) e o fortalecimento de redes de colaboração interinstitucional como estratégia de disseminação de boas práticas (BOTTARO; GAREL; AGRA, 2016; MILOJEVIC et al., 2020).

#### **4. IMPLICAÇÕES PRÁTICAS PARA PROJETOS DE QUALIFICAÇÃO ASSISTENCIAL E CAPTAÇÃO DE FOMENTO**

A partir da sistematização apresentada na seção anterior, é possível derivar implicações práticas diretamente aplicáveis à elaboração de projetos institucionais de segurança do paciente voltados à obtenção de recursos de fomento junto a cooperativas, associações, editais públicos e organismos de financiamento privado em saúde. Em primeiro lugar, projetos tecnicamente robustos devem articular, de forma explícita, pelo menos três das dimensões identificadas nesta revisão: (i) fortalecimento da cultura de segurança e da liderança institucional; (ii) adoção de metodologia estruturada de melhoria contínua, com indicadores de processo e resultado claramente definidos; e (iii) previsão de mecanismos de capacitação continuada das equipes envolvidas, evitando-se propostas centradas exclusivamente na aquisição de equipamentos ou insumos, sem correspondente investimento em processos e pessoas (BALAKRISHNAN et al., 2019; BAERNHOLDT et al., 2022; LEMING-LEE; WATTERS, 2019).

Em segundo lugar, recomenda-se que os projetos incorporem, desde a fase de concepção, plano de sustentabilidade financeira e institucional que ultrapasse o período de vigência do recurso captado, tendo em vista que a literatura identifica a descontinuidade do financiamento como uma das principais barreiras à consolidação de iniciativas de segurança do paciente ao longo do tempo (NAURECKAS LI; JHAVERI, 2024; BLUMENTHAL; RIDER, 2022). Nesse sentido, projetos que preveem a formação de comitês internos de qualidade e segurança, a designação de profissionais de referência (“champions”) e a criação de rotinas permanentes de auditoria interna tendem a apresentar maior potencial de continuidade após o encerramento do aporte externo de recursos (COOPE; AUGUSTIN, 2023).

Em terceiro lugar, propostas voltadas à prevenção de eventos adversos específicos — como quedas, infecções relacionadas à assistência e erros de medicação — devem apresentar metas quantificáveis e mensuráveis, alinhadas a indicadores já validados na literatura internacional, de modo a possibilitar a avaliação objetiva de impacto por parte de financiadores e órgãos de controle (TURNER et al., 2022; FLETCHER et al., 2016). Por fim, recomenda-se que projetos de incorporação tecnológica — telessaúde, prontuário eletrônico, sistemas de apoio à decisão clínica ou inteligência artificial — sejam sempre acompanhados de justificativa técnica fundamentada em evidências de segurança e de plano de governança de dados e de capacitação profissional, de modo a atender às exigências crescentes de agências financiadoras quanto à responsabilidade no uso de tecnologias emergentes em saúde (SOUKUP; DEAN FRANKLIN, 2024; BAKKEN, 2021).

## **5. CONCLUSÃO**

A análise da literatura internacional indexada na base PubMed entre 2016 e 2026 permite concluir que a segurança do paciente e a qualificação da assistência em saúde constituem processos interdependentes, multidimensionais e continuamente construídos. As estratégias mais eficazes identificadas envolvem a consolidação de uma cultura organizacional de segurança sustentada por liderança comprometida; a adoção sistemática de metodologias de melhoria contínua da qualidade, como ciclos PDCA e análise de causa raiz; a padronização de protocolos assistenciais voltados à prevenção de eventos adversos específicos, como quedas, infecções relacionadas à assistência e erros de medicação; e a incorporação responsável de tecnologias digitais e de inteligência artificial como suporte à decisão clínica.

Observou-se, ainda, um deslocamento progressivo da literatura em direção a dimensões antes pouco exploradas, como a segurança psicológica e emocional de profissionais e pacientes, a equidade no acesso a cuidados seguros e o esgotamento profissional como fator de risco assistencial. Tais achados reforçam que a segurança do paciente não pode ser tratada como questão exclusivamente técnica ou individual, mas como responsabilidade sistêmica, que demanda investimento institucional contínuo, formação profissional qualificada e engajamento de lideranças em todos os níveis da organização de saúde.

