REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DA ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

PATIENT SAFETY AND QUALITY OF HEALTH CARE: CHALLENGES AND STRATEGIES FOR MULTIPROFESSIONAL PRACTICE IN PREVENTING ADVERSE EVENTS

Ciências da Saúde • 23/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/795304880

Adriane Duarte Amorim Costa[1]

Deuselita Alves Ferreira[2]

Cenetília Cerbercelaq de Oliveira[3]

Ronny Caiado Azevedo Silva[4]

Márcia Raquel Araújo de Carvalho[5]

Marcos Antônio Silva Peixoto[6]

Márcia de Holanda Barbosa Medina[7]

Aline Lourenço da Silva Nascimento[8]

Hyngrid Assíria Amorim Costa[9]

RESUMO

A segurança do paciente constitui componente essencial da qualidade assistencial e depende da integração de diferentes categorias profissionais para prevenir incidentes e danos evitáveis. Objetiva-se analisar os desafios e as estratégias da atuação multiprofissional na prevenção de eventos adversos em serviços de saúde. Desenvolveu-se revisão bibliográfica narrativa, de abordagem qualitativa, fundamentada em artigos científicos em português publicados principalmente entre 2021 e 2026, complementados por documentos normativos brasileiros. A análise temática contemplou cultura de segurança, comunicação, transições do cuidado, atenção primária, protocolos assistenciais, condições de trabalho, notificação de incidentes e melhoria contínua. Os estudos apontam fragilidades relacionadas à resposta punitiva ao erro, à fragmentação das informações, à sobrecarga e à adesão irregular às práticas seguras. Em contrapartida, evidenciam resultados favoráveis de intervenções organizacionais, reuniões breves de segurança, protocolos monitorados e educação interprofissional. Conclui-se que a redução de eventos adversos requer liderança institucional, responsabilidades compartilhadas, participação de pacientes e familiares e avaliação permanente de indicadores, considerando o contexto e os recursos dos serviços.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Qualidade da assistência à saúde; Equipe multiprofissional; Eventos adversos; Gestão de riscos.

ABSTRACT

Patient safety is an essential component of health care quality and relies on the integration of different professional groups to prevent incidents and avoidable harm. This article aims to analyze challenges and strategies of multiprofessional practice in preventing adverse events in health services. A qualitative narrative literature

review was conducted, based on scientific articles published in Portuguese mainly between 2021 and 2026, supplemented by Brazilian regulatory documents. Thematic analysis addressed safety culture, communication, care transitions, primary health care, clinical protocols, working conditions, incident reporting, and continuous improvement. The studies identify weaknesses associated with punitive responses to error, fragmented information, workload pressures, and inconsistent adherence to safe practices. Conversely, they report favorable outcomes from organizational interventions, brief safety meetings, monitored protocols, and interprofessional education. It is concluded that reducing adverse events requires institutional leadership, shared responsibilities, patient and family engagement, and ongoing assessment of indicators, considering the context and resources of health services.
Keywords: Patient safety; Quality of health care; Multiprofessional team; Adverse events; Risk management.

1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente integra a qualidade da assistência à saúde porque orienta a prevenção de danos associados aos processos de cuidado, inclusive quando a intervenção clínica é tecnicamente adequada. A Resolução da Diretoria Colegiada nº 36/2013 define evento adverso como incidente que resulta em dano à saúde e recomenda a gestão sistemática dos riscos. No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente institucionalizou a promoção de práticas seguras como responsabilidade dos serviços e dos profissionais (Brasil, 2013a; Brasil, 2013b).

A delimitação conceitual de incidentes, eventos adversos e quase falhas orienta decisões preventivas mais precisas. Nem todo

incidente produz dano, mas sua identificação permite reconhecer condições que poderiam comprometer a segurança em oportunidades futuras. Ao investigar erros, é insuficiente concentrar a atenção no último profissional envolvido: falhas de comunicação, acesso a recursos, organização do trabalho e fragilidade de barreiras operacionais também merecem exame. Cunha *et al.* (2024) identificaram, na atenção primária, condições latentes e falhas ativas que se combinam nos riscos assistenciais, sustentando uma abordagem sistêmica e não exclusivamente individual.

Apesar dos avanços regulatórios, a distância entre a existência formal de protocolos e sua incorporação à rotina permanece relevante. Gama *et al.* (2026), ao analisarem mais de 42 mil profissionais de 304 hospitais brasileiros, identificaram variações expressivas na cultura de segurança entre instituições e dimensões avaliadas. A revisão de Prieto, Fonseca e Zem-Mascarenhas (2021) também apontou a resposta não punitiva ao erro como fragilidade recorrente, indicando que fatores organizacionais e relacionais interferem no aprendizado com incidentes.

Os resultados de pesquisas brasileiras recentes ajudam a dimensionar a natureza institucional do problema. Silva *et al.* (2025) identificaram somente 26,2% de respostas positivas na dimensão referente à resposta não punitiva aos erros, em um hospital público de ensino. Em outro cenário, Gama *et al.* (2026) verificaram expressiva variabilidade da cultura de segurança entre hospitais, o que desaconselha soluções uniformes. Os percentuais desses estudos descrevem populações e instrumentos específicos e não devem ser tratados como índices nacionais de eventos adversos; sua contribuição reside na identificação de vulnerabilidades organizacionais passíveis de intervenção.

A assistência contemporânea envolve médicos, profissionais de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, equipes de apoio e gestores, cujas decisões se articulam ao longo da jornada do usuário. Quando informações se perdem, responsabilidades se sobrepõem ou não são esclarecidas, cresce o potencial de falhas de identificação, medicação, mobilização, prevenção de infecções e continuidade terapêutica. Albertini e Peduzzi (2024) mostram que a prevenção de quedas demanda comunicação interprofissional, clareza de papéis e educação compartilhada, ultrapassando intervenções isoladas de uma categoria.

Os riscos extrapolam o ambiente hospitalar. Na atenção primária à saúde, diagnósticos não acompanhados, falhas de seguimento, atrasos no acesso a exames e uso inadequado de medicamentos podem comprometer a continuidade do cuidado. Macedo e Calvo (2025) encontraram implantação parcial da segurança do paciente em três capitais brasileiras, com resultados de 46,6%, 62,5% e 53,3% na avaliação realizada. A diferença entre contextos reforça a importância de envolver as redes de atenção, com protocolos compatíveis com a capacidade instalada e mecanismos de comunicação entre equipes assistenciais.