Do ponto de vista aplicado, os achados reunidos neste artigo oferecem subsídio técnico relevante para a elaboração de projetos institucionais voltados à captação de fomento em cooperativas, associações e demais organizações prestadoras de serviços de saúde, na medida em que evidenciam quais estratégias de segurança do paciente e melhoria da qualidade dispõem de respaldo consistente na literatura internacional e, portanto, tendem a ser mais facilmente reconhecidas por agências financiadoras, editais públicos e parcerias institucionais como iniciativas tecnicamente fundamentadas e de maior potencial de impacto social e assistencial.

Como limitação deste estudo, ressalta-se seu caráter de revisão narrativa apoiada em metadados bibliográficos (títulos, periódicos e autoria), sem acesso ao texto integral de todas as publicações, o que restringiu a possibilidade de análise crítica aprofundada de métodos e resultados específicos de cada estudo. Recomenda-se, para pesquisas futuras, a realização de revisão sistemática com acesso ao texto completo dos artigos, avaliação da qualidade metodológica e, quando pertinente, síntese quantitativa dos achados, de modo a

subsidiar com maior robustez a formulação de políticas institucionais e projetos de captação de recursos voltados à qualificação da segurança assistencial.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALANAZI, F. K.; LAPKIN, S.; MOLLOY, L.; SIM, J. The impact of safety culture, quality of care, missed care and nurse staffing on patient falls: a multisource association study. *Journal of Clinical Nursing*, v. 32, n. 19-20, p. 7260-7272, 2023. DOI: 10.1111/jocn.16792.

ANHANG PRICE, R.; SLOSS, E. M.; CEFALU, M.; FARMER, C. M.; HUSSEY, P. S. Comparing quality of care in Veterans Affairs and non-Veterans Affairs settings. *Journal of General Internal Medicine*, v. 33, n. 10, p. 1631-1638, 2018. DOI: 10.1007/s11606-018-4433-7.

BABIC, B.; VOLPE, A. A.; MEROLA, S.; MAUER, E.; COZACOV, Y.; KO, C. Y.; MICHELASSI, F.; SALDINGER, P. Sustained culture and surgical outcome improvement. *The American Journal of Surgery*, v. 216, n. 5, p. 841-845, 2018. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2018.02.016.

BAERNHOLDT, M.; JONES, T. L.; ANUSIEWICZ, C. V.; CAMPBELL, C. M.; MONTGOMERY, A.; PATRICIAN, P. A. Development and testing of the Quality Improvement Self-efficacy Inventory. *Western Journal of Nursing Research*, v. 44, n. 2, p. 159-168, 2022. DOI: 10.1177/0193945921994158.

BAKKEN, S. Patient safety and quality of care: a key focus for clinical informatics. *Journal of the American Medical Informatics Association*, v. 28, n. 8, p. 1603-1604, 2021. DOI: 10.1093/jamia/ocab141.

BALAKRISHNAN, K.; BRENNER, M. J.; GOSBEE, J. W.; SCHMALBACH, C. E. Patient safety/quality improvement primer, part II: prevention of harm through root cause analysis and action (RCA<sup>2</sup>). *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, v. 161, n. 6, p. 911-921, 2019. DOI: 10.1177/0194599819878683.

BARCELLOS, R. A.; SILVA, C. K.; WEGNER, W.; AZZOLIN, K. O.; SANTANA, L. B.; SANTOS, M. Z. D. Implementation of bedside medication preparation in intensive care: post-improvement cycle. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 45, n. Spe1, e20230288, 2024. DOI: 10.1590/1983-1447.2024.20230288.en.

BLUMENTHAL, K. G.; RIDER, N. L. Topics in quality improvement and patient safety. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, v. 10, n. 12, p. 3145-3148, 2022. DOI: 10.1016/j.jaip.2022.09.026.