Além das implicações clínicas, a prevenção dos eventos adversos possui dimensão ética e organizacional: exige respeito à dignidade do usuário, transparência na comunicação de riscos e compromisso com a melhoria das condições em que o cuidado é produzido. A atuação integrada de equipes e gestores amplia a possibilidade de reconhecer situações de vulnerabilidade antes do dano e de construir decisões compartilhadas. Segundo Albertini e Peduzzi (2024), competências colaborativas, definição de responsabilidades e

educação direcionada às necessidades do paciente são fundamentais para práticas preventivas, especialmente em cenários com múltiplas intervenções simultâneas.

Diante desse cenário, questiona-se como as equipes multiprofissionais podem superar barreiras organizacionais e implementar estratégias sustentáveis de prevenção de eventos adversos. O objetivo deste estudo é analisar, à luz da literatura brasileira recente, os principais desafios e as estratégias de atuação multiprofissional capazes de fortalecer a segurança do paciente e a qualidade assistencial. Justifica-se a discussão pela necessidade de transformar diretrizes em práticas avaliáveis, especialmente em serviços com elevada complexidade assistencial e recursos limitados (Santos *et al.*, 2024; Brasil, 2026).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Segurança do Paciente, Qualidade e Governança Clínica

A segurança do paciente constitui dimensão transversal da qualidade: depende de decisões clínicas corretas, mas também de processos confiáveis, continuidade assistencial, infraestrutura e capacidade de responder a falhas. A RDC nº 36/2013 estabelece a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), a elaboração do Plano de Segurança do Paciente e a implementação de práticas de identificação, higiene das mãos, uso seguro de medicamentos, prevenção de quedas e outros riscos (Brasil, 2013a).

A governança clínica traduz a segurança em responsabilidades concretas, com definição de prioridades, indicadores e recursos. A literatura aponta que intervenções apoiadas pela gestão produzem efeitos mais consistentes quando combinam identificação de

problemas locais, ciclos de melhoria e acompanhamento longitudinal. Em 35 hospitais públicos, Santos *et al.* (2024) observaram melhoria nos indicadores de todos os seis protocolos acompanhados após projeto de intervenção, sinalizando que a implementação ativa pode superar a simples distribuição de documentos.

A dimensão cultural assume importância porque influencia se os profissionais relatam riscos, discutem erros e participam de ações preventivas. Prieto, Fonseca e Zem-Mascarenhas (2021) identificaram fragilidades persistentes na resposta não punitiva ao erro, enquanto Silva *et al.* (2025) evidenciaram relação entre retorno de informações sobre falhas, aprendizagem organizacional e notificações. Esses achados reforçam que a instituição deve diferenciar erro humano, comportamento de risco e conduta deliberadamente insegura, priorizando análise justa e aperfeiçoamento dos sistemas.

A atualização da agenda regulatória brasileira também amplia a exigência de acompanhamento e integração das práticas. O Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente 2026–2030 prevê o fortalecimento da vigilância, da notificação, da investigação dos incidentes e da cultura de segurança nos diferentes níveis assistenciais. Essa perspectiva desloca a atenção do cumprimento burocrático para a capacidade institucional de identificar problemas, verificar resultados e reduzir danos de maneira contínua (Brasil, 2026).

2.2. Colaboração Interprofissional e Comunicação Segura

A atuação multiprofissional torna-se efetivamente interprofissional quando diferentes núcleos de saber compartilham objetivos,

negociam condutas e reconhecem a contribuição de cada profissão. Na prevenção de quedas, Albertini e Peduzzi (2024) identificaram a comunicação entre profissionais, a clarificação de papéis e a educação de pacientes e acompanhantes como categorias centrais da prática colaborativa. Portanto, reunir categorias em uma mesma unidade não garante, por si só, coordenação segura do cuidado.

A comunicação estruturada favorece a transmissão de informações críticas sobre identificação, alergias, sinais de deterioração clínica, procedimentos e necessidades de acompanhamento. Em estudo quase-experimental, Moraes, Almeida e Carvalho (2023) verificaram melhora em dimensões da cultura de segurança após a implantação de reuniões breves, denominadas safety huddles. Essas reuniões oferecem oportunidades para antecipar riscos e pactuar prioridades, desde que sejam objetivas, multiprofissionais e vinculadas a providências verificáveis.

Nas transições entre unidades e serviços, a continuidade terapêutica depende de registros compreensíveis, reconciliação das informações e participação da rede de apoio. Barbosa *et al.* (2023) identificaram envolvimento multiprofissional e familiar no planejamento da alta, mas também problemas decorrentes da preparação tardia e da fragmentação comunicacional. Complementarmente, Acosta *et al.* (2022) construíram instrumento para avaliar a segurança da transição na alta hospitalar, ressaltando a necessidade de parâmetros explícitos para verificar a qualidade desse processo.

A relação com usuários e familiares integra a segurança porque permite identificar incongruências, esclarecer condutas e apoiar o autocuidado. Os resultados de Albertini e Peduzzi (2024) mostram que a comunicação adaptada ao entendimento dos pacientes

favorece a prevenção de quedas, especialmente quando acompanhada de vínculo e educação em saúde. O protagonismo do usuário, entretanto, não substitui a responsabilidade técnica dos profissionais; ele amplia as barreiras de proteção e a possibilidade de detecção precoce de riscos.

2.3. Fatores Humanos, Condições de Trabalho e Aprendizagem Organizacional

Os fatores humanos compreendem aspectos cognitivos, emocionais, ambientais e organizacionais que condicionam decisões e procedimentos. A distribuição inadequada de pessoal, as interrupções e a sobrecarga comprometem a atenção a tarefas críticas e reduzem oportunidades de supervisão mútua. Batalha, Borges e Melleiro (2024) observaram associação entre níveis mais elevados de burnout e pior percepção de cultura de segurança em profissionais de enfermagem, o que recomenda interpretar eventos adversos no contexto real do trabalho.

O cuidado seguro também exige competência prática atualizada, pois conhecer um protocolo não equivale a executá-lo adequadamente em situações complexas. Lopes *et al.* (2023), em estudo com equipe de enfermagem de pronto atendimento, encontraram diferenças expressivas entre conhecimentos relacionados à higienização das mãos e à identificação correta do paciente. A assimetria sugere que atividades de educação permanente precisam partir das dificuldades específicas de cada cenário, evitando capacitações exclusivamente expositivas e descontextualizadas.

A aprendizagem organizacional ocorre quando relatos de incidentes e quase falhas geram análise, devolutiva e mudança dos processos assistenciais. Silva *et al.* (2025) identificaram associação entre feedback sobre erros e percepções mais favoráveis de melhoria contínua e notificação. A interpretação desses indicadores exige cautela: aumento de notificações não significa, isoladamente, piora da assistência, pois também pode refletir maior confiança no sistema e maior sensibilidade para detectar riscos.

A prevenção de danos necessita, portanto, de intervenções articuladas: apoio da direção, dimensionamento realista, rotinas de comunicação, monitoramento e responsabilização proporcional. Gama *et al.* (2026) demonstraram que características contextuais explicam parte da variabilidade da cultura de segurança hospitalar; consequentemente, a transferência mecânica de um protocolo entre instituições não assegura resultados idênticos. A melhoria requer adaptação local sem perder os elementos essenciais das práticas baseadas em evidências.

3. METODOLOGIA

Trata-se de revisão bibliográfica narrativa, de natureza descritiva e abordagem qualitativa, destinada a integrar achados empíricos e contribuições conceituais sobre segurança do paciente e atuação multiprofissional. Optou-se pelo delineamento narrativo porque o objetivo é discutir mecanismos, desafios e estratégias de prevenção em diferentes contextos, e não estimar um efeito agregado ou comparar quantitativamente intervenções heterogêneas. A fundamentação foi organizada segundo as dimensões de cultura de segurança, comunicação, governança, protocolos, fatores humanos

e avaliação de resultados (Prieto; Fonseca; Zem-Mascarenhas, 2021; Santos *et al.*, 2024).

Realizou-se busca bibliográfica exploratória de publicações em português nas plataformas SciELO e em páginas de periódicos científicos nacionais, com apoio de descritores e combinações como “segurança do paciente”, “equipe multiprofissional”, “eventos adversos”, “cultura de segurança”, “prevenção de quedas”, “qualidade assistencial” e “comunicação”. Foram priorizados artigos publicados entre 2021 e outubro de 2026, além de atos normativos e documentos oficiais indispensáveis à contextualização brasileira. O recorte privilegia evidências recentes e disponíveis integralmente para leitura.

Foram considerados estudos originais, revisões e pesquisas de melhoria da qualidade que abordassem diretamente processos assistenciais, equipes de saúde, incidentes ou estratégias preventivas. A leitura e a síntese contemplaram objetivo, delineamento, cenário, achados e implicações práticas. Excluíram-se, na seleção temática, fontes opinativas sem base empírica e materiais cuja contribuição fosse periférica à pergunta de pesquisa.

A análise foi conduzida por aproximação temática, contrastando convergências e divergências dos estudos e distinguindo resultados observados de recomendações propostas. As evidências quantitativas, quando mencionadas, preservaram sua unidade e população originais; não foram combinadas entre pesquisas. Por utilizar exclusivamente dados publicados, sem acesso a informações identificáveis de participantes, a revisão não envolveu coleta primária com seres humanos. Essa opção metodológica permite interpretação crítica e proposição de ações, embora limite

inferências causais e generalizações (Henrique *et al.*, 2025; Gama *et al.*, 2026).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Panorama das Evidências Brasileiras e Lacunas de Implementação

A literatura examinada converge ao indicar que a segurança do paciente é determinada pela combinação de cultura institucional, condições de trabalho, cooperação entre profissões e execução confiável de protocolos. Estudos nacionais apresentam realidades heterogêneas, desde hospitais com fragilidades comunicacionais até serviços que obtiveram melhoria mensurável de práticas assistenciais. A magnitude dessa variação é observada na análise multicêntrica de Gama *et al.* (2026), ao mesmo tempo em que projetos de intervenção registram avanços quando há acompanhamento sistemático (Santos *et al.,* 2024).

O Quadro 1 reúne achados selecionados para ilustrar diferentes dimensões do problema, sem sugerir comparação direta entre percentuais oriundos de desenhos, denominadores e instituições distintos. Seu propósito é relacionar evidências com possíveis decisões gerenciais e clínicas. A leitura conjunta evidencia que mudanças positivas dependem de participação profissional, infraestrutura e retorno continuado dos indicadores à equipe, em vez de ações educativas isoladas (Moraes; Almeida; Carvalho, 2023; Henrique *et al.*, 2025).

Quadro 1. Síntese de estudos brasileiros sobre segurança do paciente e prevenção de eventos adversos

Estudo /delineamento	Resultado reportado	Implicação para a prática
Prieto, Fonseca e Zem-Mascarenhas (2021) (revisão de escopo)	Resposta não punitiva ao erro foi crítica em 30 de 36 estudos.	Priorizar cultura justa, escuta e aprendizagem com incidentes.
Moraes, Almeida e Carvalho (2023) (quase-experimental)	Melhorias em dimensões da cultura após reuniões breves de segurança.	Instituir comunicação rápida e decisões com responsáveis definidos.
Santos *et al.* (2024) (intervenção em 35 hospitais)	Redução de 73% na prevalência de quedas e aumento relativo de 675% na adesão à lista cirúrgica, conforme indicadores do estudo.	Monitorar protocolos ao longo do tempo, considerando a linha de base.
Batalha, Borges e Melleiro (2024) (correlacional)	Maior burnout associou-se à pior avaliação da cultura de segurança.	Integrar saúde do trabalhador e gestão de recursos ao plano de segurança.
Silva *et al.* (2025) (transversal)	Dimensão resposta não punitiva apresentou 26,2% de respostas positivas.	Fortalecer feedback e reduzir barreiras à notificação.
Henrique *et al.* (2025) (quase-experimental)	Redução de indicadores de infecção em UTI após projeto de melhoria.	Acompanhar densidade de incidência e adesão às medidas de prevenção.
Gama *et al.* (2026) (multicêntrico)	Análise de 42.038 profissionais e 304 hospitais identificou variabilidade institucional.	Adaptar intervenções ao contexto e ao perfil do serviço.

Fonte: Elaboração própria a partir dos estudos citados (2021–2026).

O conjunto de evidências não autoriza estabelecer uma taxa única de eventos adversos evitáveis aplicável a todos os serviços. A revisão de Prieto, Fonseca e Zem-Mascarenhas (2021) documenta problemas recorrentes na cultura não punitiva, enquanto Santos *et al*. (2024) demonstram potencial de aprimoramento de processos com metas e acompanhamento. O desafio decisivo consiste em relacionar indicadores de processo, como adesão a checklists, a medidas de resultado, como quedas e infecções, evitando conclusões apressadas sobre causalidade.

Há, ainda, concentração de investigações em hospitais e na enfermagem, apesar de riscos relevantes atravessarem a atenção primária, os serviços especializados e as transições na rede. A qualidade da assistência deve ser compreendida como atributo de todo o percurso do usuário e não somente do momento de internação. Os achados de Barbosa *et al.* (2023) e Acosta *et al.* (2022) reforçam essa lacuna, ao mostrar que uma alta tecnicamente concluída pode permanecer vulnerável quando informações e responsabilidades não são compartilhadas.