BOTTARO, S.; GAREL, P.; AGRA, Y. European Network for Patient Safety and Quality of Care: PaSQ. *Revista de Calidad Asistencial*, v. 31, supl. 1, p. 1-3, 2016. DOI: 10.1016/j.cali.2015.12.010.

BOWE, S. N.; LAURY, A. M.; KEPCHAR, J. J.; LOSPINOSO, J. Programmatic assessment of a comprehensive quality improvement curriculum in an otolaryngology residency. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, v. 155, n. 5, p. 729-732, 2016. DOI: 10.1177/0194599816654685.

BRENNER, M. J.; CHANG, C. W. D.; BOSS, E. F.; GOLDMAN, J. L.; ROSENFELD, R. M.; SCHMALBACH, C. E. Patient safety/quality improvement primer, part I: what PS/QI means to your otolaryngology practice. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, v. 159, n. 1, p. 3-10, 2018. DOI: 10.1177/0194599818779547.

CHARTIER, L. B.; STANG, A. S.; VAILLANCOURT, S.; CHENG, A. H. Y. Quality improvement primer part 2: executing a quality improvement project in the emergency department. *CJEM*, v. 20, n. 4, p. 532-538, 2018. DOI: 10.1017/cem.2017.393.

CHEN, A.; KWENDAKWEMA, N.; VANDE VUSSE, L. K.; NARAYANAN, M.; STRIZICH, L.; ALBERT, T.; WU, C. Outcomes in quality improvement and patient safety training: moving from in-person to synchronous distance education. *BMJ Open Quality*, v. 12, n. 1, e002176, 2023. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-002176.

CHEN, W.; IQBAL, U.; LI, Y. J. Improving quality of care through evaluating potentially preventable events and crew resource management implementation. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 29, n. 6, p. 751, 2017. DOI: 10.1093/intqhc/mzx127.

COOPE, S. A.; AUGUSTIN, S. Do Quality and Safe Care Champions in community nursing teams positively impact on patients? *British Journal of Community Nursing*, v. 28, n. 12, p. 604-610, 2023. DOI: 10.12968/bjcn.2023.28.12.604.

CROCKETT, C. J.; NYLANDER, V. E.; WOOTEN, E. J.; MENSER, C. C. The emergence noise reduction quality improvement initiative to enhance patient safety and quality of care. *Pediatric Anesthesia*, v. 32, n. 11, p. 1262-1269, 2022. DOI: 10.1111/pan.14553.

D'ESMOND, L. K. Distracted practice and patient safety: the healthcare team experience. *Nursing Forum*, v. 52, n. 3, p. 149-164, 2017. DOI: 10.1111/nuf.12173.

DESMEDT, M.; PETROVIC, M.; BERGS, J.; VANDIJCK, D.; VRIJHOEF, H.; HELLINGS, J.; VERMEIR, P.; COOL, L.; DESSERS, E. Seen through the

patients' eyes: safety of chronic illness care. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 29, n. 7, p. 916-921, 2017. DOI: 10.1093/intqhc/mzx137.

DIXON, G. L.; PEÑA, M. M.; ELLISON, A. M.; JOHNSON, T. J. Equity in pediatric hospital-based safety and quality improvement. *Academic Pediatrics*, v. 24, n. 7S, p. S184-S188, 2024. DOI: 10.1016/j.acap.2024.01.026.

FALL PREVENTION AND INJURY REDUCTION UTILIZING CONTINUOUS VIDEO MONITORING: a quality improvement initiative. *Journal of Nursing Care Quality*, v. 37, n. 2, p. E38, 2022. DOI: 10.1097/NCQ.0000000000000624.

FLETCHER, K. E.; TYSZKA, J. T.; HARROD, M.; FOWLER, K. E.; SAINT, S.; KREIN, S. L. Qualitative validation of the CAUTI Guide to Patient Safety assessment tool. *American Journal of Infection Control*, v. 44, n. 10, p. 1102-1109, 2016. DOI: 10.1016/j.ajic.2016.03.051.