As evidências também demonstram que a extensão da política de segurança ao território ainda enfrenta entraves específicos. Em estudo avaliativo, Macedo e Calvo (2025) observaram níveis inferiores de implantação no componente educação permanente em comparação com os processos assistenciais nas três capitais pesquisadas. A interpretação sugere que executar determinadas tarefas não equivale a consolidar competências para identificar e enfrentar novos riscos. Investimentos em capacitação e aprendizagem situada, portanto, devem acompanhar a implementação de protocolos, especialmente em serviços com baixa disponibilidade de estruturas de apoio.

A distribuição da produção científica limita a compreensão de diferenças regionais e ocupacionais. Barreto e Servo (2025), ao examinarem 23 publicações brasileiras sobre segurança do paciente na atenção primária, verificaram concentração de estudos nas regiões Sudeste e Sul e predominância de autores da enfermagem. Não se trata de diminuir a centralidade desses profissionais, mas de evidenciar a necessidade de pesquisas que envolvam também medicina, farmácia, odontologia, fisioterapia e gestão. A lacuna repercute sobre a própria avaliação de intervenções que dependem de colaboração efetivamente interprofissional.

4.2. Comunicação, Passagem de Plantão e Transição do Cuidado

A comunicação segura constitui uma das principais barreiras preventivas, porque permite à equipe verificar informações, antecipar complicações e corrigir divergências antes que provoquem danos. Moraes, Almeida e Carvalho (2023) identificaram resultados favoráveis com a implantação do safety huddle, apontando a utilidade de encontros breves para tratar riscos operacionais imediatos. Essa ferramenta é mais consistente quando inclui diferentes profissões, prioriza pacientes vulneráveis e documenta as providências adotadas.

A passagem de plantão é particularmente sensível a omissões relativas a alergias, resultados pendentes, riscos de queda, dispositivos invasivos e alterações de conduta. O uso de roteiro estruturado, confirmação verbal de dados críticos e acesso a registros atualizados tende a reduzir ambiguidades, embora o protocolo precise ser adaptado ao ambiente assistencial. Estudos sobre cultura de segurança relacionam percepções de trabalho em equipe e comunicação sobre erros à qualidade do cuidado e

mostram que ainda existem fragilidades nas transferências entre unidades (Batalha; Borges; Melleiro, 2024; Silva *et al.*, 2025).

Na alta hospitalar, a coordenação deve começar antes do último dia de internação, com plano terapêutico, orientações de sinais de alerta, revisão da farmacoterapia e comunicação com a unidade que dará continuidade à assistência. Barbosa *et al.* (2023) identificaram a preparação tardia como elemento de fragmentação e destacaram a contribuição do envolvimento familiar. Acosta *et al.* (2022) evidenciaram a possibilidade de avaliar sistematicamente a transição, fornecendo base para instrumentos de verificação do processo.

É pertinente distinguir a documentação do ato de efetivamente garantir compreensão. Pacientes, familiares e cuidadores necessitam de explicações em linguagem acessível e oportunidade para confirmar instruções, sem que isso implique transferir-lhes obrigações profissionais. Na investigação de Albertini e Peduzzi (2024), a relação de confiança e a comunicação com acompanhantes favoreceram a prevenção de quedas. Assim, estratégias dialógicas e métodos de confirmação do entendimento agregam valor à comunicação entre equipes e à educação do usuário.

Para evitar que a passagem de plantão se reduza ao preenchimento de um campo do prontuário, é recomendável definir informações mínimas, oportunidade para perguntas e confirmação de responsabilidades. Uma comunicação completa, porém pouco inteligível, pode permanecer insegura se a equipe receptora não compreender prioridades, pendências e sinais de alerta. Moraes, Almeida e Carvalho (2023) indicam que espaços sistemáticos de

comunicação produzem melhoria em dimensões da cultura de segurança; sua transposição para outros serviços requer avaliação da adesão real e da resolução das pendências identificadas.

A continuidade do cuidado deve ser acompanhada por indicadores que ultrapassem o ato formal da alta. O instrumento desenvolvido por Acosta *et al.* (2022) contempla estrutura, planejamento, orientações, encaminhamentos, cultura de segurança e resultados da transição. Essa amplitude apoia a avaliação de uma cadeia de ações interdependentes, na qual a prescrição deve ser compreensível, o destino assistencial deve estar definido e o usuário precisa saber onde buscar ajuda. Barbosa *et al.* (2023) reforçam que a preparação antecipada da alta diminui oportunidades de fragmentação e permite envolver familiares conforme necessidades e possibilidades.

4.3. Protocolos Multiprofissionais na Prevenção de Incidentes Assistenciais

Os protocolos básicos abrangem riscos de grande relevância: identificação inequívoca, segurança medicamentosa e cirúrgica, higiene das mãos, prevenção de quedas e de lesões por pressão. A implementação requer etapas que envolvem mais de uma profissão, como a checagem de identificação antes de exames, procedimentos, dispensação e administração de medicamentos. A RDC nº 36/2013 determina que o Plano de Segurança do Paciente integre tais práticas e seus indicadores (Brasil, 2013a).

A prevenção de quedas ilustra a necessidade de responsabilidades compartilhadas. A enfermagem acompanha mobilidade e fatores de risco, a fisioterapia contribui para avaliação funcional e estratégias de

locomoção, a medicina considera condições clínicas e fármacos associados a tonturas, e a farmácia identifica potenciais riscos medicamentosos. Albertini e Peduzzi (2024) demonstram que clarificação de papéis, comunicação e educação interprofissional são elementos decisivos. Um plano individualizado, revisto após mudanças clínicas, tende a ser mais útil do que intervenções indistintas para todos os pacientes.

Em relação às infecções relacionadas à assistência à saúde, medidas como higiene das mãos, inserção e manutenção seguras de dispositivos, vigilância e retirada de dispositivos desnecessários exigem coordenação das equipes. Henrique *et al.* (2025) registraram reduções nas densidades de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica, infecção primária de corrente sanguínea e infecção do trato urinário após projeto de melhoria em terapia intensiva. Trata-se de achado relevante, embora específico do serviço pesquisado e de seu período de análise.

O estudo de Santos *et al.* (2024), desenvolvido em 35 hospitais públicos, reforça que projetos estruturados podem melhorar simultaneamente protocolos distintos, desde que sejam acompanhados por indicadores, treinamento e análise das barreiras locais. Na segurança medicamentosa, a participação integrada de prescritores, profissionais da farmácia e da enfermagem deve contemplar revisão de prescrições, checagem de alergias, padronização e monitoramento de reações. A efetividade depende da rotina real e não apenas da existência de uma norma escrita (Brasil, 2013a; Santos *et al.,* 2024).

A segurança do processo medicamentoso exige acompanhamento de todas as etapas, desde a prescrição e a dispensação até a

administração, a observação de efeitos e a revisão do tratamento. A conciliação medicamentosa nas transferências requer cooperação entre farmácia, medicina, enfermagem e demais profissionais que participam do plano terapêutico. A matriz de estratégias deste artigo propõe checagens proporcionais ao risco e rastreabilidade das decisões, sem pressupor que qualquer procedimento isolado elimine erros. A necessidade de práticas articuladas está alinhada às diretrizes de gerenciamento de risco e às experiências brasileiras de melhoria da qualidade (Brasil, 2013a; Santos *et al.*, 2024).

Em pacientes com alterações funcionais, confusão, uso de dispositivos invasivos ou mobilidade reduzida, medidas preventivas precisam ser revistas de acordo com a evolução clínica. A avaliação multiprofissional pode integrar risco de queda, integridade da pele, capacidade de deglutição, nutrição e necessidade de reabilitação, evitando planos fragmentados. Albertini e Peduzzi (2024) demonstram, no caso das quedas, que a definição compartilhada de papéis favorece a ação conjunta. A efetividade dessas práticas depende de sua execução documentada e de reavaliações quando surgem novos fatores de risco.

4.4. Notificação de Incidentes, Cultura Justa e Resposta Institucional

A notificação de incidentes é fonte importante para conhecer quase falhas, eventos sem dano e eventos adversos, mas não pode ser confundida com medida completa de incidência. A decisão de relatar pode variar conforme confiança na gestão, facilidade do formulário, gravidade percebida e receio de sanções. Prieto, Fonseca e Zem-Mascarenhas (2021) encontraram fragilidades sistemáticas na

resposta não punitiva ao erro, achado compatível com a persistência de barreiras culturais nos serviços brasileiros.

Silva *et al.* (2025) identificaram, em hospital público de ensino, que o retorno sobre erros se associou a percepções mais favoráveis de aprendizagem organizacional e frequência de notificações. Dessa forma, implantar um sistema de registro sem devolver resultados aos trabalhadores tende a limitar seu valor preventivo. As equipes precisam conhecer a análise das causas contribuintes, as ações implantadas e os resultados verificados, preservando a confidencialidade e garantindo condições para relato responsável.

Quadro 2. Matriz proposta de ações multiprofissionais e indicadores para gestão de riscos

Risco prioritário	Ação multiprofissional proposta	Indicador de acompanhamento
Identificação incorreta	Checagem de dois identificadores antes de procedimentos, coletas e medicação.	Proporção de verificações corretas em auditoria.
Erro de medicação	Revisão de prescrição, conciliação em transições e dupla checagem quando indicada.	Não conformidades por etapa do processo medicamentoso.
Quedas e lesões por pressão	Estratificação periódica de riscos e plano preventivo individualizado.	Taxa de quedas e prevalência/incidência de lesões, conforme definição local.
Infecções associadas ao cuidado	Adesão à higiene das mãos e medidas preventivas para dispositivos.	Adesão às práticas e densidades de incidência específicas.

Falhas de comunicação	Roteiro de passagem de plantão, reunião breve e confirmação de informações críticas.	Completude do handoff e pendências resolvidas.
Eventos não aprendidos	Notificação acessível, análise de causas e devolutiva às equipes.	Percentual de relatos analisados e planos de ação concluídos.

Fonte: Proposição dos autores com base em Brasil (2013a; 2026), Albertini e Peduzzi (2024), Santos *et al.* (2024), Silva *et al.* (2025) e Henrique *et al.* (2025).

O Quadro 2 sistematiza intervenções propostas a partir da literatura e de normas brasileiras; não apresenta estratégias experimentalmente testadas em conjunto. Sua aplicação exige definição de responsáveis, fórmula e periodicidade de cada indicador, além de discussão dos achados em espaços multiprofissionais. A RDC nº 36/2013 atribui ao Núcleo de Segurança do Paciente tarefas de análise, monitoramento e notificação, enquanto o plano 2026–2030 reforça a vigilância e a investigação em múltiplos níveis de atenção (Brasil, 2013a; Brasil, 2026).

A cultura justa não representa ausência de responsabilização, mas análise proporcional das condições do trabalho e dos comportamentos envolvidos. É necessário distinguir falhas inadvertidas e problemas de processo de atitudes deliberadamente inseguras, garantindo transparência e oportunidades de aprendizagem. Gama *et al.* (2026) mostram que o contexto institucional interfere na cultura de segurança; por isso, a interpretação dos indicadores de relato deve considerar o ambiente organizacional e ser acompanhada de dados assistenciais independentes.

A análise de incidentes deve gerar recomendações executáveis e proporcionais às causas identificadas. Quando a investigação encontra ausência de insumo, ruído excessivo na comunicação ou instruções contraditórias, somente promover nova palestra tende a deixar o risco original intacto. É necessário atribuir responsáveis, definir prazos e verificar se as modificações reduziram a vulnerabilidade. O estudo de Silva *et al.* (2025) sugere que o retorno sobre erros se articula com aprendizagem organizacional, enquanto a revisão de Prieto, Fonseca e Zem-Mascarenhas (2021) demonstra a persistência de dificuldades relacionadas à resposta não punitiva.

Também é indispensável avaliar criticamente a qualidade da notificação. Uma elevação do número de relatos após campanhas educativas pode decorrer de maior confiança no sistema e não necessariamente de deterioração da assistência. Por outro lado, notificações escassas não comprovam ambiente seguro, sobretudo quando os profissionais temem punição. Recomenda-se interpretar esses registros ao lado de auditorias, observação de processos e medidas de resultados clínicos. A cautela decorre da heterogeneidade institucional apontada por Gama *et al.* (2026) e das relações entre feedback, cultura e notificação identificadas por Silva *et al.* (2025).

4.5. Condições de Trabalho, Educação Permanente e Liderança

Estratégias de prevenção têm menor sustentabilidade quando profissionais trabalham com dimensionamento insuficiente, interrupções frequentes ou baixa disponibilidade de insumos. Batalha, Borges e Melleiro (2024) encontraram associação entre burnout e percepções negativas de cultura de segurança, sobretudo em dimensões relacionadas ao trabalho em equipe e à adequação

de pessoal. Embora associações não provem causalidade, os achados recomendam que o planejamento institucional inclua saúde ocupacional, organização de escalas e espaços de apoio às equipes.

A educação permanente deve ser concebida como processo de aprendizagem situado nos problemas do serviço, com simulações de situações críticas, discussão de incidentes, observação de práticas e retorno de indicadores. A pesquisa de Lopes *et al.* (2023) identificou desempenho desigual em itens de segurança do paciente, sugerindo a necessidade de priorizar conteúdos conforme fragilidades concretas. A capacitação multiprofissional favorece reconhecimento de funções, padronização de condutas e comunicação entre áreas distintas.