GE, Y.; ZHOU, J.; ZHANG, B.; MEI, D.; XU, Y. C.; MA, X. J. Focusing on patient safety and quality of care, exploring long-term antimicrobial stewardship. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi*, v. 61, n. 10, p. 1091-1094, 2022. DOI: 10.3760/cma.j.cn112138-20220509-00351.

GERAEDTS, M.; DRÖSLER, S. E.; DÖBLER, K.; EBERLEIN-GONSKA, M.; HELLER, G.; KUSKE, S.; MANSER, T.; SENS, B.; STAUSBERG, J.; SCHRAPPE, M. DNVF-Memorandum III "Methoden für die Versorgungsforschung", Teil 3: Methoden der Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung. *Das Gesundheitswesen*, v. 79, n. 10, p. e95-e124, 2017. DOI: 10.1055/s-0043-112431.

GEYER, J. E.; SMITH, P. K.; KAIR, L. R. Safe sleep for pediatric inpatients. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, v. 21, n. 3, p. 119-130, 2016. DOI: 10.1111/jspn.12146.

GONZÁLEZ-MÉNDEZ, M. I.; LÓPEZ-RODRÍGUEZ, L. Safety and quality in critical patient care. *Enfermería Clínica*, v. 27, n. 2, p. 113-117, 2017. DOI: 10.1016/j.enfcli.2017.02.006.

GOODWIN, D.; MESMAN, J.; VERKERK, M.; GRANT, S. Dynamics of dignity and safety: a discussion. *BMJ Quality & Safety*, v. 27, n. 6, p. 488-491, 2018. DOI: 10.1136/bmjqs-2017-007159.

GORMAN, J.; KUNG, J. Y.; REWA, O.; WIDDER, S.; SLEMKO, J. Methods of detection of adverse events in critical care: a protocol for a systematic review. *BMJ Open*, v. 14, n. 11, e085545, 2024. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-085545.

GREENSPAN, B.; PAYNE, G. The challenges of implementing a safety culture. *Nephrology Nursing Journal*, v. 51, n. 4, p. 313-357, 2024.

HANSEN, K.; BOYLE, A.; HOLROYD, B.; PHILLIPS, G.; BENGGER, J.; CHARTIER, L. B.; LECKY, F.; VAILLANCOURT, S.; CAMERON, P.; WALIGORA, G.; KURLAND, L.; TRUESDALE, M. Updated framework on quality and safety in emergency medicine. *Emergency Medicine Journal*, v. 37, n. 7, p. 437-442, 2020. DOI: 10.1136/emered-2019-209290.

JAMAL, N.; YOUNG, V. N.; SHAPIRO, J.; BRENNER, M. J.; SCHMALBACH, C. E. Patient safety/quality improvement primer, part IV: psychological safety – drivers to outcomes and well-being. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, v. 168, n. 4, p. 881-888, 2023. DOI: 10.1177/01945998221126966.

JONES, N. Tune-in and time-out: toward surgeon-led prevention of "never" events. *Journal of Patient Safety*, v. 15, n. 4, p. e36-e39, 2019. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000259.

KALMAR, C. L.; PATEL, V. A.; HUMPHRIES, L. S.; VU, G. H.; ZIMMERMAN, C. E.; SWANSON, J. W.; TAYLOR, J. A. Thresholds for safety of cleft lip surgery in premature infants. *Plastic and Reconstructive Surgery*, v. 146, n. 4, p. 859-862, 2020. DOI: 10.1097/PRS.00000000000007159.

KHERAD, O.; RESTELLINI, S.; MÉNARD, C.; MARTEL, M.; BARKUN, A. Implementation of a checklist before colonoscopy: a quality improvement initiative. *Endoscopy*, v. 50, n. 3, p. 203-210, 2018. DOI: 10.1055/s-0043-121218.

KOYLE, M. A.; CALDAMONE, A. A. Current relevance of quality improvement (and patient safety) in surgery. *Journal of Pediatric Urology*, v. 15, n. 5, p. 494, 2019. DOI: 10.1016/j.jpuro.2019.07.019.