O papel da liderança é conectar informações da assistência a recursos e decisões, de modo que problemas identificados resultem em providências institucionais. A melhoria observada em projetos de intervenção depende de suporte gerencial, metas realistas, acompanhamento e comprometimento das equipes. Santos *et al.* (2024) relatam ganhos associados à implantação acompanhada dos protocolos básicos; Moraes, Almeida e Carvalho (2023) apontam benefícios de espaços regulares de comunicação para prevenção e antecipação de riscos.

O compromisso organizacional não deve se limitar às unidades de maior complexidade. O Plano Integrado 2026–2030 reforça a segurança do paciente em diferentes pontos de atenção e a adequação de estratégias às realidades locais. Em instituições de menor porte, procedimentos simples e bem monitorados podem ser mais viáveis do que tecnologias sofisticadas de difícil manutenção,

desde que assegurem identificação adequada, comunicação confiável, resposta aos incidentes e revisão das práticas (Brasil, 2026; Gama *et al.*, 2026).

Do ponto de vista gerencial, a educação permanente produz maior contribuição quando responde a riscos observados, contempla diferentes profissões e permite demonstrar aplicação prática do aprendizado. Simulações de passagem de plantão, revisão conjunta de incidentes e acompanhamento supervisionado são possibilidades que precisam ser adaptadas aos recursos do serviço. Lopes *et al.* (2023) mostraram diferenças entre aspectos de segurança conhecidos pela equipe de enfermagem, o que reforça a avaliação diagnóstica das competências antes de definir conteúdo, duração e frequência de capacitações.

A expansão de práticas de segurança para além dos hospitais exige que a gestão reconheça características dos territórios e da rede assistencial. Cunha *et al.* (2024) identificaram, na atenção primária, obstáculos relacionados à infraestrutura, à comunicação e ao acesso oportuno aos serviços. Macedo e Calvo (2025) também localizaram implantação incompleta da segurança do paciente em capitais brasileiras. Esses resultados reforçam a necessidade de ações factíveis, tais como revisão dos fluxos de encaminhamento, monitoramento de exames pendentes, identificação confiável e espaços regulares de aprendizagem multiprofissional.

4.6. Perspectivas de Melhoria, Indicadores e Limites das Evidências

A prevenção de eventos adversos requer combinar indicadores de estrutura, processo e resultado. Medidas como disponibilidade de

insumos, proporção de profissionais capacitados, adesão a protocolos, taxas de quedas e densidade de infecções ajudam a localizar fragilidades, desde que seus denominadores e critérios sejam estáveis. Henrique *et al.* (2025) exemplificam a utilização de medidas específicas de infecção ao longo do tempo, enquanto Santos *et al.* (2024) evidenciam o valor do monitoramento seriado da implementação.

É importante evitar interpretações simplificadas de variações percentuais isoladas. O aumento relativo de adesão a um checklist, por exemplo, não significa que o serviço tenha alcançado universalidade, assim como a ampliação do número de notificações pode acompanhar melhor detecção e maior transparência. A literatura sobre cultura de segurança mostra que relações entre indicadores de incidentes, percepção profissional e melhoria organizacional são complexas e precisam de triangulação (Silva *et al.*, 2025; Gama *et al.,* 2026).

Para orientar um ciclo de melhoria, propõe-se identificar riscos prioritários mediante auditoria e notificações, pactuar metas multiprofissionais, testar medidas em pequena escala, analisar resultados e institucionalizar aquelas que demonstram viabilidade e benefício. Essa sequência é coerente com projetos brasileiros de melhoria da qualidade e pode ser apoiada pelo Núcleo de Segurança do Paciente e por comissões assistenciais. A participação de pacientes e familiares amplia a capacidade de reconhecer falhas de comunicação e dificuldades na continuidade do cuidado (Santos *et al.,* 2024; Barbosa *et al.,* 2023).

Os estudos incluídos apresentam limitações quanto à diversidade de desenhos, concentração hospitalar, indicadores empregados e

contextos observados. Revisões de escopo, pesquisas transversais e intervenções antes e depois respondem a perguntas diferentes, impossibilitando inferência de eficácia universal a partir de sua justaposição. A própria revisão narrativa não esgota a literatura disponível e não substitui avaliação sistemática do risco de viés. Ainda assim, os resultados convergentes sustentam ações preventivas integradas e a necessidade de produzir novas pesquisas com participação multiprofissional e acompanhamento de desfechos (Prieto; Fonseca; Zem-Mascarenhas, 2021; Gama *et al.,* 2026).

Os indicadores devem permitir comparação temporal válida e apoiar decisões sobre prioridades, sem induzir competição inadequada entre setores com perfis de risco distintos. Para quedas, por exemplo, a comparação exige definição consistente de evento e exposição; para infecções associadas a dispositivos, é necessário utilizar denominadores pertinentes à vigilância. Henrique *et al.* (2025) e Santos *et al.* (2024) exemplificam pesquisas em que o acompanhamento de medidas seriadas orientou projetos de melhoria. Todavia, variações observadas antes e depois de intervenções precisam ser analisadas à luz de mudanças no contexto e das limitações dos delineamentos.

A sustentabilidade constitui outro critério de avaliação. Melhorias pontuais podem se dissipar quando rotinas deixam de ser supervisionadas, equipes são renovadas ou faltam condições de trabalho. Um plano de segurança consistente deve prever responsáveis substitutos, monitoramento periódico, comunicação dos resultados e revisão dos protocolos. O Plano Integrado 2026–2030 valoriza a continuidade do monitoramento e da gestão sanitária dos riscos, oferecendo referência nacional para a adaptação

local. A produção de evidências deve distinguir impacto clínico demonstrado, melhoria de adesão e mudança na percepção dos profissionais (Brasil, 2026; Gama *et al.*, 2026).

4.7. Segurança do Paciente na Atenção Primária e nas Redes Assistenciais

A discussão da segurança do paciente na atenção primária amplia o escopo tradicionalmente hospitalar da prevenção de eventos adversos. Neste nível de atenção, riscos podem se manifestar como perda de resultados de exames, atrasos diagnósticos, vacinação inadequada, falhas de encaminhamento e interrupção do tratamento de condições crônicas. Em pesquisa qualitativa com enfermeiros, Cunha *et al.* (2024) relataram situações relacionadas à organização do serviço, insuficiência de apoio institucional, administração de medicamentos e identificação dos usuários. Esses achados reforçam que a prevenção requer continuidade e coordenação, não apenas domínio de procedimentos isolados.

A avaliação de Macedo e Calvo (2025) demonstrou implantação parcial da segurança do paciente nas três capitais analisadas, com percentuais de 46,6%, 62,5% e 53,3%. Na comparação interna dos componentes avaliados, educação permanente apresentou resultados inferiores aos de processos assistenciais. Esses percentuais caracterizam o estudo e não representam a totalidade da atenção primária brasileira. Ainda assim, sugerem que a capacidade de manter práticas seguras depende da infraestrutura, do acompanhamento institucional e da preparação dos trabalhadores para reconhecer falhas em processos complexos.