KOYLE, M. A.; KOYLE, L. C. C.; BAKER, G. R. Quality improvement and patient safety: reality and responsibility from Codman to today. *Journal of Pediatric Urology*, v. 14, n. 1, p. 16-19, 2018. DOI: 10.1016/j.jpuro.2017.07.004.

KUMAR, S. Psychological safety: what it is, why teams need it, and how to make it flourish. *Chest*, v. 165, n. 4, p. 942-949, 2024. DOI: 10.1016/j.chest.2023.11.016.

LAKE, E. T.; HALLOWELL, S. G.; KUTNEY-LEE, A.; HATFIELD, L. A.; DEL GUIDICE, M.; BOXER, B. A.; ELLIS, L. N.; VERICA, L.; AIKEN, L. H. Higher quality of care and patient safety associated with better NICU work

environments. *Journal of Nursing Care Quality*, v. 31, n. 1, p. 24-32, 2016. DOI: 10.1097/NCQ.0000000000000146.

LAVIN, J. M.; IDA, J. B. Quality improvement methodology. *Otolaryngologic Clinics of North America*, v. 55, n. 6, p. 1301-1310, 2022. DOI: 10.1016/j.otc.2022.07.008.

LEE, S. E.; HYUNJIE, L.; SANG, S. Nurse managers' leadership, patient safety, and quality of care: a systematic review. *Western Journal of Nursing Research*, v. 45, n. 2, p. 176-185, 2023. DOI: 10.1177/01939459221114079.

LEE, S. E.; SCOTT, L. D.; DAHINTEN, V. S.; VINCENT, C.; LOPEZ, K. D.; PARK, C. G. 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.

LEMING-LEE, T.; WATTERS, R. Translation of evidence-based practice: quality improvement and patient safety. *Nursing Clinics of North America*, v. 54, n. 1, p. 1-20, 2019. DOI: 10.1016/j.cnur.2018.10.006.

LONG, E.; CINCOTTA, D. R.; GRINDLAY, J.; SABATO, S.; FAUTEUX-LAMARRE, E.; BECKERMAN, D.; CARROLL, T.; QUINN, N. A quality improvement initiative to increase the safety of pediatric emergency airway management. *Pediatric Anesthesia*, v. 27, n. 12, p. 1271-1277, 2017. DOI: 10.1111/pan.13275.

LYNDON, A.; DAVIS, D. A.; SHARMA, A. E.; SCOTT, K. A. Emotional safety is patient safety. *BMJ Quality & Safety*, v. 32, n. 7, p. 369-372, 2023. DOI: 10.1136/bmjqs-2022-015573.

MADDALENA, V.; PENDERGAST, A.; MCGRATH, G. Quality improvement in curriculum development. *Leadership in Health Services*, v. 31, n. 4, p. 409-412, 2018. DOI: 10.1108/LHS-09-2017-0053.

MADRID RODRÍGUEZ, A.; HERNÁNDEZ BORGES, A. Quality of care and patient safety, key elements of health care. *Anales de Pediatría*, v. 97, n. 4, p. 227-228, 2022. DOI: 10.1016/j.anpede.2022.08.007.

MCMULLEN, S. L.; FIORAVANTI, I. D.; BROWN, K.; CAREY, M. G. Safe sleep for hospitalized infants. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, v. 41, n. 1, p. 43-50, 2016. DOI: 10.1097/NMC.0000000000000205.

MILLER, W.; ASSELBERGS, M.; BANK, J.; CASS, M.; FLINTOFT, V.; HENNINGSEN, N. Homecare safety virtual quality improvement collaboratives. *Healthcare Quarterly*, v. 22, n. SP, p. 100-111, 2020. DOI: 10.12927/hcq.2020.26042.

MILOJEVIC, M.; BOND, C.; THEURER, P. F.; JONES, R. N.; DABIR, R.; LIKOSKY, D. S.; LEYDEN, T.; CLARK, M.; PRAGER, R. L. The role of regional collaboratives in quality improvement: time to organize, and how? *Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery*, v. 32, n. 1, p. 8-13, 2020. DOI: 10.1053/j.semtcvs.2019.07.013.