A articulação entre hospital, atenção primária, serviços de diagnóstico e assistência especializada é especialmente importante para pacientes com multimorbidade e tratamentos prolongados. Barbosa *et al*. (2023) demonstraram que o planejamento antecipado da alta e a participação multiprofissional favorecem a transição, enquanto Acosta *et al.* (2022) disponibilizaram dimensões para examinar a segurança desse percurso. A tradução prática dessas evidências inclui identificação do serviço de referência, registro de informações essenciais, verificação de encaminhamentos e comunicação de alterações terapêuticas. Cada etapa deve possuir responsável definido e mecanismo de acompanhamento.

O fortalecimento da segurança na rede não pressupõe reproduzir integralmente estruturas hospitalares em unidades menores. Exige identificar riscos compatíveis com o perfil de atendimento, pactuar práticas mínimas e tornar observáveis os resultados. Barreto e Servo (2025) apontam concentração regional e profissional na literatura brasileira sobre o tema, reforçando a necessidade de ampliar estudos interprofissionais na atenção primária. Assim, intervenções territorializadas e avaliações com participação de usuários são caminhos para reduzir lacunas entre normas e prática sem perder de vista desigualdades de acesso e de recursos.

4.8. Participação do Paciente, Equidade e Cuidado Centrado na Pessoa

A participação de pacientes e acompanhantes constitui uma dimensão da qualidade assistencial porque amplia a oportunidade de reconhecer informações incorretas e necessidades não percebidas pelas equipes. Entretanto, essa participação depende de ambiente de confiança e da oferta de explicações compatíveis com

a linguagem, as condições de saúde e o contexto sociocultural do usuário. Albertini e Peduzzi (2024) identificaram a comunicação com pacientes e acompanhantes como componente relevante para prevenir quedas. A interpretação desse resultado exige preservar o princípio de que a responsabilidade pela organização de barreiras de segurança permanece com os serviços de saúde.

A equidade deve orientar a escolha das estratégias de comunicação. Pessoas com limitações sensoriais, dificuldades de letramento em saúde ou múltiplas doenças podem enfrentar maior complexidade para compreender medicações, sinais de alerta e retorno aos serviços. Por isso, a entrega de orientações escritas não deve ser tomada como prova suficiente de compreensão. Acosta *et al.* (2022) incluíram as orientações e os encaminhamentos entre os componentes de avaliação da transição segura, enquanto Barbosa *et al.* (2023) destacaram a importância do envolvimento familiar no planejamento da alta.

A intervenção multiprofissional precisa integrar preferências e necessidades do usuário às recomendações clínicas, evitando instruções fragmentadas de diferentes categorias. Médicos, profissionais de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas e assistentes sociais podem contribuir de maneira complementar, conforme a composição e as competências da equipe. A definição de um plano acessível, com mudanças terapêuticas identificadas e contatos para intercorrências, representa proposta coerente com os achados sobre transições assistenciais. Tal proposta deve ser testada localmente, pois os estudos disponíveis não demonstram eficácia idêntica em todos os cenários (Acosta *et al.*, 2022; Barbosa *et al.*, 2023).

A avaliação da experiência do paciente também contribui para uma leitura mais ampla dos resultados, sobretudo quando envolve relatos de dificuldades para obter atendimento, compreender prescrições e solucionar pendências. Esses registros podem complementar indicadores assistenciais e apoiar a identificação de riscos negligenciados pelas rotinas internas. Barreto e Servo (2025) observaram baixa presença de estudos sobre envolvimento dos usuários na própria segurança no conjunto bibliométrico analisado. A lacuna justifica investir em instrumentos de escuta e devolutiva, sem atribuir à pessoa atendida a responsabilidade de compensar fragilidades estruturais.

4.9. Prioridades de Implementação e Síntese Crítica da Atuação Multiprofissional

A síntese dos estudos sugere três prioridades articuladas: reconhecer riscos reais do serviço, organizar decisões entre profissões e verificar se as intervenções produziram mudanças sustentáveis. A simples disponibilização de protocolos é insuficiente quando não há condições para sua execução ou clareza acerca de quem deve atuar em cada etapa. Santos et al. (2024) mostram o potencial dos projetos de melhoria acompanhados por indicadores; Albertini e Peduzzi (2024) demonstram a relevância das competências interprofissionais. Em conjunto, essas evidências sustentam planos de ação localmente pactuados, com responsabilidades definidas e avaliação contínua.

Em serviços com recursos limitados, a priorização deve considerar risco, frequência de exposição, gravidade potencial e viabilidade das medidas disponíveis. Iniciar por identificação segura, comunicação de resultados críticos, administração de medicamentos e prevenção

de quedas pode favorecer a construção de processos verificáveis. A matriz apresentada no Quadro 2 oferece exemplos de indicadores, mas não constitui instrumento validado nem dispensa pactuação institucional. A necessidade de adaptação é apoiada pelas diferenças contextuais observadas por Gama *et al.* (2026) e pelas dificuldades de implantação na atenção primária descritas por Macedo e Calvo (2025).

A análise crítica também requer separar evidência de melhoria de processo e demonstração de redução de danos. A adesão crescente a uma lista cirúrgica indica execução mais frequente de uma prática recomendada, mas não informa isoladamente sua repercussão sobre todos os desfechos clínicos. Da mesma forma, uma cultura mais aberta à notificação pode elevar o volume de relatos mesmo quando a resposta institucional melhora. Santos *et al.* (2024) e Silva *et al.* (2025) oferecem resultados relevantes em dimensões distintas, que devem ser interpretados sem agregação indevida de percentuais ou extrapolação para todos os serviços.

Por fim, os estudos indicam que a atuação multiprofissional efetiva precisa ser sustentada pela liderança e incorporada às decisões cotidianas. A análise coletiva de quase falhas, a revisão de barreiras e o retorno das informações às equipes tornam a segurança uma prática de aprendizagem, não apenas uma exigência normativa. A abordagem deve integrar educação permanente, proteção à saúde do trabalhador e participação do usuário, preservando a qualidade das relações assistenciais. Trata-se de síntese interpretativa da literatura examinada, cujos efeitos precisam ser investigados por desenhos de avaliação mais robustos (Batalha; Borges; Melleiro, 2024; Moraes; Almeida; Carvalho, 2023).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a segurança do paciente e a qualidade da assistência à saúde dependem de articulação multiprofissional efetiva, sustentada por governança clínica, práticas preventivas e comunicação confiável. Os eventos adversos não decorrem somente de condutas individuais, mas da combinação de vulnerabilidades nos processos assistenciais, na organização do trabalho e nas relações entre equipes. A prevenção requer que os profissionais reconheçam riscos compartilhados, participem das decisões e acompanhem a resposta institucional aos problemas identificados.