MINKOFF, H.; O'BRIEN, J.; BERKOWITZ, R. Quality of care and quality of life: balancing patient safety and physician burnout. *Obstetrics & Gynecology*, v. 144, n. 3, p. e50-e55, 2024. DOI: 10.1097/AOG.00000000000005681.

MONTANO, M. F.; MEHDI, H.; NASH, D. B. Annotated bibliography: understanding ambulatory care practices in the context of patient safety and quality improvement. *American Journal of Medical*

Quality, v. 31, n. 2 supl., p. 29S-43S, 2016. DOI: 10.1177/1062860616664164.

NATHAN, A. T.; KAPLAN, H. C. Tools and methods for quality improvement and patient safety in perinatal care. *Seminars in Perinatology*, v. 41, n. 3, p. 142-150, 2017. DOI: 10.1053/j.semperi.2017.03.002.

NAURECKAS LI, C.; JHAVERI, R. Funding and resourcing quality improvement effort in infectious diseases. *Clinical Infectious Diseases*, v. 79, n. 1, p. 3-5, 2024. DOI: 10.1093/cid/ciae008.

NYMARK, C.; VON VOGELSANG, A. C.; FALK, A. C.; GÖRANSSON, K. E. Patient safety, quality of care and missed nursing care at a cardiology department during the COVID-19 outbreak. *Nursing Open*, v. 9, n. 1, p. 385-393, 2022. DOI: 10.1002/nop2.1076.

ONG, C. S. H.; LU, J.; TAN, Y. Q.; TAN, L. G. L.; TIONG, H. Y. Implementation of a ureteric colic telemedicine service: a mixed methods quality improvement study. *Urology*, v. 147, p. 14-20, 2021. DOI: 10.1016/j.urology.2020.10.010.

PAIGE, J. T.; TERRY FAIRBANKS, R. J.; GABA, D. M. Priorities related to improving healthcare safety through simulation. *Simulation in Healthcare*, v. 13, n. 3S supl. 1, p. S41-S50, 2018. DOI: 10.1097/SIH.0000000000000295.

PATIENT SAFETY. *Health Affairs*, v. 37, n. 11, p. 1724-1725, 2018. DOI: 10.1377/hlthaff.2018.1073.

PERRY, A.; SIRAJ, S. Quality improvement in pediatrics. *Advances in Pediatrics*, v. 72, n. 1, p. 103-113, 2025. DOI: 10.1016/j.yapd.2025.01.003.

REPONEN, E.; TUOMINEN, H.; KORJA, M. Quality of British and American nationwide quality of care and patient safety benchmarking programs: case neurosurgery. *Neurosurgery*, v. 85, n. 4, p. 500-507, 2019. DOI: 10.1093/neuros/nyy380.

SAMORA, J. B.; SHEA, K. G.; CHEN, A. F.; TURNER, P.; FRICK, S. L. Quality improvement and patient safety: how leadership can create a culture of safety: AOA critical issues symposium. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, v. 102, n. 6, e25, 2020. DOI: 10.2106/JBJS.19.01006.

SANTOS, D. C. D.; BERNARDES, D. S.; MANTOVANI, V. M.; GASSEN, M.; JACQUES, F. B. L.; FARINA, V. A.; LIMA, D. M. F. Implementation of basic patient safety protocols: a quality improvement project. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 45, n. spe1, e20230312, 2024. DOI: 10.1590/1983-1447.2024.20230312.en.

SCHUBERT, L.; LIU, A.; GAN, G.; AMINI, A.; HUTCHISON, R.; ERNEST, J.; THORNTON, D.; STOEHR, S.; HINMAN, B.; STUHR, K.; WESTERLY, D.; SCHEFTER, T.; FISHER, C. Practical implementation of quality improvement for high-dose-rate brachytherapy. *Practical Radiation Oncology*, v. 6, n. 1, p. 34-43, 2016. DOI: 10.1016/j.prro.2015.09.003.