Os resultados da revisão evidenciam que cultura de segurança, planejamento assistencial e incorporação de protocolos precisam atuar de forma complementar. A presença de documentos e de treinamentos esporádicos não garante cuidado seguro quando faltam recursos, responsabilidades definidas e mecanismos para verificar a adesão às práticas. A implementação ganha consistência quando envolve gestão, profissionais e usuários, além de metas proporcionais às necessidades e à capacidade de cada serviço.

A comunicação entre profissões assume centralidade nas passagens de plantão, transferências, altas e encaminhamentos entre níveis de atenção. O planejamento antecipado dessas transições, associado à revisão terapêutica e à confirmação das informações essenciais, contribui para reduzir descontinuidades. Ao mesmo tempo, a escuta de pacientes e familiares amplia a identificação de dificuldades de compreensão e de acesso, desde que a responsabilidade técnica pelas barreiras preventivas permaneça com as equipes e instituições.

A pesquisa alcança seu objetivo ao identificar dificuldades estruturais, culturais e operacionais e ao sintetizar estratégias aplicáveis à atuação multiprofissional. Entre suas contribuições está uma matriz de riscos, ações e indicadores que pode orientar diagnósticos situacionais e planos de melhoria, desde que seja adaptada, testada e reavaliada conforme o contexto. O monitoramento deve distinguir a execução dos protocolos dos desfechos assistenciais, evitando a interpretação isolada de notificações ou de variações percentuais.

A extensão da discussão à atenção primária reforça que a segurança precisa acompanhar o usuário ao longo da rede assistencial, inclusive fora da internação. A organização de encaminhamentos, o acompanhamento de exames pendentes e a comunicação entre serviços representam oportunidades relevantes de prevenção. A distribuição desigual de recursos e a heterogeneidade dos contextos recomendam prioridades graduais, com decisões baseadas em riscos concretos e sustentação gerencial para evitar soluções meramente formais.

A educação permanente emerge como compromisso institucional indispensável, especialmente quando construída a partir de incidentes analisados e problemas observados no processo de trabalho. O fortalecimento de uma cultura justa exige acolhimento dos relatos, confidencialidade, devolutiva às equipes e responsabilização proporcional às circunstâncias. Também pressupõe reconhecer que sobrecarga, desorganização e inadequação de recursos comprometem a possibilidade real de cumprir padrões de segurança.

Como desdobramento prático, recomenda-se que serviços de saúde estabeleçam prioridades multiprofissionais, definam responsáveis por cada ação, revisem periodicamente seus indicadores e divulguem os resultados de modo compreensível. A avaliação deve contemplar tanto a experiência dos usuários quanto os resultados clínicos e as condições em que o cuidado é realizado. Tais medidas favorecem a transformação da segurança do paciente em atributo permanente da qualidade, em lugar de ação episódica ou exclusivamente documental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA, Aline Marques et al. Construção de instrumento de avaliação da transição segura do paciente na alta hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre, v. 43, n. esp., e20220222, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20220222.pt

ALBERTINI, Anna Carolina da Silva; PEDUZZI, Marina. Abordagem interprofissional na prevenção de quedas na assistência hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 58, e20230239, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0239pt

BARBOSA, Sara Maria et al. Planejamento de alta hospitalar na transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 76, n. 6, e20220772, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0772pt

BARRETO, Rejane Santos; SERVO, Maria Lúcia Silva. Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: um estudo bibliométrico da produção científica brasileira. Physis: **Revista de Saúde Coletiva,** Rio

de Janeiro, v. 35, n. 1, e350102, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350102pt

BATALHA, Edenise Maria Santos da Silva; BORGES, Elisabete Maria das Neves; MELLEIRO, Marta Maria. Associação entre cultura de segurança do paciente e qualidade de vida profissional de trabalhadores de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 58, e20230359, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0359pt

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2026–2030. Brasília, DF: Anvisa, 2026. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/plano-integrado. Acesso em: 23 out. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 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, 2013a. Disponível em: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&numeroAto=00000036&tipo=RDC&valorAno=2013. Acesso em: 23 out. 2026.

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, 2013b. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 23 out. 2026.

CUNHA, Karine Cristina Siqueira et al. Promoção da segurança do paciente: vivência dos enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde. Physis: **Revista de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 34, e34100, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434100pt

GAMA, Zenewton André da Silva et al. Variabilidade da cultura de segurança do paciente em hospitais brasileiros: influência dos fatores contextuais. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 42, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT052025.

HENRIQUE, Danielle de Mendonça et al. Projeto de melhoria de qualidade para redução dos indicadores de infecção em terapia intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre, v. 46, e20240126, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240126.pt

LOPES, Brenda de Araújo et al. A cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem,** Curitiba, v. 28, e86111, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.86111

MACEDO, Taise Rocha; CALVO, Maria Cristina Marino. Grau de implantação da segurança do paciente na atenção primária à saúde de três capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, e00014824, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT014824.

MORAES, Márcio Venicio Alcântara de; ALMEIDA, Ítalo Lennon Sales de; CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de. Avaliação da cultura de segurança do paciente antes e depois da implementação do safety huddle. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 57, e20230270, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0270pt.

PRIETO, Marcela Moreira Nascimento; FONSECA, Renata Elizabete Pagotti da; ZEM-MASCARENHAS, Silvia Helena. Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospitais brasileiros através do HSOPSC: scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 74, n. 6, e20201315, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1315

SANTOS, Daniela Cristina dos et al. Implementação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: projeto de melhoria da qualidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre, v. 45, n. esp. 1, e20230312, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230312.pt

SILVA, Claudilene Fernandes da et al. Análise da cultura de segurança do paciente entre profissionais de um hospital público de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre, v. 46, n. esp. 1, e20250105, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20250105.pt

---

[1] Instituto Federal de Alagoas. Maceió, AL, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0009-1211-0227.

[2] Centro Universitário Franciscano. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0009-8609-9112.

[3] Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0005-0924-3986.

[4] Instituto Federal do Piauí. Terezina, PI, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0001-9152-949X.

[5] Instituto Federal do Piauí. Terezina, PI, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0006-0101-9573.

[6] Universidade Federal de Alagoas. Maceió, AL, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0000-0541-2459.

[7] Universidade Federal de Alagoas. Maceió, AL, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0002-2918-802X.

[8] Instituto Federal de Alagoas. Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0009-6299-1536.

[9] Instituto Federal de Alagoas. Maceió, AL, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3043-3598.