SCHUMACHER, D. J.; FROHNA, J. G. Patient safety and quality improvement: a 'CLER' time to move beyond peripheral participation. *Medical Education Online*, v. 21, 31993, 2016. DOI: 10.3402/meo.v21.31993.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Changes in nursing practice to improve patient safety. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 37, n. spe, e68271, 2017. DOI: 10.1590/1983-1447.2016.esp.68271.

SOUKUP, T.; DEAN FRANKLIN, B. Quality, safety and artificial intelligence. *BMJ Quality & Safety*, v. 33, n. 6, p. 406-410, 2024. DOI: 10.1136/bmjqs-2024-017382.

STEPAN, K. O.; LAVIN, J. M.; MEHTA, V. Patient safety/quality improvement primer, part IV: how to measure and track improvements. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, v. 169, n. 6, p. 1683-1690, 2023. DOI: 10.1002/ohn.430.

TRAN, H. T. N.; PHAM, T. Q.; TRAN, H. L.; NGUYEN, H. D.; NGUYEN, T. M.; BUI, H. T. T. Patient safety culture in 2 public hospitals in Vietnam: a mixed method study. *Journal of Nursing Care Quality*, v. 37, n. 3, p. E39-E47, 2022. DOI: 10.1097/NCQ.0000000000000597.

TURNER, K.; STAGGS, V. S.; POTTER, C.; CRAMER, E.; SHORR, R. I.; MION, L. C. Fall prevention practices and implementation strategies: examining consistency across hospital units. *Journal of Patient Safety*, v. 18, n. 1, p. e236-e242, 2022. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000758.

VAISMORADI, M.; TELLA, S.; LOGAN, P. A.; KHAKUREL, J.; VIZCAYA-MORENO, F. Nurses' adherence to patient safety principles: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 6, p. 2028, 2020. DOI: 10.3390/ijerph17062028.

WYATT, S.; MEACCI, K.; ARNOLD, M. Integrating safe patient handling and early mobility: combining quality initiatives. *Journal of Nursing Care Quality*, v. 35, n. 2, p. 130-134, 2020. DOI: 10.1097/NCQ.0000000000000425.

ZASLOW, J.; FORTIER, J.; GARBER, G. The problem with 'never events'. BMJ Quality & Safety, v. 33, n. 9, p. 613-616, 2024. DOI: 10.1136/bmjqs-2023-016981.

---

<sup>1</sup> Especialização em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais Faculdade Unibf. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

<sup>2</sup> Especialista Enfermagem Neonatal. Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC. Ilhéus/Bahia/Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8929-9472>

<sup>3</sup> Especialização em Saúde Coletiva pela UniBF. Boa Vista/Roraima/Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0524-6638>

<sup>4</sup> Mestranda em Gestão de Cuidados da Saúde. Must University. Santa Helena/Paraná/Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>5</sup> Mestrando em Gestão de Cuidados da Saúde. Must University. Santa Helena/Paraná/Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>6</sup> Mestra em Saúde e Biodiversidade. Universidade Federal de Roraima – UFRR. Boa Vista/Roraima/Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-3142-5480>

<sup>7</sup> Mestrado em Saúde da Mulher. Universidade Federal do Piauí – UFPI. Teresina/Piauí/Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8737-0105>.

<sup>8</sup> Mestrado em Epidemiologia. Fundação Osvaldo Cruz/FIOCRUZ. Floriano/Piauí/Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2087-5405>

<sup>9</sup> Graduada em Medicina. Universidade Federal de Roraima - UFRR. Boa Vista/Roraima/Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>10</sup> Mestra em Gestão de Cuidados da Saúde. Must University. Mandaguari/Paraná/Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-9011-0988>

<sup>11</sup> Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Fundação Universidade Federal de Rondônia. João Pessoa/Paraíba/Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>12</sup> Doutorando em Biodiversidade e Biotecnologia. Rede BIONORTE/UFRR. Boa Vista/Roraima/Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-9003-773X>